



UNIVERSIDAD  
**NACIONAL**  
DE COLOMBIA

Triangulación psicoterapéutica: Una alternativa al diagnóstico y tratamiento neurocognitivo del Trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH)

**Diego Enrique Londoño Paredes**

Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Ciencias Humanas, Departamento de Filosofía  
Bogotá D.C., Colombia  
2021



# Triangulación psicoterapéutica: Una alternativa al diagnóstico y tratamiento neurocognitivo del Trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH)

**Diego Enrique Londoño Paredes**

Tesis o trabajo de investigación presentada(o) como requisito parcial para optar al título  
de:

**Magister de Filosofía**

Director:

Dr. Jesús Armando Fajardo Santamaría

Codirector:

Dr. William Augusto Duica Cuervo

Línea de Investigación:

Epistemología

Grupo de Investigación:

Relativismo y Racionalidad

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Ciencias Humanas, Departamento de Filosofía

Bogotá D.C., Colombia

2021



*A mis padres por su apoyo incondicional, esfuerzo y paciencia. A Dora, por ser la fiel acompañante del camino en los últimos años.*



## Declaración de obra original

Yo declaro lo siguiente:

He leído el Acuerdo 035 de 2003 del Consejo Académico de la Universidad Nacional. «Reglamento sobre propiedad intelectual» y la Normatividad Nacional relacionada al respeto de los derechos de autor. Esta disertación representa mi trabajo original, excepto donde he reconocido las ideas, las palabras, o materiales de otros autores.

Cuando se han presentado ideas o palabras de otros autores en esta disertación, he realizado su respectivo reconocimiento aplicando correctamente los esquemas de citas y referencias bibliográficas en el estilo requerido.

He obtenido el permiso del autor o editor para incluir cualquier material con derechos de autor (por ejemplo, tablas, figuras, instrumentos de encuesta o grandes porciones de texto).

Por último, he sometido esta disertación a la herramienta de integridad académica, definida por la universidad.



---

Nombre Diego Enrique Londoño Paredes

Fecha 12/03/2021

Fecha

## **Agradecimientos**

Mi especial agradecimiento al director de tesis, el Pr. Jesús Fajardo, no solamente un amigo sino un gran conocedor de la filosofía y la psicología quien con su análisis juicioso y esmero contribuyó enormemente al desarrollo de esta tesis, sin su guía esta tesis no hubiera sido posible. Al Pr. William Duica por sus acertadas sugerencias y su lectura crítica que permitieron darle la puntada final a una estructura que en algún momento parecía a la deriva. A la Pra. Gloria Gómez, de la Escuela de Estudios en Psicoanálisis y Cultura, por su apoyo en un momento crucial del desarrollo de la tesis y la maestría. Especial agradecimiento a todo el grupo de investigación de Relativismo y Racionalidad por sus valiosos aportes a lo largo de más de un año.

## Resumen

**Título en español:** Triangulación psicoterapéutica: Una alternativa al diagnóstico y tratamiento neurocognitivo del Trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH)

Esta investigación propone realizar una lectura crítico-conceptual de un trastorno mental que aparece como uno de los principales diagnósticos psiquiátricos de la infancia: el *Trastorno por déficit de atención/hiperactividad* (TDAH). Su objetivo es señalar las inconsistencias del enfoque explicativo predominante de este trastorno, el neurocognitivo, y sugerir una alternativa al diagnóstico y al tratamiento clásico. En cuanto a su diagnóstico y tratamiento, para el clínico es fundamental tener acceso tanto a las creencias y deseos del niño con TDAH como a sus hábitos; a los esquemas irreflexivos, fantasías, etc., con el fin de interpretarlo mejor como agente de sus acciones. Se busca un acercamiento al diagnóstico del TDAH que no dependa de los preceptos neurocognitivos sino del significado de los síntomas. Una vez analizados los problemas del neurocognitismo se propone integrar la idea de triangulación proveniente de la filosofía del Donald Davidson para generar un enfoque alternativo. La triangulación es un contexto de encuentro entre dos agentes alrededor de un objeto y la interacción que tienen con ese objeto. Este concepto se puede adaptar a un espacio psicoterapéutico a partir de las nociones de andamiaje y pensamiento proposicional. El andamiaje supone que los estados afectivos y de ánimo de un sujeto pueden ser modificables por un objeto. La triangulación psicoterapéutica es el espacio en donde se favorece a través de andamios la creación del sentido de las acciones disruptivas.

**Palabras clave:** Trastorno por déficit de atención/hiperactividad; triangulación; filosofía; acción; psicoterapia; andamiaje



## Abstract

**Título en inglés:** Psychotherapeutic Triangulation: An Alternative to the Neurocognitive Diagnosis and Treatment of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)

This research proposes to carry out a critical-conceptual reading of a mental disorder that appears as one of the main psychiatric diagnoses of childhood: Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). Its objective is to point out the inconsistencies of the predominant explanatory approach to this disorder, the neurocognitive one, and to suggest an alternative to classical diagnosis and treatment. Regarding its diagnosis and treatment, it is essential for the clinician to have access both to the beliefs and desires of the child with ADHD and to their habits; to thought schemes, phantasies, etc., in order to better interpret him or her as the agent of their actions. An approach to the diagnosis of ADHD is sought that does not depend on neurocognitive precepts but on the meaning of symptoms. Once the problems of neurocognitivism have been analyzed, it is proposed to integrate the idea of triangulation coming from the philosophy of Donald Davidson to generate an alternative approach. Triangulation is a context of encounter between two agents around an object and the interaction they have with that object. This concept can be adapted to a psychotherapeutic space through the notions of scaffolding and propositional thought. Scaffolding assumes that the affective and mood states of a subject can be modified by an object. Psychotherapeutic triangulation is the space where the creation of meaning of disruptive actions is favored through scaffolding.

**Keywords:** Attention Deficit/Hyperactivity Disorder; triangulation; philosophy; action; psychotherapy; scaffolding



# Contenido

Pág.

<b>Introducción .....</b>	<b>1</b>
<b>1. El TDAH como problema conceptual.....</b>	<b>7</b>
1.1 ¿Qué es el TDAH?.....	7
1.2 Breve mirada histórica de la conformación del trastorno .....	10
1.2.1 Contexto del surgimiento de la hiperactividad.....	16
1.3 Déficit de las funciones ejecutivas: El TDAH visto desde la óptica neurocognitiva y evolucionista de R.A. Barkley.....	20
1.4 La práctica clínica del diagnóstico .....	22
1.5 El problema conceptual del diagnóstico y de la entidad clínica TDAH.....	25
1.5.1 Cuatro inconvenientes con la mirada neurocognitiva del TDAH.....	34
1.6 Una propuesta alternativa .....	36
<b>2. El diagnóstico y el tratamiento neurocognitivo del TDAH: De estándares estadísticos a funciones ejecutivas.....</b>	<b>39</b>
2.1 La evolución de las Funciones ejecutivas y el TDAH, según Barkley .....	39
2.2 El diagnóstico del TDAH, según Barkley .....	44
2.3 Las escalas diagnósticas: la mirada en tercera persona.....	47
2.4 Los tratamientos farmacológicos, neurocognitivo y psicoterapéuticos del TDAH	51
<b>3. La acción y la conducta en el TDAH: Normalización y re-educación de la acción</b>	<b>59</b>
3.1 Conducta y acción: Dos conceptos, dos maneras de ver .....	59
3.2 Las acciones dentro del holismo de lo mental: el problema de las escalas diagnósticas del TDAH .....	66
3.3 La intención y la Intencionalidad inconscientes de la acción .....	72
3.4 Los esquemas de acción inconscientes: viñetas clínicas.....	75
3.4.1 El seguimiento irreflexivo de normas en las acciones .....	78
3.4.2 Normatividad situada de la acción y la formación de esquemas de acción ....	81
3.5 El problema de los tratamientos para el TDAH.....	88
<b>4. La triangulación: Alternativa diagnóstica y de tratamiento del TDAH.....</b>	<b>93</b>
4.1 ¿Qué es la triangulación?.....	93
4.2 La triangulación psicoterapéutica propuesta por Marcia Cavell .....	99
4.3 Triangulación en contexto psicoterapéutico: diagnóstico y tratamiento.....	110
<b>Conclusión.....</b>	<b>123</b>
<b>Bibliografía .....</b>	<b>129</b>



## Lista de figuras

	<b>Pág.</b>
Figura 1 (Triangulación pre-lingüística).....	94
Figura 2 (Triangulación lingüística).....	97
Figura 3 (Triangulación propuesta de M. Cavell).....	103
Figura 4 (Triangulación psicoterapéutica diagnóstico).....	115
Figura 5 (Triangulación psicoterapéutica tratamiento).....	119

## Lista de abreviaturas

### Símbolos con letras latinas

<b>Símbolo</b>	<b>Término</b>
<i>AED</i>	Autorregulación emocional deficiente
<i>APA</i>	Asociación americana de psiquiatría
<i>CIE</i>	Clasificación internacional de enfermedades
<i>DSM</i>	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales
<i>FE</i>	Funciones ejecutivas
<i>FIT</i>	Entrenamiento de intervención facilitadora
<i>IE</i>	Impulsividad emocional
<i>MTA</i>	Tratamiento multimodal del TDAH
<i>TDAH</i>	Trastorno por déficit de atención/hiperactividad





# Introducción

La exploración filosófica en el campo de la psicopatología y la psiquiatría ha propuesto un análisis conceptual de los constructos nosológicos y de las formas de encarar el malestar mental. Esta exploración ha pasado bajo escrutinio la manera como se genera el conocimiento tanto en la conceptualización de entidades nosológicas y del malestar mental, como en las técnicas para diagnosticarlas y tratarlas. Apoyándome en esta tradición de la filosofía analítica (D. Davidson, M. Cavell y P.H. Castel) busco hacer una lectura crítica conceptual de un trastorno mental que ha generado todo tipo de controversias y que aparece como uno de los principales diagnósticos médico-psiquiátricos de la infancia: el *Trastorno por déficit de atención/hiperactividad* (TDAH) (Londoño, 2017; Vélez-Álvarez y Vidarte Claros, 2012; Pérez-Álvarez, 2017).

El enfoque prevalente y dominante alrededor de este trastorno se ha asentado en una mirada neurológica, cognitiva (computacionalista) y evolucionista. La neuropsicología cognitiva, principalmente a través de un autor, Russell Barkley, ha promovido en buena medida mucho de lo que se conoce sobre este trastorno. Desde la etio-patogenia y el diagnóstico, hasta el tratamiento del TDAH han recibido una fuerte influencia de ese neurocognitismo. La manera como se busca comprender esta entidad nosológica desde ese enfoque no ha recibido mucha atención crítica desde la filosofía y merece un abordaje conceptual (Castel, 2009, 2016).

El propósito de esta tesis no es solo señalar las inconsistencias de este enfoque sino sugerir una alternativa al diagnóstico y al tratamiento neurocognitivos del TDAH. En este caso me sirvo de la filosofía de la acción y del lenguaje, más precisamente de un concepto que esta disciplina ha adoptado: *la triangulación*. Basándome en la propuesta de Donald Davidson sobre este concepto, definido como el contexto en el que dos criaturas interactúan alrededor de un objeto en común, planteo en el último capítulo de la tesis acercarme a otra forma de diagnosticar y tratar el TDAH.

En última instancia, esta propuesta cuenta con venerables antecedentes implícitos en el quehacer de los psicólogos de diferentes escuelas de pensamiento, ya que es en buena medida lo que ciertas orientaciones psicoterapéuticas realizan sin tomar en cuenta de que se trata de un contexto de triangulación psicoterapéutica (e.g., el psicoanálisis, la psicología humanista, etc.). No obstante, lo novedoso es pasar eso que ya se hace en psicoterapia por el prisma de una lectura filosófica y de un concepto que facilita la comprensión de las acciones realizadas en un mundo social. Como iré mostrando, si algo caracteriza al TDAH es que figura como una de las principales patologías de la acción en contextos humanos junto con todo lo que esto representa (Castel, 2009; Londoño, 2017; Timimi, 2005).

Los objetivos de esta tesis son: primero, realizar una descripción de lo que es y en lo que consiste este trastorno, seguido de la manera como el neurocognitismo lo ha buscado describir, la manera de diagnosticarlo y finalmente de tratarlo. Todo lo anterior con el fin de seguir un análisis conceptual de la forma en que este enfoque concibe la acción, en este caso el control y la regulación de la propia acción. Como explicaré, el aspecto conceptualmente más relevante para entender el TDAH es el control y la regulación considerados deficitarios en el TDAH. Finalmente, el último objetivo es proponer el contexto de triangulación de Davidson (2001a [1982], [1992], [1997]) y su adaptación problemática al escenario psicoterapéutico propuesta por Marcia Cavell (2011 [1998], 2000 [1993]) como una opción alternativa al modelo de diagnóstico y tratamiento del neurocognitismo.

La triangulación serviría como un método interpretativo para poder, no diagnosticar el TDAH como tal, sino para comprender las razones primarias (creencias y deseos) de ciertas acciones. No se trata de proponer una mejor herramienta diagnóstica que valide o que se apoye más fiablemente en los criterios diagnósticos del DSM-5 o del neurocognitismo. Se trata de promover una interacción entre los niños y quienes se ocupan de su tratamiento que se convierta en un encuentro de nuevas formas de comprender las acciones social y normativamente densas que ocurren en el mundo humano; y finalmente, de comprender el síntoma.

El eje de ese encuentro *debe ser la interpretación de las acciones disruptivas del infante*. Estas acciones dependen de construcciones privadas y subjetivas de esquemas

de acción que se han constituido a partir de encuentros con otros en el mundo objetivo compartido, pero que son accesibles a la perspectiva de segunda persona y accesibles también a un intercambio. La triangulación puede también, a su vez, favorecer un cambio de posición y de punto de vista, tanto del sujeto considerado con TDAH como de su manera de relacionarse con los otros. Porque hace posible el aprendizaje (en la forma de cambio de comportamientos y concepciones) del individuo con TDAH acerca de las actividades del día a día en un mundo que comparte con otros.

Para poner en marcha esta tesis, en el primer capítulo me adentraré en una breve historia del TDAH, que en sí ha generado también cierta controversia, pues pocos historiadores (Smith, 2012) señalan, en contravía de la historia oficial del trastorno (Barkley, 2015a; Lange et al., 2010), que éste parece más el amalgamiento de signos clínicos y de mutaciones sociales. En pocas palabras, es el resultado de una época, y no una entidad nosológica que siempre ha estado ahí pero que no teníamos las herramientas para ver. Enseguida, realizaré una descripción de la propuesta de Barkley sobre la etio-patogenia y el tipo de acercamiento que este autor recomienda sobre esta entidad. Encaminando el trabajo a continuación hacia lo que es el diagnóstico dentro de la práctica clínica. Finalmente, para este capítulo, señalo los cuatro principales problemas filosóficos que tiene el enfoque neurocognitivo del TDAH.

En un segundo capítulo se explorará con detenimiento la forma predominante de diagnosticar el TDAH, las escalas diagnósticas, tanto de los déficits de las funciones ejecutivas (FE) en el TDAH, y el tipo de tratamiento preconizado en primera línea: medicamentos psicoestimulantes. Se describirá desde el enfoque neurocognitivo el tratamiento llamado “entrenamiento de intervención facilitadora”, de sus siglas en inglés FIT (*facilitative intervention training*). Pero también se mencionarán otro tipo de tratamientos ampliamente recomendados como las psicoterapias de reeducación.

En un tercer capítulo, analizaré los problemas con las escalas y las maneras de TDAH, no en el sentido de que los métodos diagnósticos no sean fiables estadísticamente, sino de que tienen una mirada limitada e incompleta de la acción, que se basa en conductas aislables y discretas. Acciones vistas como conductas inconexas de un contexto y de una estructura social-normativa en la que se despliegan. De igual modo, el tratamiento debe incluir otros actores y otras particularidades del individuo. El TDAH ha sido concebido

desde el neurocognitismo de una manera harto contradictoria: con unos criterios diagnósticos y características que incluyen al otro, a padres, docentes, instituciones educativas pero que busca reducir la etiología del trastorno a las solas capacidades intrínsecas y naturales del individuo, más precisamente sus habilidades de las FE y del cerebro. En los tratamientos del TDAH, finalmente, se privilegia una medicación con poca eficacia en el largo plazo y representando ciertos riesgos a la salud. Y los tratamientos reeducativos tienden a ignorar o subestimar las razones primarias de las acciones.

Finalmente, en el cuarto capítulo expondré la triangulación como medida para integrar las acciones dentro de una dinámica relacional, teniendo en cuenta aquello que se aleja y que no logra entrar dentro de la subjetividad de las acciones individuales. La triangulación como contexto de interpretación radical y comprensión de la acción dentro de un mundo social. Exploraré una faceta de la triangulación a la que llamo psicoterapéutica, cuyo objetivo es dilucidar la forma particular de experimentar las razones primarias, fantasías y significaciones implicadas en sus acciones a partir de la noción de andamiaje.

Esta tesis no busca hacer una crítica anti-psiquiátrica ni social del TDAH; lo que se propone es ir más allá de una psicopatología estandarizada y una psiquiatría que ha puesto a un lado el potencial de trabajo interpretativo alrededor de razones primarias de actuar. Es decir, la dupla creencia y deseo que sustenta toda acción humana encierra a su vez todo un juego de conflictos de los que el clínico neurocognitivo no le interesa saber nada. Busco poner a un lado las preconcepciones del malestar mental, suponiendo las acciones sintomáticas como dotadas de un sentido o prestas a tener uno; eso es lo que planteo como tesis a partir de la triangulación. Es por ello que me parece crucial *que el terapeuta haga el trabajo de interpretar* al niño con TDAH, las situaciones de triangulación en las que se puede andamiar emotivamente el comportamiento disruptivo instauran un nicho enriquecido para ese tipo de labor.





# 1.El TDAH como problema conceptual

## 1.1 ¿Qué es el TDAH?

El *Trastorno por déficit de atención/hiperactividad* (TDAH) es una entidad nosológica que genera controversia al interior de la medicina y la psicología. Es el diagnóstico más prevalente en la infancia y una de las principales causas de consulta médica, psiquiátrica y psicológica en muchos países, como EE.UU. (Barkley, 2015) y Colombia (Vélez-Álvarez y Vidarte Claros, 2012). En Colombia se ha convertido, según Vélez-Álvarez y Vidarte Claros (2012), en un problema de salud pública de la población infantil. El diagnóstico es más común en la infancia, pero puede continuar o diagnosticarse en la edad adulta. La mayoría de escuelas médicas lo consideran un trastorno con un sustrato neurobiológico y natural, que se puede observar en la composición del cerebro, o en su morfología y actividad (neuroimagenes), incluso en los genes, y que justamente responde a los cánones de la desadaptación al medio de las teorías evolucionistas. Pero al mismo tiempo, una minoría médica duda de su validez como enfermedad biomédica real (Pérez-Álvarez, 2017; Timimi y Leo, 2009). Además de esto, este trastorno implica las emociones y la voluntad, el control de la acción, elementos que participan de manera trascendente en la constitución de la mente. Asimismo, el TDAH se presenta como el trastorno mental por excelencia en el que se pierde la capacidad de controlar las acciones y las emociones, que expone el fracaso de la voluntad en su forma más paradigmática (Londoño, 2017; Lakoff, 2000; Pérez-Álvarez, 2017).

El DSM o *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* de la *American Psychiatric Association* (APA), en su quinta y más reciente edición, el DSM-5, lo describe como un trastorno del neurodesarrollo, con inicio en la infancia, o al inicio del desarrollo neuro-psicológico. La característica principal de un trastorno del neurodesarrollo es que se presenta “un déficit del desarrollo que produce deficiencias en el funcionamiento social, personal, académico u ocupacional” (APA, 2013, p. 31). Si una persona es

diagnosticada con este trastorno es porque presenta importantes niveles de inatención, o dificultades en sostener la atención, desorganización. En pocas palabras, dificultades para organizar, realizar y concluir tareas, que en principio, para su edad, debería poder realizar y concluir.

La persona diagnosticada puede presentar igualmente signos de hiperactividad e impulsividad, esto es, movimientos nerviosos, incapacidad de permanecer sentado, intromisión en asuntos de otros, incapacidad de esperar. Todos estos últimos signos no deben estar acordes para la edad. “La hiperactividad se refiere a una actividad motora excesiva (como un niño que corretea) cuando no es apropiado realizarla, o a jugueteos, golpes o locuacidad excesivos; en adultos se manifiesta por una sensación de intranquilidad y un nivel de actividad exagerado” (APA, 2013, p. 61). La impulsividad consiste en acciones apresuradas pero no reflexionadas con anterioridad, y que pueden perjudicar a quien las realiza. Se trata de acciones para obtener recompensas inmediatas o de una incapacidad en retardar gratificaciones y aplazarlas en el tiempo, o inmiscuirse en los asunto de otros o tomar decisiones sin prever las consecuencias a largo plazo (APA, 2013, p. 61).

“Entre las características asociadas se pueden incluir la baja tolerancia a la frustración, la irritabilidad y la labilidad del estado de ánimo. Incluso en ausencia de un trastorno específico del aprendizaje, muchas veces está deteriorado el rendimiento académico o laboral. El comportamiento inatento está asociado a varios procesos cognitivos subyacentes y los individuos con TDAH pueden mostrar problemas cognitivos en las pruebas de atención, de función ejecutiva o de memoria, aunque estas pruebas no son suficientemente sensibles para servir de indicios diagnósticos” (APA, 2013, p. 61).

El TDAH comienza antes de los 12 años, y es requisito que antes de esa edad se hayan presentado los primeros signos clínicos. Los signos deben estar presentes en diferentes contextos (hogar, colegio, empleo, etc.) en donde el sujeto con TDAH transgrede la normatividad regente para las situaciones en las que se encuentra. Por ende, este trastorno es relacional y contextual, en última instancia normativo, porque se da principalmente en las áreas donde se espera un rendimiento y unas habilidades, como en el colegio y el trabajo. También en el diagnóstico se toma en cuenta la calidad de las relaciones sociales de los sujetos: pobres relaciones familiares y con compañeros del

colegio o el trabajo, o como negligencia hacia ellos o rechazo por parte de ellos. De igual modo, se les señala como personas más propensas a violar las normas y las leyes, incluso una tendencia a desarrollar conductas criminales o una personalidad antisocial (APA, 2013).

Por el momento no existe ninguna prueba o examen biológico que permita diagnosticar el trastorno. Pero a pesar de que no existe ningún marcador biológico para su diagnóstico (APA, 2013, p. 61), como lo señala el DSM-5, se insiste en que su etiología sería neurobiológica o neurocognitiva. La psicopatología neurocognitiva emprendió una búsqueda de los marcadores neurobiológicos a partir de postulados evolucionistas que han ganado mucho peso al interior de la psiquiatría y la psicología en los últimos cuarenta años.

Dado que el TDAH implica una *evaluación* del individuo *en contextos normativamente regulados*, es preciso explorar conceptualmente la relación existente entre las nociones prevalecientes entre especialistas sobre la naturaleza del trastorno (predominantemente neurocognitivos) y las prácticas *cruciales* para su identificación y tratamiento (normativas-socioculturales).

Es crucial para el análisis conceptual de esta entidad y la propuesta de alternativas que fortalezcan el diagnóstico y tratamiento de las personas con este trastorno notar que la emisión de un diagnóstico de TDAH supone una evaluación normativa del comportamiento del niño. Pues no se trata *simplemente* de la verificación del daño (*impairment*) de alguna función cerebral como en otros casos, como la afasia, la agnosia o la apraxia. En consonancia, es necesario clarificar la estructuración misma del TDAH como entidad diagnóstica. El problema es que se evalúa a los niños respecto a su adaptación a prácticas y entornos socioculturales como los propios de la escuela, pero se procede a explicar la naturaleza de su desadaptación por la vía de sucesos intracraneales.

Busco hacer notar que se identifica una discrepancia entre una concepción neurocognitiva del trastorno y una identificación sociocultural del portador de este diagnóstico. Una discrepancia que se juega a partir de un problema conceptual en torno a la manera de aprehender la conducta, la acción y todo el juego de signos clínicos que

componen los criterios diagnósticos de este trastorno. Reducirlos a una pura expresión sin significado de origen neurocognitivo nos hace olvidar que los gestos de las personas se despliegan en un mundo normativo, de creencias y deseos.

## **1.2 Breve mirada histórica de la conformación del trastorno**

Voy a comenzar esta sección por orden cronológico según y como se ha concebido la historia oficial del TDAH (Barkley, 2015a; Lange, Reichl, Lange, Tucha y Tucha, 2010). Estos historiadores del TDAH dan a entender, en pocas palabras, que este es un trastorno biológico, que es consecuencia de una afectación de la funcionalidad o la anatomía del cerebro, que ha existido posiblemente desde siempre, y que poco o nada tiene que ver con el contexto social. Tratan de demostrar esto a partir de lo que según ellos fueron las primeras observaciones del TDAH. Éstas provendrían de finales del siglo XVIII, del médico escocés, Alexander Crichton quien en 1798 publicó un texto médico donde refería casos clínicos de personas con incapacidad para sostener la atención y fácil distracción, desorden que este médico consideraba innato (Lange et al., 2010).

Otro famoso autor fue el médico alemán, Heinrich Hoffman quien en 1844 escribió un cuento o poema infantil donde describe a un niño llamado Philipp (al parecer inspirado en su propio hijo) que era totalmente inquieto y quien perturbaba la cena familiar. Barkley (2015e) y Lange et al. (2010) van tan lejos de decir que Philipp es la descripción de un niño con TDAH, aunque no posean mayor detalle ni antecedentes ni una valoración en diferentes contextos de este niño; el mismo Barkley es el primero en saltarse su propia guía y los pasos de diagnóstico que él aconseja (Barkley, 2015). No es claro cómo a partir de un cuento que relata la historia de un niño inquieto y travieso se deduce la existencia ya de siglos atrás de un trastorno tan complejo como el TDAH.

Sin embargo, será hasta finalizado el siglo XIX y comenzado el XX que otros dos médicos británicos, George Still y Thomas Clouston habrían hecho observaciones clínicas de niños con aparente TDAH. Es en 1902 que Still publica en la revista médica,

*The Lancet*, una serie de conferencias para el *Royal College of Physicians* en Inglaterra, de donde, según la historia oficial, partirían la semiología y características del trastorno actual (Still, 1902; Barkley, 2015a; Lange et al., 2010). En estas conferencias informó sobre un grupo de niños con “control moral defectuoso”; por control moral se refería a “acción de acuerdo con la idea del bien supremo” (Still, 1902). Este “defecto moral” consistía en sujetos “apasionados”, deshonestos, destructivos, sin ley y con sexualidad inmoral. Sin embargo, la mayoría de los pacientes de Still eran niños con retraso mental significativo o con una enfermedad física obvia (meningitis o tumores cerebrales, etc.) lo que explicaba el comportamiento disruptivo. También presentaban otros signos como pica (ingesta compulsiva de cualquier objeto no comestible), auto-agresividad, mitomanía y violencia extrema. Empero, en este grupo de niños seguía habiendo un pequeño subgrupo sin deterioro físico notorio, pero que de todos modos presentaba este “defecto moral”. Además, Still agrega que una característica muy notable de los casos de defectos morales, sin ninguna discapacidad mental, era la incapacidad anormal de mantener una atención sostenida (Still, 1902; Smith, 2012; Baumeister y Hawkins, 2001; Lange et al., 2010; Lakoff, 2000).

Al parecer, lo que Still, junto con Clouston, hicieron, fue proponer por primera vez la medicalización de conductas socialmente inapropiadas. Al igual que con la histeria y la neurastenia, la era Victoriana refleja justamente las primeras preocupaciones de médicos y políticos en cuanto al individuo afectado en lo más profundo de su voluntad. En este caso, la infancia desadaptada y con alguna forma de discapacidad se convertía igualmente en un epíteto del fracaso del autocontrol y la voluntad. La infancia desadaptada se tornaba en un lastre para la sociedad y un riesgo para el orden social (Londoño, 2017; Smith, 2012; Lakoff, 2000).

Después de estas descripciones, para la historia oficial del TDAH, la pandemia de gripe Española o encefalitis letárgica<sup>1</sup> es clave para entender este trastorno. Esta enfermedad

---

<sup>1</sup> También se le conoce como “encefalitis de von Economo”, en la “que se puede presentar una forma somnolento-oftalmopléjica (epidemia de Viena): en el período de estado existe un deterioro de vigilia, pero con características de sueño pertinaz (el paciente puede ser despertado con estímulos verbales, se comunica con el observador de manera adecuada y vuelve a entrar nuevamente en situación de dormir). Puede presentarse una forma hipercinética o mioclónica (epidemia de Rumania): aparece una inquietud permanente en el paciente, con alteraciones

permite a los historiadores del TDAH y a neuropsiquiatras infantiles vincular daños cerebrales tempranos con la conducta y los problemas del aprendizaje (Lange et al., 2010). Esta pandemia comenzó hacia 1917 y finalizó en 1926. Muchos de los que sobrevivieron y que no quedaron en un estado cataléptico o de estupor, mostraron cambios en su conducta. A esto se le llamó “síndrome post-encefalítico”. Se observó en niños este síndrome sin alteraciones intelectuales aparentes pero que mostraban dificultades en inhibir sus conductas motrices impulsivas, hipercinesia, así como en muchos casos se presentaban incluso conductas psicopáticas o antisociales graves (Barkley, 2015a). Smith señala que el síndrome post-encefalítico incluía anormalidades del sueño, del apetito, algunas discapacidades físicas, tics y obsesiones, histeria, depresión e intentos de suicidio (Smith, 2012, p. 40). Como se ve, el cuadro clínico y semiológico del síndrome post-encefalítico era muy amplio y podía incluir una multitud de signos clínicos. No es raro entonces, como dice Smith, que este síndrome haya terminado por asociarse con las secuelas de otros problemas cerebrales y del sistema nervioso central como infecciones de las meninges, traumas, falta de oxigenación pre-, peri- y post- natal, etc. (Smith, 2012, p. 40).

La psiquiatría acentúa su punto de investigación en causalidades orgánicas muy inspiradas en la neurología y la psicología del comportamiento, y trata de continuar a correlacionar daño cerebral y conducta.

En 1937, C. Bradley describió los efectos paradójicos de la bencedrina (dl-anfetamina) en niños hospitalizados por problemas de conducta en el hogar de *Emma Pendleton Bradley*. Inicialmente, Bradley intentó tratar a niños que sufrían dolores de cabeza post-neumoencefalográficos<sup>2</sup>, posiblemente causados por la pérdida de líquido

---

maniacas o hipomaniacas, comportamentales, etc. Mioclonias generalizadas y corea. O puede ocurrir una forma amiostática-aquinética (parkinsonismo, epidemia de Londres): da una forma parkinsoniana de entrada” (Salamano, 2015). Se puede presentar como un cuadro clínico similar al de la gripe, con presencia de fiebre, temblores, gran debilidad física y posible generación de muerte por pulmonía.

<sup>2</sup> La neumoencefalografía es una técnica diagnóstica donde se drena el fluido cefalorraquídeo de la cavidad craneana para inyectarle aire o helio y así tomar una radiografía del cerebro, para obtener una imagen más clara del mismo. Era una técnica peligrosa y que generaba efectos secundarios como fuertes migrañas y vómitos. Hoy en día no se utiliza sino en el ámbito investigativo.

cefalorraquídeo, creía que la bencedrina, como estimulante, estimularía el plexo coroideo para producir líquido cefalorraquídeo (Barkley, 2015a). La bencedrina se mostró ineficaz para los dolores de cabeza, pero sí se observó que los niños mostraban un mayor interés en la escuela y que sus resultados académicos mejoraban considerablemente. Informó que la mitad de los niños estudiados aumentaron su rendimiento, sus habilidades de comprensión y obtuvieron mejores resultados en los exámenes. Paradójicamente, los niños que se mostraban inquietos y agitados mostraban una quietud con la medicación.

En 1947, Strauss y Lehtinen publican su trabajo que comienza haciendo una revisión de la historia de la educación y formación de niños con discapacidad o retraso mental (Strauss y Lehtinen, 1947). Asocian estas desventajas con daño cerebral, lesiones cerebrales mínimas (*minimal brain injury*), y descubren que, de hecho, hay casos menos serios en los que las capacidades intelectuales se ven más o menos afectadas, que sin embargo muestran similitudes de comportamiento con los niños con retraso mental notorio. Luego suponen que habría niños endógenos para los que no hay retraso mental que, sin embargo, mantienen lesiones cerebrales, a quienes también podemos agregar problemas psicológicos y familiares a diferencia de los niños exógenos (en quienes el retraso mental está comprobado).

En este punto, se puede decir, la historia oficial está de acuerdo en tomar todo lo anteriormente dicho como antecesor histórico de la existencia del TDAH. No obstante, el historiador disidente, Matthew Smith (2012) toma distancia con respecto a estos autores. *Para él, todo lo anteriormente descrito poco o nada tiene que ver con lo que en la actualidad se conoce como TDAH.* Si tiene algo que ver, es solo para sustentar las hipótesis biológicas de la etiología de los investigadores que realmente inauguran el trastorno contemporáneo. Smith sugiere que los años 1950-1960 son el momento donde claramente aparece la hiperactividad (y lo que será el TDAH moderno) en los EE.UU., como un problema de salud mental de la infancia y como una enfermedad de pleno derecho.

La Guerra Fría llevó a que el sistema educativo se transformara radicalmente; ese país se encontraba en competición con la Unión Soviética en todas las áreas, por consiguiente se quería un sistema educativo más rígido, estandarizado, donde se implementaran objetivos a nivel del gobierno federal y donde se hiciera un fuerte

escrutinio. Se buscaba una mayor exigencia a los alumnos para conseguir las metas y formar mentes brillantes a nivel científico (en áreas como aritmética, economía, lenguas e ingeniería) y así vencer al comunismo (Smith, 2012). Todo esto se convirtió en un propósito nacional.

Es en este contexto, junto con los artículos de 1957 de M.W. Laufer, E. Denhoff y G. Solomons (1957) y otro publicado por Laufer y Denhoff (1957) que Smith considera que en realidad se inaugura el trastorno tal y como se conoce hoy en día. Estos autores eran médicos psiquiatras que trabajaron en el *Emma Pendleton Bradley Home* para C. Bradley, que como vimos arriba, fue el descubridor de los efectos de la bencedrina en niños turbulentos (con desajuste emocional). Estos autores hablaron de un “trastorno de impulso hiperkinético” (*hyperkinetic impulse disorder*) que se caracterizaba por hiperactividad, poca duración atencional, poca capacidad de concentración, irritabilidad, impulsividad, variabilidad, y pobre rendimiento escolar, con una probable etiología relacionada con una disfunción del diencéfalo (Laufer, Denhoff y Solomons, 1957). Lo que historiadores oficiales consideraban como antecesores o fuentes descriptivas del TDAH (*i.e.*, lo descrito por Still o el síndrome post-encefálico) se trataba de cuadros clínicos muchos más amplios que los del trastorno de impulso hiperkinético.

Smith (2012) sugiere que el trastorno que describieron estos autores en 1957 serviría para identificar una “amplia gama de niños estadounidenses”. Él enfatiza tres razones para la amplia aplicabilidad de estos criterios en una gran variedad de niños. Primero, Laufer, Denhoff y Solomons (1957) fueron los primeros investigadores en relacionar la hiperactividad con el rendimiento académico y con la manera como ésta afectaba el trabajo escolar. En segundo lugar, afirmaron la banalidad y la ubicuidad de este trastorno, no solo limitado a instituciones especializadas, sino también presente fuera de ellas, más cerca del niño “normal”.

“Aunque estaba compuesto por un rango menor de síntomas que el defecto de control moral de Still o que el trastorno post-encefálico, tales características de conducta eran más comunes y se observaron en niños bastante normales, en lugar de solo en niños con daño cerebral. [...]

A diferencia de las encarnaciones de hiperactividad anteriormente citadas en textos médicos, el trastorno de impulso hiperactivo podría aplicarse no solo a un pequeño número de niños gravemente perturbados, sino también a un gran porcentaje de la población infantil. Los artículos de 1957 de Laufer y Denhoff proporcionaron un punto de partida para las concepciones modernas de la hiperactividad al describir el trastorno como uno que podría aplicarse a millones de niños.” (Smith, 2012, p. 52).

Y tercero, para Smith se favorece el fortalecimiento de la búsqueda de una causa biológica para la hiperactividad. Como lo señalan Laufer, Denhoff y Solomons (1957) si no todos los casos de trastorno de impulso hiperactivo mostraban una lesión clara en el cerebro o secuelas encefálicas (vinculadas en ese entonces a las principales causas de hiperkinesia infantil), entonces se tenía que pasar a buscar etiologías de otro tipo biológico (Smith, 2012, p. 51-52). Esto abriría para las futuras generaciones de neuropsicólogos y psiquiatras infantiles una forma de identificar, pensar y reconocer el desajuste infantil en los entornos escolares y las posibles explicaciones del fracaso y el rezago escolar (Londoño, 2017). Como lo señala más adelante en su libro, Smith (2012, cap. 3) plantea que buena parte del éxito de una naturalización de la hiperactividad se debe al triunfo de la psiquiatría biológica y farmacológica sobre otros enfoques y escuelas psiquiátricas (psicoanalíticas, social-comunitarias, e incluso, aunque no las menciona, fenomenológicas). Ese triunfo tiene, por su puesto, motivos tanto internos como externos a la psiquiatría y a la medicina que no entraré a discutir.

De acuerdo con Smith, el término de hiperactividad facilitó a médicos, profesores y padres de familia comprender los fracasos escolares y los problemas de la conducta, y subsumirlos bajo un solo término explicativo. “*Él es hiperactivo*” se convirtió en una frase pegajosa, sencilla y que recubría en un solo término todas las dificultades que encerraba un niño para su entorno escolar y familiar. Y la hiperactividad se convirtió en el centro de atención de investigaciones por parte de la medicina y la psicología. A partir de otro artículo de la época con bastante impacto, el de S. Chess (1960), se pueden juntar los dos anteriores para entender cómo surge realmente el TDAH. Según Barkley (2015a), el concepto de hiperactividad transmitido por Chess (1960) es importante para entender su éxito porque (1) esta psiquiatra enfatiza la actividad del niño en vez de las posibles causas orgánicas, (2) hace hincapié en el diagnóstico a partir de evidencia y signos objetivos, y no a partir del simple reporte de padres y profesores, (3) alejó la

responsabilidad del problema de los padres, y (4) separó la hiperactividad de la posibilidad de un daño cerebral (p. 9).

“La hiperactividad podía ser ahora reconocida como un síndrome conductual que podía no solamente surgir de una patología orgánica sino también ocurrir en su ausencia. Aunque así fuera, continuaría siendo vista como el resultado de una dificultad biológica en vez de ser exclusivamente debida a causas ambientales” (Barkley, 2015a, p. 9).

Llama la atención esta declaración de Barkley por la evidente contradicción y la posición cuasi-dogmática con respecto a la idea de “hiperactividad” como un fenómeno (déficit) biológico, así no haya evidencia patológica orgánica alguna, se tiene que seguir viendo la hiperactividad como una disfunción biológica, o al menos como un déficit con origen genético-biológico.

### **1.2.1 Contexto del surgimiento de la hiperactividad**

Los tres artículos mencionados, los de Laufer y Denhoff, y el de Chess, surgen en un momento muy específico en la historia política, económica y cultural de los EE.UU. Smith relata cómo las políticas e intereses geo-estratégicos de esa nación impactaron a un nivel socio-educativo, cambiando para siempre las perspectivas y expectativas que se tenían de un estudiante escolar (Smith, 2012, p. 54-70). A finales de los años 1950, en plena Guerra Fría, los soviéticos lanzan el primer satélite y al primer hombre al espacio. Esto generó una gran preocupación a nivel político y social en EE.UU., pues daba la impresión de que el comunismo soviético era superior ideológica y científicamente. Muchos científicos estadounidenses decían preocuparse pues creían que EE.UU. estaba perdiendo la “carrera de cerebros” (*brain race*) y a nivel educativo se estaba presentando un rezago (Smith, 2012, p. 54).

Smith refiere que hay tres motivos por los cuales la hiperactividad surge en ese momento: primero, políticos, educadores y científicos comenzaron a señalar las conductas de los estudiantes como interferencia a la consecución de logros académicos importantes. La hiperactividad, o el exceso motor, que incluye la indisciplina, la perturbación de las clases, etc., es rápidamente asociada con ese fracaso en la

obtención de logros académicos. Segundo, el aumento de puestos de trabajo requiriendo altas competencias técnicas e investigativas llevaba a que los estudiantes de colegios tuvieran que alcanzar altos estándares educativos para poder ingresar al mundo laboral. Se esperaba que los niños duraran mucho más tiempo en el sistema educativo en comparación a las generaciones pasadas y que alcanzaran mayores estándares y puntajes en su graduación. Todos los que habían desertado el sistema educativo anteriormente, y que ahora se asociaban los motivos de su deserción con conductas como la hiperactividad, no se consideraban entonces como hiperactivos; pero a partir de finales de los años 1950 se esperaba que esos estudiantes hiperactivos permanecieran dentro del sistema educativo, aunque vistos ahora como problemáticos por ese mismo sistema (Smith, 2012, p. 55). Y tercero, la aparición de un nuevo cargo dentro del sistema educativo, el “consejero estudiantil” (*school counsellor*), favorece el asentamiento de la hiperactividad. Este nuevo actor se encargaría de identificar a los estudiantes problema, hiperactivos, con dificultades académicas, etiquetar sus deficiencias y remitirlos al médico para diagnosticarlos y tratarlos médicamente. El consejero estudiantil se vuelve el enlace entre el mundo educativo y el mundo médico. Llevando a que lo que inicialmente era un problema educativo se convirtiera en uno médico y de salud pública (Smith, 2012, p. 55).

“De esta manera, el niño hiperactivo se convirtió en un símbolo de percepción de la inferioridad intelectual estadounidense y el blanco de políticos, médicos y educadores que vieron la mejora académica como esencial para la seguridad estadounidense. El vínculo entre la defensa nacional y el surgimiento de patologías educativas no carece de precedentes. [...]

Preocupaciones similares sobre los logros educativos estadounidenses durante la Guerra Fría contribuyeron a un cambio en los tipos de conducta y estudiantes vistos como problemáticos y con una necesidad de intervención educativa y médica” (Smith, 2012, p. 55-56).

Otro factor importante del sistema educativo estadounidense, mencionado por Smith (2012), fue que después de la Segunda Guerra mundial la tasa de natalidad aumentó considerablemente en EE.UU., lo que se llamó la generación de los “*Baby boomers*” y que sobrepobló a los sistemas educativos, pero que coincidió con una disminución de docentes en los colegios. Todo esto generó ciertos inconvenientes como clases

sobrepobladas, docentes desbordados y poco formados, con poco tiempo para atender las demandas y necesidades específicas de sus estudiantes. Esto llevó a que los docentes tuvieran que apoyarse cada vez más en profesiones y ayudas externas al mundo escolar: en este caso, médicos y psicólogos.

Otro impacto importante de la generación *Baby boom* fue el cambio en el valor social de la infancia y la juventud dentro de la sociedad estadounidense (Londoño, 2017). Los niños y adolescentes empezaron a ocupar un lugar central para la sociedad, donde todas las comodidades debían estar a su alcance, viviendo en suburbios, proveyéndoles los mejores productos, juguetes, etc. Buena parte de la cultura estadounidense de las décadas de los 1950-1960 giró en torno al entretenimiento de la juventud (*rock'n'roll*, discotecas, televisión, cine, etc.).

Como medida contra los éxitos soviéticos, en 1958 se firma el *National Defense Education Act* que creaba una partida de más de un billón de dólares para mejorar el aprendizaje de las ciencias, matemáticas, inglés y lenguas extranjeras, así como contratar a consejeros estudiantiles y prevenir la deserción escolar. Que los soviéticos hubieran lanzado el satélite *Sputnik* fue como una bofetada para los estadounidenses y un llamado de alerta a poner en marcha cambios profundos dentro del sistema educativo.

“El mensaje... era claro: la educación iba a ser el campo de batalla en el que se ganaría o se perdería la Guerra Fría, y para 1957, el punto de vista dominante era que los soviéticos estaban ganando. Para muchos críticos la solución para esta catástrofe percibida era la de rechazar el abordaje de “diversión y juegos” de la educación progresista centrada en el niño que dominó la filosofía pedagógica desde los años 1930, e instituir un sistema más rígido, académico y estandarizado en el que los que objetivos firmes y establecidos a nivel federal se llevarían a cabo para que los estudiantes lograran el éxito académico. Esfuerzos sustanciales se harían para identificar las barreras de estudiantes en rezago, dirigirlos hacia diversas medidas correctivas e incentivarlos a permanecer en el colegio y alcanzar su potencial académico” (Smith, 2012, p. 61-62).

Se podría decir que durante la década de los 1950 los niños hiperactivos no eran vistos como un problema para médicos, familias y educadores. Incluso ciertos niños, que hubieran sido catalogados de hiperactivos, eran vistos de manera positiva, como

entusiastas, precoces y energéticos. Eran más bien los niños taciturnos, tímidos e introvertidos que parecían ser un problema en los colegios (Smith, 2012). Pero esa tendencia se invirtió a finales de los años 1950 cuando la hiperactividad, la impulsividad y la falta de concentración (los tres componentes principales del TDAH) aparecieron como precursores del bajo rendimiento académico (*underachievement*), del rezago educativo y “de subsecuentes problemas de salud mental que podrían costarle demasiado al Estado” (Smith, 2012, p. 65). Tanto el rezago educativo como la deserción escolar se convirtieron por entonces en preocupaciones mayores a medida que los empleos no cualificados iban disminuyendo y se concretizaba la idea de un individuo autónomo y responsable de su destino. La Guerra Fría y la carrera espacial también fueron importantes desencadenantes de estos hechos. La idea del nuevo sistema educativo era evitar en lo posible el rezago y el fracaso escolar de la mayor cantidad de alumnos, y formar a alumnos brillantes en las áreas de la ciencia y la tecnología (Londoño, 2017).

Pero identificar a los estudiantes rezagados y con deficiencias no iba a ser tarea fácil. La hiperactividad, y este nuevo trastorno que comenzaba a surgir, no parecían ser algo que pudiera diagnosticarse de una manera independiente al simple testimonio de terceros. No existían, ni existen aún, herramientas diagnósticas que permitieran determinar la patología a partir de datos fisiológicos y biológicos. Esto lleva a que entre la década de los 1970 y los 1990 haya una explosión de técnicas y herramientas que busquen diagnosticar de manera fiable, consensuada y válida el TDAH. Pero nuevamente, esta explosión de herramientas diagnósticas no ha permitido generar una mirada unitaria del trastorno y que converja hacia una manera única de diagnosticarlo, al menos no desde un punto de vista bio-patológico (Gonon, 2009; Gonon, Guilé y Cohen, 2010; Timimi y Leo, 2009; Pérez-Álvarez, 2017).

Finalmente, se pueden concluir tres puntos de esta breve mirada histórica del TDAH:

(1) El conjunto de conductas que se han ido amalgamando desde el siglo XVIII para dar sustento histórico al trastorno ha sido más el ímpetu de los historiadores oficiales del TDAH (Barkley, 2015a; Lange et al., 2010) que un trabajo concentrado en demostrar que se trata de un trastorno con un sustrato material y biológico que no habíamos sido capaces de identificar en el pasado.

(2) No ha sido posible aislar las conductas que componen este diagnóstico de factores relacionales y ecológicos. De allí en buena medida el hecho de que no exista ningún diagnóstico bio-patológico del mismo.

(3) Se ha asumido una posición cuasi-dogmática de muchos clínicos e investigadores quienes insisten en que el TDAH es en efecto una enfermedad de origen neurobiológico, a pesar de que no existen evidencias claras al respecto.

(4) La delimitación del mismo trastorno tiende a ser difusa de modo que casi el único eje claro del mismo es la actividad disruptiva del infante.

### **1.3 Déficit de las funciones ejecutivas: El TDAH visto desde la óptica neurocognitiva y evolucionista de R.A. Barkley**

El TDAH se ha explicado principalmente a partir de enfoques neurocognitivos que involucran mecanismos y eventos intracraneales. Las teorías explicativas más conspicuas y citadas concluyen algún tipo de falla en las funciones ejecutivas (FE) que impide la inhibición correcta de las acciones, una pobre planificación de la acción y de la memoria de trabajo<sup>3</sup>, generando así una pobre autorregulación y autocontrol (Willcutt, Doyle, Nigg, Faraone y Pennington, 2005; Willcutt, 2015; Barkley, 2015b). Una de las teorías más completas, citadas y de actualidad, desde el campo del funcionalismo neurocognitivo, es la de R.A. Barkley. Es a partir de ella que intentaré esbozar la forma como se piensa comúnmente este trastorno, y cómo la mayoría de médicos y psicólogos lo conciben al momento de diagnosticar y tratarlo.

Russell A. Barkley es psicólogo clínico, experto en neuropsicología y psicología infantil, y en el estudio del TDAH. Tal vez ha sido uno de los primeros autores en hacer

---

<sup>3</sup> Es la capacidad de almacenamiento temporal, procesamiento, actualización y manipulación de información que se maneja internamente. Se encarga de un tipo de función que permite la guía de las conductas cotidianas y facilita tareas complejas como el aprendizaje, comprensión, razonamiento y planificación. Entonces permite manipular la información retenida en los subsistemas fonológico y visuoespacial (Rapport et al., 2015).

caer este diagnóstico bajo el manto de la explicación cognitivo-evolutiva; y el suyo, tal vez, representa uno de los abordajes más típicos de lo que debe ser un enfoque cognitivo-evolutivo de los trastornos mentales. Su mirada del TDAH conceptualiza este trastorno como un déficit de las FE debido a la alta impulsividad emocional y a una pobre autorregulación de las emociones. Por un lado, estas funciones ejecutivas engloban la consciencia voluntaria y las funciones principales de la corteza prefrontal del cerebro, y por el otro, son justamente las que permiten el desarrollo de las acciones volitivas, propias para adaptarse al entorno y a la búsqueda de un bienestar personal. En su análisis las define de la siguiente manera:

“Las FE son el uso de acciones auto-dirigidas con el fin de elegir las metas y para seleccionar, actuar, y sostener las acciones a través del tiempo hacia esas metas por lo general en el contexto de los otros y a menudo dependiendo de los medios sociales y culturales para la maximización del propio bienestar a largo plazo como quiera que la persona defina ese bienestar” (Barkley 2012, p. 176).

Es decir, se trata de una explicación ambivalente (de dos facetas) de las acciones en la que los determinantes (las funciones) son todos individuales y subjetivos pero su actualización-ocurrencia (los síntomas) está imbricada en un contexto sociocultural específico. Para este autor un elemento central del TDAH, que muy pocas veces es tenido en cuenta por los clínicos, es una “notable propensión al fracaso en inhibir las emociones, o impulsividad emocional (IE). [...] Las reacciones emocionales primarias de las personas con TDAH no son tanto inicialmente intensas sino menos moderadas por una autorregulación ejecutiva consciente y esforzada de esas emociones” (Barkley, 2015b, p. 81). Barkley define el autocontrol y la autorregulación, como “cualquier respuesta o conducta de un individuo que sirva a su respuesta subsecuente a un evento, de ese modo generando un cambio neto o ganancia en los resultados a largo plazo de ese individuo” (Barkley, 1997, p. 63; Barkley, 2015c, p. 87).

La impulsividad emocional hace referencia a “la velocidad y la alta probabilidad de que un individuo reaccionará con emociones primarias (particularmente negativas) en respuesta a eventos, comparado con otros del mismo nivel de desarrollo y edad” (Barkley, 2015c, p. 81). A partir de esto, Barkley sugiere que los sujetos con TDAH son incapaces de moderar apropiadamente sus reacciones y respuestas emocionales, pero

además de esto y a causa de esto, no logran correctamente organizar una coordinación de sus acciones para alcanzar metas futuras apropiadas; metas a largo plazo que él considera como “la facultad más importante de la humanidad y probablemente la principal adaptación mental por la cual ella sobrevive” (Barkley, 2015d).

En este punto es donde entran en juego la cuestión de las FE y su aspecto deficitario en las personas con TDAH. Barkley nos enseña que este modelo de las FE permite verificar que la discapacidad esencial del TDAH sería un déficit en la capacidad de inhibir respuestas emocionales (inhibición cognitiva de la acción y de las emociones, reguladas por las FE), conllevando a déficits secundarios en todas las funciones ejecutivas y el control motor (Barkley, 1997). Barkley (2015c) se refiere a la autorregulación emocional como una habilidad innata, que todo individuo debe estar en capacidad de conseguir en mayor o menor medida y acorde con la edad. Para él, un individuo (a) debe poder inhibir conductas inapropiadas relacionadas con emociones positivas o negativas demasiado intensas, (b) debe poder auto-aliviarse cuando una fuerte excitación fisiológica surge a causa de estos afectos, (c) debe poder, enseguida, refocalizar la atención, y, finalmente, (d) debe poder reorganizar una acción coordinada para alcanzar una meta externa (p. 82). A lo contrario de todo lo anterior él lo llama “autorregulación emocional deficiente” (AED). Para que haya AED debe primero haber una importante IE que conlleve a ella. Para Barkley (2015c) es en la relación entre IE y AED donde se sitúa el corazón o núcleo del TDAH, o de su versión impulsiva/hiperactiva. No tanto en la versión que tiende a ser más un déficit de la atención y de la concentración; incluso, Barkley sugiere que estos individuos padecerían otro tipo o subtipo de trastorno (*Attention-deficit disorder*, *Sluggish cognitive tempo*, o *Concentration deficit disorder*). Nótese que la posición del autor sostiene un cierto compromiso con la idea de que la regulación emocional es un logro del desarrollo cognitivo *independiente* de la interacción social del día a día, lo cual sintoniza muy bien con una comprensión del TDAH en la que lo social es secundario al proceso evolutivo-biológico del individuo.

## **1.4 La práctica clínica del diagnóstico**

La manera de diagnosticar el TDAH en psicología clínica y psiquiatría supone hacer uso de instrumentos con criterios estandarizados que permiten distinguir el nivel de desviación del individuo frente a los parámetros conocidos de normalidad de la población general. De igual modo sugiere una gramática del diagnóstico muy específica donde se privilegia la perspectiva de tercera persona. El clínico que siga la línea de pensamiento neurocognitivo vista anteriormente, cuando recibe a un niño enviado por problemas de conducta en el colegio o problemas de rendimiento académico debe apoyarse en los testimonios del colegio transmitidos por el profesor o los padres, más los hechos percibidos y narrados por los padres sobre ese niño problema.

Se pueden solicitar antecedentes médico-quirúrgicos, comportamentales y familiares. Como lo sugiere Barkley (2015e), lo primero que se debe aconsejar, antes de una primera entrevista clínica, es la realización por parte de padres y profesores de una cantidad de escalas diagnósticas y evaluativas. A partir de esta valoración de terceros debe comenzar la del clínico con una entrevista a los padres o acudientes del niño, enseguida después de recabar datos puede observar directamente el objeto de indagación: el niño en cuestión y su conducta. Esta valoración comienza por la observación de la conducta del niño, incluso durante la entrevista con los padres, ¿qué hace?, ¿su motricidad?, ¿interrumpe?, ¿es inquieto?, ¿atiende a lo que sus padres dicen de él o es indiferente?, ¿se focaliza en un objeto, un juguete? Algunos psiquiatras infantiles también pueden llegar a ordenar neuroimágenes como *PET-scan* o resonancias del cerebro para revisar anomalías funcionales o anatómicas. Pero estas neuroimágenes no logran confirmar el diagnóstico y la interpretación que se hace de ellas es bastante cuestionada por algunos autores (Leo y Cohen, 2009; Baumeister y Hawkins, 2001; Foreman y Timimi, 2018). El mismo DSM-5 se encarga de señalar que los hallazgos de neuroimagen no sirven para el diagnóstico (APA, 2013, p. 61). Se debe tener en cuenta, como señalado más arriba, que la psiquiatría y la medicina no han podido descubrir un marcador somático o biológico que permita fiable y válidamente determinar el diagnóstico del TDAH.

Posteriormente, puede comenzar una segunda parte de la observación: el interrogatorio. A partir del interrogatorio se tratan de identificar todos los signos clínicos posibles, especialmente que se relacionen con el motivo de la consulta. Muchas veces esos signos vienen de los testimonios de terceros (padres, docentes, etc.). Después de

todo ese interrogatorio, el clínico plantea un diagnóstico (así sea provisional) a partir de su conocimiento nosológico y los criterios diagnósticos que conoce de antemano. Ya con las pruebas estandarizadas puede en efecto confirmar el diagnóstico o descartarlo (en este último caso pensar en otro) e iniciar como tal un tratamiento. Si el diagnóstico es TDAH entonces se inicia un tratamiento, lo más comúnmente, farmacológico (anfetaminas) y reeducativo (puede incluir terapia ocupacional) donde se le enseñan al niño y a los padres técnicas para evitar la hiperactividad, la inatención y/o la impulsividad, dependiendo de cuál prevalezca más. El neurocognitismo ha generado además nuevas técnicas de tratamiento específicas para trabajar una reeducación que mejore la plasticidad de las FE (Rapport, Orban, Kofler, Friedman, y Bolden, 2015).

Las escalas diagnósticas del TDAH o de las FE deficitarias son un elemento importante a tener en cuenta al interior de todo este proceso diagnóstico, incluso considerado el “*gold standard*” (estándar de oro) para evaluar las FE y diagnosticar el TDAH (Roberts, Milich y Barkley, 2015, p. 55). Pues no sólo Barkley, sino muchos otros autores (Marshall, Hoelzle y Nikolas, 2019; Edebol, Helldin y Norlander, 2012) concentran buena parte del peso de la posibilidad de diagnóstico fiable en ellas. No sólo a partir de los criterios del DSM-5 o de la CIE-11 (Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS), que son la base de partida para muchos clínicos, se establece un diagnóstico. Los criterios de estos manuales, por sí solos, no son suficientes o pueden prestarse a tergiversaciones o simplemente a diagnósticos que no son fiables, pues dejan demasiado a la observación y criterio del clínico.

Las escalas, como su nombre lo indica, proveen un escalafón de medidas para diferencias individuales con respecto a un concepto psicológico o médico, y sirven para describir, conforme a los evaluados, con respecto a ese concepto. Una escala, al igual que una prueba, produce un puntaje que facilita que cada individuo sea medido más o menos de la misma manera (Sattler, 1992 [1982]). Las escalas se usan para capturar una conducta, un sentimiento, o una acción que no podrían ser capturados a partir de una sola variable o reactivo (ítem).

La idea es identificar tendencias a partir de ciertas conductas observables, que puedan ser de fácil identificación tanto en perspectiva de tercera persona como en un

autorreporte. Investigadores, como el mismo Barkley, y los creadores de manuales diagnósticos han señalado conductas típicas que consideran comunes en casos de TDAH. Los ítems consisten en enunciados de fácil comprensión que deben poder ser fácilmente identificados en el sujeto evaluado. Enunciados que hacen eco a una conducta aislable y discreta, del tipo: “*A menudo tiene dificultad en detener actividades o conductas cuando debería hacerlo*”, “*A menudo no cumple con promesas o con compromisos que le hace a otros*”, “*A menudo toma decisiones impulsivamente*”, (Roberts, Milich y Barkley, 2015). Y la posibilidad de responder a partir de opciones múltiples pre-establecidas, lo más comúnmente respuestas tipo Likert (que mide la intensidad relativa del enunciado y permite un escalamiento de los tipos de respuesta), como por ejemplo: “Nunca o rara vez”, “algunas veces”, “seguido” o “muy seguido”. Las posibles respuestas reciben un valor numérico y el puntaje total obtenido permite establecer o no la presencia de un trastorno. Todo este planteamiento es cuantitativo, y establece unos baremos (las normas estadísticas que rigen de acuerdo con la población del individuo) a los que en principio se debería ceñir un diagnóstico. Se establece un uso normativo a partir de la estadística de lo que deben ser los puntajes o las cantidades de conductas observables que determinan la presencia de un diagnóstico.

## **1.5 El problema conceptual del diagnóstico y de la entidad clínica TDAH**

La mirada clínica en tercera persona, basándose en una observación e interrogatorio específicos, junto con las escalas clínicas que se puedan realizar no toman en cuenta que las conductas intrínsecamente vinculadas a la interacción con otro en prácticas cotidianas están relacionadas con un campo de significaciones personales, afectivas, y con un contexto socio-cultural. Así, por ejemplo, un niño con una puntuación muy alta en una escala de impulsividad bien podría ser una persona perfectamente adaptada al nicho sociocultural del área rural en la que creció, su desajuste más que un caso de TDAH muestra los típicos problemas de adaptación experimentados por los migrantes del campo a la ciudad. Nótese que la escala no es suficiente para diagnosticar este caso como TDAH y que lo que hace falta en última instancia para rechazar dicha asignación es una *evaluación de corte normativo* del comportamiento del niño. A pesar de que el

niño genere algunas razones y motivos, y que el clínico las pueda tomar en cuenta, la forma de diagnosticar el trastorno las hace pasar a un segundo plano y genera un desinterés en continuar explorándolas.

Se parte de un prejuicio: las conductas que se asocian al trastorno TDAH no obedecen a razones ni a motivos, si los hay son elementos *ad hoc* o algo totalmente accesorio de lo que en realidad, río arriba (*top-down*), sería consecuencia de una disfunción neurocognitiva (Castel, 2009, 2016; Pérez-Álvarez, 2017; Timimi, 2005; Timimi y Leo, 2009; Londoño, 2017). Se percibe el trastorno entonces como un evento puramente a-semántico y a-subjetivo<sup>4</sup>. La hiperactividad, la desorganización, la inatención y/o la impulsividad son un efecto de ese déficit, o sea subproductos de una disfunción neurocognitiva. No obstante, obviar o tratar como elementos secundarios las relaciones normativas-sociales, semánticas y de las descripciones en primera persona de los sucesos mentales del sujeto diagnosticado puede ser una mirada incompleta de lo que es poseer una mente. Si la mente se piensa únicamente en términos biológico-causales se pierde mucho de la manera de concebirla.

La observación y las escalas diagnósticas estandarizadas son en perspectiva de tercera persona y objetivistas, entonces suelen excluir el encadenamiento y engranaje de las actitudes proposicionales, las intenciones, deseos, creencias y afectos de los sujetos, al interior de una forma de vida que les da un sentido psicológico y subjetivo. Por ejemplo, cumplir o no con promesas, o detener conductas cuando se debe, son eventos en un mundo densamente normativo e interrelacional. A pesar de que el clínico los toma en cuenta en algún punto en la observación (el interrogatorio) parecen enseguida diluirse dentro de todo el proceso diagnóstico y terapéutico, pues para la mirada neurocognitiva no influyen directamente en las conductas problema. Si el clínico confronta lo que considera que está mal en la fuente de origen del proceso (mediante técnicas de reeducación específicas o medicación) las consecuencias de las producciones del cerebro (actitudes proposicionales y conductas) deberían modificarse por añadidura.

---

<sup>4</sup> Es decir, que no se consideran las relaciones de significación y de posibilidad de interpretación; pero también dejando a un lado la vivencia propia y el carácter significativo de primera persona.

Las razones de las acciones, con su contenido proposicional y su Intencionalidad<sup>5</sup>, pasan a un segundo plano, en donde sólo cuentan las conductas observables como output de mecanismos cerebrales y cognitivos. Pero he aquí el problema: la experiencia de primera persona de lo que es vivir esas “conductas problema” se desvanece, el sentido psicológico se pierde, y la otra cara de los estados mentales (de mis creencias, deseos, fantasías, etc.) es ignorada (Castel, 2009, 2016). Es decir, el concepto de acción desaparece por completo, si se piensa la acción vista como tal por parte de un agente intencional. Así conceptualizadas, las acciones del niño son evaluadas como conductas para las cuales no hace falta tener en cuenta motivos, creencias e intenciones. Su papel de eslabón dentro de la cadena causal de las acciones quedaría reducido a no ser más que eso, un simple eslabón, y no un elemento que además de encadenante, es a su vez, sensible a, y portador de esas razones primarias. Estas conductas, según como las concibe este neurocognitismo, parecieran ser hechos mecánicos pero sin un propósito (no intencionales) ni sin un objeto definido (sin Intencionalidad).

Para la concepción de un Barkley y del DSM-5 daría la impresión de que esas conductas (criterios diagnósticos) fueran movimientos físicos casi-estereotipados, mecánicos y realizados por agentes humanos sin mayor cuestionamiento. Es decir, como si un agente humano no tuviera que preguntarse por qué debe cumplir promesas, detener conductas en determinadas circunstancias, o tomar decisiones flemáticamente. Y peor aún, es como si nuestro equipamiento neurocognitivo estuviera concebido evolutivamente para que esas conductas quedaran impresas y tuvieran que ser seguidas cuasi-automáticamente. La acción se evalúa como conducta, esto es, se simplifica de una manera tal que los determinantes sociales e intencionales del comportamiento se dejan por fuera del esquema explicativo.

Por supuesto, esto no es el caso, Barkley y el DSM saben que las intenciones y los propósitos de un agente existen, pero los consideran irrelevantes para explicar el

---

<sup>5</sup> Como suele ser el caso cuando los vocablos “Intencionalidad” o “Intención” son empleados con “I” (mayúscula) es porque se refieren al concepto proveniente de F. Brentano. Es decir, la propiedad de estados mentales y de acciones de poseer un contenido semántico y proposicional. Estados que son acerca de algo o dirigidos hacia un objeto. De esta última definición se desprende el uso del vocablo “intención” con “i” (minúscula) como idea o acción que persigue o busca alcanzar un propósito.

problema. Y justamente el problema estriba en que su aparato conceptual favorece un naturalismo<sup>6</sup> no intencionalista sobre una visión intencional de la acción y las conductas. Es decir, trata de aclarar las razones e intenciones de las acciones como hechos naturales no dependientes de la Intencionalidad, minimizando la utilidad o el valor de esta última. Ellos prefieren dejar toda Intencionalidad e intención por fuera de su análisis porque les interesa más bien *delimitar el trastorno* con independencia de contextos específicos y de una subjetividad, y por eso enfatizan tanto el uso de las escalas.

La visión neurocognitiva que impera en la mirada sobre el TDAH y otros tipos de trastornos mentales se basa en casos clínicos célebres para buscar generalizar y replicar el modelo explicativo de los procesos patogénicos de ciertas lesiones cerebrales en casos contemporáneos de trastornos psiquiátricos. Como lo señala A. Ehrenberg (2018), los casos como los de Phineas Gage<sup>7</sup> y otras personas con lesiones del lóbulo frontal (síndrome frontal) son casos límite que han llevado a esta disyuntiva: entre la neurología y la psiquiatría, en donde “el síntoma muestra la sutilidad suficiente, porque no tiene, por

---

<sup>6</sup> Con naturalismo me remito a la definición de Castel (2009): “En epistemología es llamado naturalista el planteamiento que se fija por ideal la solución de los problemas teóricos según los cánones de las ciencias naturales (física y biología). Pero el naturalismo designa también el estilo de una ética particular, inmanentista, para la que todo es un solo real: la Naturaleza. De manera que el conocimiento de la naturaleza (única cosa de la que se pueda tener conocimiento) es inmediatamente liberadora, porque ella es el descubrimiento práctico de nuevos modos de actuar sin que se invoque jamás a trascendencia alguna (Dios, un puro espíritu, o las normas y valores en general)” (p. 176). *Cada vez que yo emplee el concepto de naturalización o de naturalismo serán en este sentido.*

<sup>7</sup> Hombre que a sus 25 años trabajando en la construcción del ferrocarril en el estado de Vermont, EE.UU., padeció un accidente grave que cambiaría toda su vida. Su misión era dinamitar rocas que se atravesaran por el camino del ferrocarril; un día, rellenando de dinamita un hoyo trató de compactar la carga con una barra de hierro de un metro de largo, al parecer en ese proceso se generó una chispa que detonó la carga de dinamita proyectando la barra contra su rostro, atravesándolo y saliendo por la parte frontal superior del cráneo. Gage sobrevivió milagrosamente el evento y estuvo consciente en todo momento, incluso cuando la barra le fue retirada. No obstante, tiempo después, su médico general y personas cercanas a él comenzaron a notar cambios en la conducta y la personalidad del obrero. Era antes del accidente una persona seria, sobria y enérgica. Después de éste se convirtió en alguien pueril, caprichoso, de humor cambiante, buscapleitos. De ser una persona seria se convirtió en un irreverente, mofándose de sus amigos sin restricción, no lograba durar mucho tiempo en ningún trabajo pues fácilmente podía comenzar una riña por sus comentarios inapropiados, se convirtió en alguien totalmente inestable e irracional en cuanto a su conducta social. Un siglo más tarde, la autopsia del cráneo de Gage reveló cómo la casi totalidad del lóbulo frontal, en la zona ventromedial, había sido comprometida por la barra de hierro (Damasio, 1999; Jeannerod, 1996).

ejemplo, la evidencia de la elocución del afásico, a la vez que presenta una potencialidad de desorganización devastadora ya que invalida la vida relacional del sujeto afectado” (Ehrenberg, 2018, p. 36). Un caso tan raro y excepcional como el de Gage, de 1848—mucho antes de que surgiera el diagnóstico del TDAH—, es el primero que permite condensar la relación entre conducta y cerebro. En donde la personalidad, el *self* y el Yo, aparecen dependientes de su base material.

Lo excepcional de Gage es que al mismo tiempo no pareciera sufrir de un trastorno neurológico (como un afásico o un hemipléjico), sino que padeciera de una psicología y una personalidad anormales e inconstantes (Ehrenberg, 2018, p. 34). No obstante, este caso tan excepcional y limítrofe pareció, de unos años para acá, dejar de ser la excepción para convertirse en la regla. Cualquier individuo con conductas amorales y disruptivas es necesariamente entendido como resultado de una lesión o, al menos, a una disfunción del cerebro en los lóbulos frontales. O sea, el naturalismo no intencionalista domina al interior de esta psiquiatría neurocognitiva, a pesar de que no reniega de la Intencionalidad ni la intención de las acciones. Como ya las lesiones espectaculares tipo Gage son raras de encontrar en esa masa tan amorfa de diagnosticados con TDAH, entonces se prefiere emplear el término de “déficit” o de “disfunción” (*Minimal Brain Dysfunction*, fue el nombre que alguna vez tuvo el TDAH, en los años 1960, y que reemplazó a otro similar, *Minimal Brain Injury*, justamente porque la lesión tipo Gage era muy rara o simplemente los casos no mostraban antecedentes de lesión alguna (Schmitt, 1975; Barkley, 2015a; Lantéri-Laura y Gros, 1982)).

Esto llevó a que psiquiatras de la talla de Georges Lantéri-Laura escribieran en los años 1980 sobre el *Minimal Brain Dysfunction* y el Trastorno hiperkinético de la infancia:

“**Minimal** garantiza la moderación del propósito y evita tener que mostrar un proceso patente, ya que de antemano se precisa que el trastorno en cuestión permanece diminuto; **minimal** remite a **subliminal** y si el proceso permanece por debajo del umbral perceptible, nadie puede exigir verlo. **Brain** viene a recordar lo serio y grandioso del asunto; es del cerebro mismo de lo que se trata, con todas las connotaciones que él provoca y el prestigio de lo que se ha terminado por llamar las **neurociencias** y cuyo desarrollo actual no se limita a la anatomía macroscópica. De hecho, **dysfunction**, en lugar de **injury**, sirve perfectamente: se trata de una afectación cerebral, pero a un nivel

sutil poco visible de la disfunción, si bien que uno se sitúa en las formulaciones más novedosas de la neurofisiología, tal vez más allá de la anatomía. [...]

Por otro lado, **disfunción** juega, a la vez, como sustituto de **lesión** y como garante de una cierta pertinencia de la fisiopatología sobre los fracasos escolares y los conflictos familiares. [...]

Por lo tanto, habría que tener una mente bastante crítica para preguntarse a cuál parte bien definida de la fisiología cerebral corresponden las alteraciones de la vida familiar. [...]

Pero de esto resultan varios efectos, en los que algunos verían inconvenientes. El primer riesgo es el de medicalizar lo que, por naturaleza, permanece ajeno a la patología: todas las fallas intrínsecas de la institución escolar, todos los fracasos de la vida familiar y otros del mismo tipo. El acento puesto sobre la organicidad excluye entonces toda tentativa de aprehender el sentido relacional de los fenómenos en causa” (Lantéri-Laura y Gros, 1982, p. 21-23).

La cita anterior de Lantéri-Laura y Gros hace precisamente hincapié en el problema conceptual que busco señalar: la reducción de sucesos relacionales y convenciones normativas a partes del cerebro. Como si la neuropatología fuera el *explanans* de las relaciones defectuosas entre los humanos, al interior de la vida familiar y lo que posee una base institucional.

Vivir esos fenómenos relacionales que son nuestras acciones (incluso las disruptivas) y asignarles un sentido, como lo indica la cita de Lantéri-Laura y Gros, implica más bien la perspectiva de “segunda persona”, o sea, que otro y mi interacción con otros en un mundo compartido también contribuyen a la formación y producción de mis propias acciones y de las conductas que las componen. Mis relaciones con los otros y las actitudes proposicionales que le atribuyo a otros juegan un papel crucial. Esto quiere decir que mis acciones son comprensibles por otros, que de base son acciones en interacciones públicas y que pueden adquirir un sentido que sea asequible a los otros. Hay una faceta pública de mutua adscripción de significado entre los habitantes del ámbito de las razones. Entonces, sus mentes son así *públicas* (puesto que una creencia sólo tiene sentido a la luz de otras creencias que a su vez uno comparte con otros capaces de adscribirle esa y otras creencias a uno). Se encuentran dentro de un holismo semántico (*red de significaciones*), en el sentido de Quine, mis actitudes proposicionales

están dentro de una red de significados que comparto con los otros (Quine, 1961 [1951], p. 40-41; Davidson, 2001 [1970], p. 221-223; Davidson, 2001 [1973], p. 256-258; Descombes, 2014 [1996], p. 95-115).

Y el problema se puede agudizar, porque incluso al interior de las redes de significaciones, yo puedo suponerle razones y creencias al niño que produce esas conductas problema, y suponer que sus conductas obedecen a un tipo de razón y de creencia que suena plausible dentro de esas atribuciones, pero los deseos y creencias del niño pueden estar apoyados en otro punto y obedecer a otra forma de justificar. También ella plausible (aunque quizás hasta un cierto grado irracional<sup>8</sup>), y justamente, el hecho de estar desfasadas la del clínico con respecto a la del diagnosticado hace de la atribución del clínico de un significado de las acciones de su paciente algo problemático. Es decir, el sentido propio y psicológico de las “conductas problema” se convierte en un dilema para quien observa, pues termina cayendo en lo que se llama “el círculo hermenéutico”, en donde yo como clínico sólo me voy a quedar haciendo suposiciones de lo que le sucede a ese niño. Entendiendo por círculo hermenéutico las hipótesis y prejuicios que tenemos de antemano sobre un texto, en este caso que se tienen de alguien, y que no hacen más que confirmarse para mí cada vez que busco interpretar a ese alguien. A esto, el abordaje en perspectiva de tercera persona se suele asociar con

---

<sup>8</sup> Según Quintanilla (2019) el significado que terminó primando para el vocablo “razón” fue el de justificar o estar en capacidad de dar una justificación apropiada de lo que se hace y se dice. La racionalidad como justificación de creencias, estados mentales, y acciones. Este autor considera que la razón no es ninguna facultad hipostasiada sino una propiedad relacional entre intérpretes y el mundo que comparten. “Es factible... decir entonces que la atribución de racionalidad emerge en una situación comunicativa como una exigencia de consistencia entre los estados mentales y las acciones que la intérprete se ve obligada a adscribir al interpretado para poder hacer inteligible su comportamiento” (Quintanilla, 2019, p. 293).

Para Hoyos (2014), la racionalidad sería un método, un camino o el curso que toma la acción (incluido el pensamiento y el discurso) de un agente para alcanzar una meta. La racionalidad seguiría, en apariencia, un camino procedimental, un camino expedito para alcanzar metas deliberativamente. Para elegir un fin un sujeto puede seguir un método procedimental, ya sea de tipo instrumental, o de tipo moral.

Pero los agentes suelen en ocasiones ir en contravía de la racionalidad, actúan contrario a lo que consideran es el mejor medio para alcanzar un fin, o cuando el fin mismo no cumple con la racionalidad moral. El sujeto va en contra de lo que él consideraría su mejor juicio sobre un medio o un fin. A esto es a lo que se suele llamar irracionalidad.

un estudio más adecuado del fenómeno por su *independencia* de los significados y las atribuciones intersubjetivas, lo cual es erróneo porque no hay tal punto *radicalmente externo* o *independiente* en la evaluación clínica. De hecho, se cree que se ha conseguido paliar a este inconveniente con su objetivación y su estandarización, pero en verdad lo que se ha logrado es simplemente minimizar esa realidad, y “meterla debajo del tapete”.

Además de lo que se viene de señalar, una acción puede estar articulada con creencias, deseos e intenciones inconscientes. Esas creencias, deseos e intenciones no tienen por qué ser conscientes ni reflexivos en el momento previo y simultáneo a la realización de la acción. Puedo tener la intención de realizar algo específico pero el resultado no coincidir con mi intención. O, incluso, las intenciones pueden aparecer vagas, incipientes, incompletas o simplemente ausentes; algo igual puede ocurrir con la creencia y el deseo. No siempre reflexionamos y somos plenamente conscientes de lo que hacemos, sin que esto signifique que perdemos por ello el sentido de agencia y de libre arbitrio. De acuerdo con D. Wegner, la acción inconsciente es posible porque la acción y el conocimiento de la acción son dos cosas diferentes (Wegner, 2002, p. 158). Ambas se encuentran en la relación del objeto y la representación del objeto. Esto quiere decir que puedo realizar acciones sin saberlo (porque nunca pensamos o nos topamos con lo que eran), o no estar pensando en ellas (no éramos conscientes de que las realizábamos), o acciones en las que no supe por qué las hice (olvidamos los motivos).

Este carácter inconsciente del origen de una amplia gama de comportamientos puede tener que ver con que algunos autores suponen la existencia de mecanismos cerebrales sub-personales y sub-intencionales encargados de la operación de la acción, de ejecuciones pasivas sensitivas e inconscientes que permiten realizar la acción. En esto, Joëlle Proust (2005), por ejemplo, pregunta “¿cómo puede ser que una volición singular, que se aplica a un acto nuevo, a menudo ajeno a las costumbres adquiridas, “sepa” efectuar esos cambios?” (p. 143). Para esta autora la pregunta parece ser si la volición se debe pensar como una acción mental, voluntaria y reflexiva, o si se trata de un “tratamiento de la información” sub-intencional y sub-personal. Proust (2005) le da la razón a Wegner, en efecto, hay acciones en donde la volición no fue consciente, “la intervención activa del agente no está limitada a la producción ocurrente de un efecto;

ella está ligada a la selección y retención de un esquema de acción... que consiguió alcanzar su meta en las ocurrencias pasadas” (Proust, 2005, p. 144). Se superpone entonces un esquema<sup>9</sup> de acción aprendido a partir de otras formas de acción pasadas sobre acciones simples, liberando la atención para ser focalizada únicamente en la realización de tareas más exigentes y complejas.

Finalmente, los esquemas de acción además de posiblemente depender de formas sub-personales y sub-intencionales de tratamiento de la información, no dependen de un mecanismo *per se*. Lo que afirmamos en perspectiva de tercera persona sobre el comportamiento de un niño sobre la base de estándares independientes a su contexto se relaciona con aquello que estamos dispuestos a atribuirle y al testimonio que él o ella nos presenta para dar cuenta de sus acciones. Marcia Cavell (2000 [1993]) supone que los esquemas de acción están articulados con estados mentales entremezclados e interrelacionados, y esos procesos de interrelación y enlace son diacrónicos, o sea, se han dado a lo largo del tiempo. Desde la infancia se van sedimentando todo tipo de experiencias, creencias, deseos, etc., que se empilan las unas sobre las otras y que, a pesar de olvidarlos, son el esbozo de una estructura perceptiva e intersubjetiva de acciones. Esto quiere decir que las acciones también dependen de un trasfondo en el cual se han ido sedimentando acciones que resultaron útiles en el pasado como medio de contrarrestar la ansiedad, por ejemplo, o para alcanzar ciertos fines. De igual modo, las premisas de una acción dependen en muchas ocasiones de creencias y deseos inconscientes, o de creencias instrumentales enlazadas con cadenas asociativas de eventos pasados. La dupla creencia más deseo (pro-actitudes), que compone las razones primarias de una acción, según Davidson (2001 [1963]), puede tener variantes que hagan ver un conjunto de acciones como algo irracional o problemático para una comunidad.

---

<sup>9</sup> Esquema en el sentido de Bartlett (1932) como “...organización activa de reacciones pasadas, o de experiencias pasadas que se supone deben estar siempre operando en una respuesta orgánica adaptada. Cuando quiera que haya un orden o una regularidad de la conducta, una respuesta particular es posible solamente porque está relacionada con otras respuestas similares que han sido organizadas en serie, pero que empero operan no simplemente como individuos uno tras del otro, sino como una masa unitaria” (p. 201).

A pesar de que Castel (2009) en el capítulo de su libro está hablando del síndrome de Gilles de la Tourette (síndrome que se ha buscado subsumir junto con el TDAH y otros bajo un mismo espectro de patologías del actuar, como lo señala el mismo Castel, 2009, p. 87), lo que se cita a continuación aplica perfectamente para el problema que estoy planteando:

“Estamos obligados a admitir que hay dos miradas: una mirada objetivante, conforme a la mirada naturalista de la neurología [y el neurocognitismo], y una mirada psicológico-moral, sensible al contexto histórico y social de los tics de los touretianos. Ahora, mientras que la primera es capital para comprender las bases del trastorno en las alteraciones cerebrales, la segunda lo es para no olvidar que, si el cerebro está en la cabeza, esta cabeza hace parte de un cuerpo de un individuo que tiene semejantes, un mundo y una vida social cuya descripción no puede ser, de parte en parte, más que relacional” (Castel, 2009, p. 78).

De igual modo que el touretiano<sup>10</sup>, el sujeto diagnosticado con TDAH puede ser visto desde la clínica neurocognitiva como una persona con una deficiencia neurológica con un trasfondo disfuncional en algunas funciones cerebrales. No obstante, también es un sujeto sensible al contexto histórico y social, que posee un cuerpo, que tiene semejantes y está insertado en un mundo social y normativo en donde se producen acciones relacionales. Se trata de acciones y conductas que pueden llegar a ser irracionales y conflictivas independientemente de cómo se caractericen las causas neurológicas y físicas.

### **1.5.1 Cuatro inconvenientes con la mirada neurocognitiva del TDAH**

---

<sup>10</sup> Es de aclarar que al igual que para el TDAH, para el síndrome de la Tourette no existe ningún marcador biológico a partir del cual se pueda diagnosticar, su etiología permanece aún incierta (Gagné, 2019, p.13).

Visto lo anterior se pueden identificar cuatro problemas específicos con la mirada neurocognitiva del TDAH. Estos problemas sacan a relucir conceptualmente las falencias y lo incompleta que llega a ser la concepción de la acción desde esta mirada.

(1) Para el clínico neurocognitivista las creencias, deseos e intenciones de las acciones del sujeto diagnosticado con TDAH no cuentan; o en todo caso, el contenido Intencional de esas actitudes proposicionales es minimizado o simplemente ignorado. Por ende, el diagnóstico del neurocognitivista (o el clínico que siga esa línea de pensamiento) queda incompleto, así como los elementos que entran en juego en las conductas llamadas patológicas quedan ausentes de una comprensión global del sujeto.

(2) Las acciones inconscientes—vistas por el clínico neurocognitivo como movimientos impulsivos, repetitivos y conductas “aparentemente” sin sentido—de los sujetos con TDAH no buscan ser dilucidados ni descritos por parte del clínico neurocognitivista, tan solo los asume *a priori* como un daño o deficiencia de un sistema neurocognitivo incapaz de autocontrol y autorregulación que se debe reeducar o arreglar, que exhibe conductas patológicas o anormales. El neurocognitivista no realiza la distinción entre conducta y acción, sólo observa conductas y asume la acción como algo secundario sin mayor interés para su quehacer.

(3) En la cotidianidad al interactuar con el sujeto con TDAH suponemos que nuestras acciones del presente son consecuencias de un cúmulo diacrónico de esquemas de acción realizados, y que por supuesto incluyen razones, creencias, fantasías, deseos, que el agente ha ido acumulando a lo largo de su desarrollo; no se trata simplemente de condicionamientos operantes o clásicos, o de conductas discretas, aislables y cuantificables (escalas diagnósticas). El neurocognitivista no asume la relación holístico-semántica e interrelacional de los esquemas de acción, que incluyen no sólo aprendizajes básicos sino también las aporías de la razón y del deseo (la irracionalidad, la dirección de ajuste, etc.) que se han dado a lo largo de la historia del sujeto diagnosticado con TDAH, y que surgen dentro de sus esquemas de acción del presente. A diferencia del neurocognitivista, yo propongo que las acciones y los esquemas de acción pueden ser interpretados. El autocontrol y la capacidad para inhibir la acción *no tienen por qué ser concebidos de manera independiente de los componentes ecológicos, normativos y personales* que son relevantes para ese *niño* en su vida cotidiana.

Nuevamente, esto es problemático a la hora de realizar un diagnóstico a partir de conductas vistas como “eventos físicos” o entidades aislables y discretas desconectadas del mundo compartido, y no como el resultado de posibles disposiciones motivacionales para actuar dadas en espacios intersubjetivos e interrelacionales.

(4) Existen acciones irreflexivas que no obedecen a un contenido mental proposicional, sino a un contento-descontento dirigido, es decir, a estilos afectivos pero normativos de interactuar con objetos en el mundo (Rietveld, 2008). Junto con el punto 3, es de anotar que, por consiguiente, el tratamiento neurocognitivo del TDAH se topa con una serie de inconvenientes a la hora de buscar mejorar las condiciones de las funciones ejecutivas, exclusivamente, suponiendo que una vez se restablece el potencial de las FE las acciones del sujeto comienzan a fluir sin problema en un mundo normativo y relacional.

El problema del neurocognitismo no es que al abordar el TDAH su planteamiento de la acción sea errado (tener una mirada funcionalista-neuronal de la conducta no es problemático *per se*), el problema es que es sumamente *incompleto y amerita ser replanteado*. Aprender las conductas—porque en este caso es más de conductas que de acciones que habla el neurocognitismo de Barkley—como puros efectos de expresiones neurológicas deja a un lado todo un contexto vivencial, holístico y proposicional que incluye además a los conflictos propios de las actitudes proposicionales (creencias, deseos, intenciones, etc.), así como de las disposiciones afectivas y apreciativas basadas en una normatividad. La forma en que concibe el TDAH el neurocognitismo es incompleta.

## **1.6 Una propuesta alternativa**

Lo que quiero sostener en este trabajo es que se puede pensar en alternativas clínicas y terapéuticas que no se basen en un diagnóstico estandarizado en perspectiva de tercera persona ni en un tratamiento farmacológico ni terapéutico clásico (reeducativo) de este tipo de conductas. Mi propuesta podría ir incluso más allá de esta entidad nosológica y abarcar otras patologías. Busco indicar otra forma de analizar y abordar acciones consideradas anormales, que no se limite a una forma específica, ya

---

preconcebida y estandarizada, de abordar y diagnosticar cierto tipo cualitativo de conductas. Aquí, lo que planteo como tesis parte de una mirada más amplia, que trata de poner a un lado los conocimientos ya establecidos, interrogarlos y cuestionar su modo de proceder. Lo que hace falta y me gustaría proponer es una manera de diagnosticar y tratar el TDAH que supere la interpretación biologicista de los resultados estandarizados a favor de una interpretación holística del comportamiento que atienda al nicho mismo (las prácticas del día a día) en el que este resulta disruptivo. La idea es pensar en otra forma diferente de comprender, interpretar y conocer esas acciones disruptivas, en contravía de las normas de la comunidad, y que perturban a otros. Y entender que ese carácter disruptivo depende de la historia de interacción particular e individual de desplegar esas acciones. Mi enfoque teórico *sustituye* la propuesta neurocognitiva en el diagnóstico y en el tratamiento. El neurocognitismo propone un planteamiento muy estrecho del TDAH pues la acción humana tiene una intención sujeta a interpretación e inscrito en un contexto socio-histórico. Y es a esto último a lo que apunta mi propuesta.



## **2.El diagnóstico y el tratamiento neurocognitivo del TDAH: De estándares estadísticos a funciones ejecutivas**

### **2.1 La evolución de las Funciones ejecutivas y el TDAH, según Barkley**

El TDAH se ha venido explicando como un trastorno mental que tiene sus bases y asentamiento en las funciones cognitivas del cerebro. Se habla más de un déficit de aquellas funciones que de una disfunción, pues en ella aplica más una globalidad funcional que falla, como en el caso de Gage, que un pobre rendimiento de las tareas específicas de dichas funciones. Las FE han sido el centro de atención del neurocognitismo para estudiar la patogenia y el origen de las conductas del TDAH. Barkley ha sido uno de los autores que ha hecho mayores aportes a las hipótesis de los déficits de las FE en el TDAH.

Las FE son naturalizadas por Barkley, no a partir de la neuroanatomía o la neurofisiología (no pueden ser descritas únicamente como funciones de la corteza prefrontal, pues éste tiene muchas otras funciones y está conectado con otras regiones corticales y subcorticales (Barkley, 2012)), sino que descansa sobre ideas acerca del destino evolutivo de la especie. El razonamiento de este punto de vista es que a lo largo del Pleistoceno, en la etapa del paleolítico, a los homínidos se les presentaron una serie de problemas adaptativos—protección contra depredadores, búsqueda de comida, apareamiento y reproducción, resguardo; cuando durante millones de años fueron cazadores-recolectores—para los cuales ocurrió una evolución de mecanismos biológicos y psicológicos para solucionarlos (Cosmides, Tooby y Barkow, 1992). Dentro de estos aspectos, las FE evolucionaron en los humanos, y hasta un cierto grado también en algunas otras especies animales, para responder como solución a problemas

evolutivos y de adaptación. Ciertas funciones cognitivas se desarrollaron en los homínidos con ciertas propiedades para generar ciertos estados finales.

“Las FE son una adaptación que ha evolucionado para resolver un problema o un conjunto de problemas de aquellas pocas especies que las poseen. Esto no es un *non sequitur*— las FE pueden haber evolucionado para resolver problemas sociales. Los seres humanos son una especie social, y vivir con otros individuos genéticamente relacionados y no relacionados plantea problemas (y oportunidades) para los miembros de esa especie. Hay una necesidad diaria en mirar hacia el futuro y anticipar lo que los otros están propensos a hacer en el contexto de la búsqueda de los intereses personales. [...] Entre las conductas particulares que se sabe que existen en los primates sociales (y los delfines) y que merecen consideración como posibles razones de las FE se encuentran el intercambio recíproco (comportamiento comercial, y en especial los intercambios a largo plazo), la competencia social, la cooperación social o mutualismo (simbiosis social), y la protoética y moral que existen para facilitarla. Tanto el intercambio recíproco a largo plazo como la cooperación... requieren un sentido del tiempo... un medio para evaluar el descuento de los retrasos en los pagos u otros beneficios, y un medio para subordinar los intereses personales inmediatos a los beneficios futuros” (Barkley 2012, p. 32-33).

Las FE existirían pues para facilitarnos la socialización y la cooperación con los otros, es la base de la formación cultural, el sistema de gregarismo cooperativo en el que los seres humanos aumentarían sus chances de supervivencia y de bienestar. Además de esto las FE permitirían una mejor manera de evaluar cuáles son las acciones más aptas y más apropiadas que se deben realizar para obtener los mayores beneficios a largo plazo de esa relación con el entorno social (*self-interest*): inhibiendo las acciones de gratificación inmediata y retardando la realización de esas acciones de manera más racional.

Su teoría se complementa con el cognitivismo computacionalista (*Artificial Intelligence*)<sup>11</sup> y la teoría de la decisión, que entiende al Hombre y su mente como

---

<sup>11</sup> La mente se piensa desde el cognitivismo computacionalista como una máquina de Turing o un computador; el computador sería un modelo literal de los fenómenos mentales, o que podemos llamar cognitivos. Es gracias a esta analogía, explica Descombes (2001 [1995]), que se puede

tomadores de decisiones racionales (*Homo economicus*), quien sabe cómo juzgar las probabilidades de acuerdo a los recursos informativos que estén a su disposición y que se guía por el interés propio. En ese sentido “esperamos que los mecanismos evolutivos produzcan agentes que velen por sus propios intereses; únicamente estos agentes se convierten en ancestros” (Sterelny y Jeffares, 2010, p. 377). Precisamente, el TDAH aparece como el trastorno que describe en buena medida la afectación de esos componentes evolutivos, y figura como paradigma del fracaso de la acción voluntaria y de la autorregulación.

La hipótesis del destino evolutivo de Barkley (2012, 2015d) supone la idea de una modularidad de la mente, que se divide en funciones innatas para controlar los gestos, poner atención y coordinar esfuerzos con otros. Para este autor, los procesos psicológicos superiores como las conductas morales y racionales son algo que parecería ya estar predispuesto a ser aprendido para todo humano que nace. Aunque ciertos patrones de conducta parecen sí tener una base genética, habría un fenotipo que determina rasgos de conducta, al igual que hay fenotipos que determinan el tipo de pelo, la forma del rostro, el color de los ojos, etc. Las FE serían un *fenotipo extendido*, al igual que existen artefactos y objetos creados como extensión de ciertos fenotipos (como los nidos de ciertos pájaros, las represas de los castores, etc.) que facilitan la supervivencia de los organismos. La idea de modularidad de la mente implica que hay cosas que vienen pre-programadas (de bajo nivel usualmente, como la atención, la memoria, etc.) y que con base en esas se montan otras de manera más o menos esquemática (las de alto nivel como la racionalidad y el uso del lenguaje) pero es preciso señalar que *el desarrollo esquemático de la mentalidad de alto nivel, o bien la asignación de módulos a fenómenos del alto nivel como el pensamiento o el lenguaje es tremendamente dudoso e implausible* (Fajardo-Santamaría, 2018; Vygotski, 2000 [1978]).

---

pensar en una explicación causal de las conductas inteligentes. En este caso, la capacidad de la mente en calcular y manipular símbolos; se trata de un nivel intermediario entre representaciones y conductas observables, y el nivel material neurofisiológico. “Es entonces la idea de cálculo, tomada en el sentido de una transformación racional de símbolos, que suministra el nivel intermediario buscado. La secuencia es racional porque está sometida a reglas: cada una de las etapas del cálculo da un resultado correcto o incorrecto. Las operaciones son sobre símbolos, en este sentido, que ellas consisten en transformar fórmulas. La fórmula final es la que da el resultado de la operación global (...) Finalmente, el cálculo mismo efectuado por nuestra máquina puede recibir una interpretación semántica: esta máquina este resolviendo un problema aritmético, o bien aún... jugando ajedrez” (Descombes, 2001 [1995], p. 165-166).

Barkley (2012) propone cuatro niveles del fenotipo extendido de las FE: (a) nivel instrumental auto-dirigido (procesos mentales internalizados: autorregulación), (b) nivel metódico autosuficiente (*self-reliant*) (acciones auto-dirigidas), (c) nivel táctico-recíproco (conductas sociales), y (d) nivel estratégico-cooperativo. Los déficits del TDAH se ubicarían en el nivel instrumental auto-dirigido y en el metódico autosuficiente (*self-reliant*). El primer nivel corresponde a la inhibición, el auto-constreñimiento (*self-restrain*), la auto-consciencia, la auto-evaluación, y el auto-discurso (progreso hacia el pensamiento verbal), son todas acciones dirigidas hacia uno mismo y que son internalizadas. Se trata de formas de autorregulación que están al servicio del alcance de metas. Es instrumental pues se requiere servirse de algún instrumento para alcanzar la meta y están dirigidas a uno mismo (Barkley, 2012, p. 64-65). El siguiente nivel concierne las conductas dirigidas a la obtención de metas. Un método es una cadena corta de acciones que consiguen una meta dada. Estos tipos de metas son a corto plazo y necesitando cadenas cortas de acción para alcanzarlos. Es un nivel de autosuficiencia pues las metas son puestas al servicio de metas para *la adquisición de independencia de y auto-defensa contra los otros* (Barkley, 2012, p. 65). Es decir, la capacidad de preservar los intereses del individuo cuando los del otro aparecen como intención de hacerlo abandonar recursos valiosos, como cuando nos persuaden maliciosamente de dejar a un lado recursos o cuando nos van a robar, engañar, cometer fraude, o estafar, o cuando simplemente otros buscan sacar provecho de uno en beneficio propio (Barkley, 2012, p. 114-115). Las particularidades de las FE “normales”, para Barkley, son las de un agente que no se deja sacar ventaja en beneficio de otros y en detrimento propio, que sabe medir a mediano y largo plazo sus intereses, que sabe auto-preservarse y maximizar las ganancias de los recursos a su disposición. Nuevamente, esto anterior presenta un inconveniente, ya mencionado en el anterior párrafo, y es que Barkley subsume los procesos de alto nivel con la misma explicación neurogenética que se puede sostener para los de bajo nivel. Como lo mostraré en el cuarto capítulo, y ya mencionado en el capítulo anterior, el pensamiento y el lenguaje no dependen ni pueden ser explicados *exclusivamente* como “fenotipos extendidos”.

Para Barkley, las FE proveerían ciertas capacidades que, en principio, tienen un origen neurogenético o evolutivo (Barkley, 1997, p. 227). Una capacidad espacial, que concierne

a la distancia espacial en la que el individuo está contemplando su meta y los medios necesarios para alcanzarlos. También una capacidad temporal, que es la posibilidad de mirar hacia el futuro que el individuo tiene para contemplar una meta. Se trata de un horizonte temporal que concierne el periodo de tiempo entre el posible futuro y los preparativos de las acciones para obtener la meta y la ganancia. Este periodo de tiempo, según Barkley (2012), aumentaría con la maduración, pasando de unos minutos a varios años. También habría capacidades conceptual/abstracta, conductual/estructural, social y cultural, pero para Barkley parecería que éstas no tienen nada que ver directamente con el TDAH (Barkley, 2012, p. 68-70).

Pero es precisamente allí donde se sitúa el gran inconveniente del abordaje de Barkley del TDAH. Pues como se irá viendo son las capacidades conceptuales y relacionales las que están en juego en el TDAH, los procesos psicológicos de alto nivel, relacionales y dependientes de encuentros triangulados con congéneres, mientras que Barkley y el neurocognitismo lo quieren mantener como un puro déficit de procesos psicológicos de bajo nivel. En última instancia, las acciones de los sujetos con TDAH son mediadas por el juego de encuentros y aprendizajes con los miembros de la comunidad en la que se encuentra y los objetos del entorno con los que se interactúa.

Lo anteriormente descrito no es exclusivo de la concepción de las FE, sino que también implica la manera como Barkley, y buena parte de la neurocognitismo, conciben y diagnostican el TDAH. La forma de identificar y situar este diagnóstico en una persona incluye los modos de capturar las FE, sus capacidades y las expectativas que se tienen con respecto a las conductas de un niño o adulto. Entonces, se debe precisar que hay niveles de complejidad en los procesos psicológicos (atención a estímulos vs. atención en la escuela). Vygotsky (2000) precisamente señala cómo la atención y la memoria se combinan a partir de una sedimentación diacrónica de campos perceptivos que forman una estructura sucesiva y dinámica. Esos campos perceptuales temporales para la acción son creados gracias a la intermediación del lenguaje. Los procesos de memoria y atención en el TDAH no son “evolutivamente naturales” en la medida en que suponen el control (de otros y del propio individuo) del comportamiento a través del uso de elementos mediatizadores (el signo, la palabra, el tablero, en breve los *objetos normativos* a los que *debe* atender el niño).

## 2.2 El diagnóstico del TDAH, según Barkley

El diagnóstico en medicina y psicología se entiende como la identificación e interpretación de los signos y síntomas clínicos. La medicina ha ido reconociendo ciertos fenómenos y manifestaciones como indicadores somáticos y psicológicos de la posible presencia de una enfermedad. Sin embargo hay una diferencia entre el concepto de síntoma y el de signo en psicología. El concepto de “síntoma” se ha ido relacionando con la experiencia personal y el relato de la persona que experimenta esa vivencia de malestar. Mientras que—especialmente con la aparición del psicoanálisis—el “síntoma” tendrá un significado y una relación con la experiencia propia, el “signo” será tratado como un indicio o señal que está en relación con un fenómeno observable dentro de una tradición. *El síntoma puede ser observado de diferentes maneras, y en psicología se le puede atribuir un sentido a éste último, una Intencionalidad.* El signo, en cambio, se relaciona con la tradición médica que ha ido objetivando esas señales o indicios como criterios de identificación de enfermedades. La idea del clínico es *interpretar* el síntoma, comunicado por un paciente, y transformarlo en signo. El diagnóstico sería el producto de la combinación de un trabajo crítico para no tener en cuenta sino los rasgos únicos dentro de una entidad nosológica y discreta. Esa transformación del síntoma en signo supone *identificar el fenómeno* conforme a unos estándares de la tradición diagnóstica. De tal forma, el síntoma X se convierte en un signo cuando *concuerta con el patrón* ampliamente reconocido para una entidad diagnóstica por la comunidad médica o psicológica (Londoño, 2016).

El objetivo es que el clínico a través de exámenes, pruebas e interrogatorios (observación clínica), pueda identificar el conjunto de síntomas, para transformarlos en signos concordantes para poder suministrar una configuración coherente, es decir, un “cuadro” clínico llamado “síndrome”. Un síndrome es un conjunto de signos que pueden estar presentes, pero que pueden variar en el tiempo y de una persona a otra. Por lo general, a un síndrome no es obligatorio asociarle una etiología específica, en muchos casos la etiología puede ser incluso desconocida. La identificación de un síndrome es lo que comúnmente se llama un *diagnóstico* y permite el reconocimiento de una enfermedad. Al contrario de un síndrome, a una enfermedad sí se le conoce su etiología,

que sería de origen genético, biológico/fisiológico o degenerativo, de igual modo se le puede conocer un pronóstico y un curso de desarrollo (Demazeux, 2019).

Barkley (2015e) sugiere que para obtener un diagnóstico apropiado del TDAH es necesario conocer el punto de vista de los padres, profesores de colegio y del niño. Se deben aplicar escalas diagnósticas de la conducta y funciones adaptativas del niño por parte de padres y enseñantes, así como escalas de la presencia o antecedentes psiquiátricos en la familia y padres del niño. Lo primero es obtener un diagnóstico diferencial, descartar la presencia de otros trastornos típicos de la infancia (trastorno del aprendizaje, de la comunicación, etc.); o, al contrario, para establecer si hay comorbilidad del TDAH con algún otro trastorno, lo cual suele ser muy habitual (Furman, 2009).

Otro objetivo de la valoración, de acuerdo con Barkley (2015e), es identificar el patrón de las fortalezas y debilidades psicológicas del niño para establecer el tratamiento a seguir. Esto último también debe incluir los patrones relacionales y de capacidad de los padres en poder plegarse a un tratamiento en conjunto.

Previo a la primera cita es aconsejable que la familia, tutores y profesores del niño hayan llenado todo tipo de formatos que incluyan información relevante sobre la historia médica y del desarrollo del menor, así como completar escalas evaluativas diversas para medir la conducta del niño y su nivel de discapacidad funcional psicosocial. Además, si hay posibles perturbaciones referidas de las funciones ejecutivas (lo que parecería, siguiendo la tesis de Barkley, ser siempre el caso) se deberían usar escalas para medir el déficit de las FE, como la escala del mismo Barkley, *Barkley Deficits in Executive Functioning Scale* (Barkley, 2011, 2012a). El punto es que las observaciones de terceros se apoyen en instrumentos validados y estandarizados, y no en simples reportes de lo que esos terceros observaron que podrían sesgar el diagnóstico. Especialmente, si se tiene en cuenta que cuando se evalúa desde distintos entornos (*settings*) las conductas del niño en cuestión, esa evaluación inter-jueces tiende a discrepar. De igual modo lo hace la variabilidad contextual de la conducta del menor, la cual tiende a ser muy amplia (Roberts, Milich y Barkley, 2015, p. 55). Esto último es una actividad conforme a estándares de la tradición médica, y es el resultado de objetivar todo el proceso diagnóstico para librarlo de posibles sesgos.

Enseguida, Barkley (2015e) sugiere ya una vez se tenga todo el paquete de escalas diagnósticas solicitadas proseguir con la entrevista a padres o tutores del niño. En esta entrevista se debe tomar en cuenta la validez de las conductas problema en el entorno de vida (validez ecológica), la capacidad de ajuste, posibles desencadenantes de las conductas, etc. De preferencia, se debe realizar una entrevista, en lo posible estructurada, que aborde temas y momentos específicos de la vida familiar (con base en lo que se suele llama un “análisis funcional de la conducta”). En general, la relación padres-hijo, al momento de jugar solo, acompañado, conducta durante las comidas, a la hora de arreglarse, de ir a la cama, al haber visitas en el hogar, al realizar tareas del colegio o del hogar, estudiar para exámenes, al estar en lugares públicos, al estar con otros niños, etc. Si se presentan inconvenientes en alguna de esas áreas se debe indagar más en profundidad con una descripción detallada, desencadenantes de la conducta problema, frecuencia de ocurrencia, y las respuestas a esa conducta. Barkley dice textualmente: “Si uno se limitara a un solo método para la evaluación psicológica de un niño, la entrevista con los padres (materna), sin vacilar, sería el método de elección” (Barkley, 2015e, p. 457). Lo paradójico de todo esto es que Barkley (2015e) sugiere que una evaluación psicológica de un niño no requeriría más que entrevistar a los padres, especialmente a la madre. No queda claro por qué precisamente la madre. Sin embargo, contradictoriamente, Barkley es de los primeros en señalar que los testimonios de los padres tienen tendencia a no ser muy fiables y a ser demasiado subjetivos. De allí que se prefieran las escalas diagnósticas, para disminuir sesgos. No obstante, el interés de esa declaración de Barkley apunta al hecho de que los criterios diagnósticos son relacionales, se dan al interior de un campo intersubjetivo.

Es precisamente por lo que las conductas del niño suscitan sobre otras subjetividades que se convierten en criterio diagnóstico. De allí que toda esa insistencia de ver ese trastorno como algo puramente “neurocognitivo-predestinación evolutiva” resulte harto paradójica.

Luego se puede realizar una entrevista a solas con el niño en donde se tratan de tomar en cuenta las *razones del niño* sobre lo que indican profesores y padres, así como el motivo de la consulta. El objetivo es conocer otros posibles problemas, la situación en el colegio, su relación con padres y compañeros, la situación general en el hogar y en el

colegio, y verificar la presencia de posibles conductas reforzadoras que puedan ser útiles para el tratamiento. Barkley (2015e) advierte que “los niños menores de 9-12 años no proveen reportes especialmente fiables sobre su propia conducta disruptiva” (p. 460): tienen mayor tendencia a mentir o a minimizar las conductas de las que se les señala. También, suelen reflexionar poco en las preguntas que se les formula sobre su conducta. El clínico aconseja no fiarse de lo que se observe durante la entrevista, pues el niño puede aparecer muy calmado y serio durante la consulta, pero esto es engañoso, pues lo que debe contar es el entorno natural del niño (Barkley, 2015e, p. 460-461).

Al final, no queda muy claro por qué este último paso de la entrevista con el niño y estratagemas para diagnosticar algo que se supone de antemano es de origen neurocognitivo. ¿Es porque esos otros temas (psicológico-relacionales) son simples elementos *ad hoc* (encubridores, reforzadores, inhibidores, etc.) a la conducta problema, o porque ellos son, en efecto, *condiciones* del trastorno? Daría la impresión de que son temas que simplemente se toman en cuenta para adecuar un tratamiento y para verificar y confirmar un diagnóstico que, finalmente, determinarán las escalas. Implícitamente, a partir de todo su escrito, se puede deducir que es a esto último a lo que Barkley (2015e) apunta. Las razones, creencias, deseos e intenciones del niño son algo secundario, ellas no harían más que confirmar un problema que es en su esencia un problema de outputs conductuales o respuestas que obedecen a déficits de funciones neurocognitivas, más precisamente las FE. Y que lo que el niño tenga que decir poco o nada importa para el diagnóstico. Se favorece el diagnóstico fiable en detrimento de los motivos individuales.

## **2.3 Las escalas diagnósticas: la mirada en tercera persona**

Las escalas son uno de los medios privilegiados de la psicología clínica y la psiquiatría para mantener una objetividad y visión científica de lo que se observa. Las escalas favorecen una perspectiva en tercera persona, es decir, una perspectiva que se asocia con la no perturbación del fenómeno observado; el valor metodológico de la tercera persona es que el sujeto epistemológico no interfiera con el curso del fenómeno observado, que sea “una mirada desde ninguna parte en particular” (*a view from*

*nowhere*) (Nagel, 1986). Interferir con el objeto estudiado es sesgar o alterar lo que se vaya a inferir del mismo.

Generalmente, se espera que los instrumentos desarrollados en psicología deban poseer confiabilidad y validez, y las escalas no son la excepción. Una vez construidas se debe buscar la generación de baremos para una población a partir de la cual se pueda, por un lado, establecer la consistencia interna de la prueba (su confiabilidad) y, por el otro, tomar decisiones a partir de las escalas, ya sea que estas decisiones vayan a ser relativas o absolutas. Una interpretación de los resultados es relativa si quiere decir que se va a contrastar al sujeto evaluado con la escala con un grupo de sujetos también evaluados con esa escala. Y, absolutas son las interpretaciones en donde se contrasta al sujeto evaluado con un estándar absoluto de desempeño (Zúñiga-Brenes y Montero-Rojas, 2007). La normalidad en psicología es entonces el producto de una interpretación de resultados conforme a regularidades estadísticas en las que el sujeto se compara con respecto a su población de referencia o bien con respecto a algún estándar absoluto de desempeño. En el caso de las escalas propuestas por Barkley, la interpretación es absoluta, en este caso el estándar absoluto de desempeño es la definición propuesta por Barkley sobre TDAH y los déficits de las FE que le son consubstanciales.

En 1969 surge de manos de C.K. Conners (1969) la primera escala diagnóstica del TDAH (Barkley, 2015a, p. 16). De hecho, la escala evaluativa creada por Conners inicialmente estaba pensada para medir el impacto de tratamientos con medicamento, la dextroanfetamina, en niños con trastornos del aprendizaje y de la conducta. Surge con el propósito de que la fiabilidad diagnóstica inter-jueces se mantenga lo más apropiada posible para poder evaluar la eficacia del medicamento. Pero sobretodo surge en un campo específico: el de la psicofarmacología. Donde el aislamiento de conductas sensibles al impacto de una molécula se vuelve algo primordial. Si se quiere saber si un tratamiento médico funciona se tiene que poder referir claramente un tipo de conducta de fácil observación e identificación, donde el sujeto pueda dar una respuesta tipo Likert, sobre la frecuencia de aparición de conductas que los docentes (jueces diagnosticadores) encuentran problemáticas en las aulas. Hay que tener en cuenta que estas escalas miden y son fiables si las expectativas de varios docentes convergen hacia respuestas similares sobre los mismos reactivos o ítems alrededor de un tipo de

concepto que se valora en un mismo sujeto. “*Permanece sentado jugueteando con pequeños objetos*”, “*Inquieto e hiperactivo*”, “*Hipersensible*”, “*Fantasea*”, “*Taciturno o malhumorado*”, “*Excitable*”, “*Inatento*”, “*Sumiso*”, “*Desafiante*”, “*Insolente*”, “*Obstinado*”, “*Temeroso*”, “*Tímido*”, “*Demandas excesivas de atención del profesor*”, “*Parece carecer de liderazgo*”, etc. (Conners, 1969). Todos estos y muchos más, son los estados mentales y las conductas que un profesor debe juzgar en un niño que se evalúa con esta escala. Enseguida, para los propósitos farmacológicos los ensayos clínicos de la molécula evaluada determinan la eficacia de dicha molécula: la disminución de frecuencia de las conductas problema en una evaluación, o bien a través del aumento de conductas “*deseables*” de parte del niño en una evaluación postest.

Los años 1980 ven surgir otra escala importante, la *Child Behavior Checklist* (Achenbach, Edelbrock y Howell, 1987) para niños y jóvenes, que se compone de 99 ítems relacionados con problemas conductuales y emocionales comúnmente reportados por padres, profesores y los niños mismos. Otras más fueron creadas en la década de los 1990 para diagnosticar específicamente el TDAH (DuPaul, 1991; Swanson, Deutsch, Cantwell, et al., 2001). De igual modo se desarrollarían escalas para evaluar el funcionamiento global de niños y jóvenes, y del desempeño de las FE. Las escalas propuestas por el mismo Barkley (2011, 2012a) sobre los déficits de las FE: estos incluyen algunos de los ítems que giran en torno a la idea de un autocontrol y una autorregulación de las conductas. Es de aclarar que los ítems anteriormente mencionados podrían ser contestados de forma consistente con problemas de adaptación tanto por un niño que los experimenta como por uno que apenas vive alguna condición especial (migración, depresión, separación de padres, etc.). O pueden ser respondidos por adultos que experimentan esa situación, como por los que viven un contexto particular (desempleo, falta de oportunidades de estudio, exclusión, etc.).

En este contexto cabe destacar la visión del destino evolutivo del procedimiento de Barkley: ellas tratan de identificar hasta qué punto el sujeto TDAH, niño o adulto—poco importa—, puede adaptarse a las exigencias de su entorno. O hasta dónde las acciones están en concordancia con los cánones adaptativos: en este punto si el niño puede realizar las tareas del colegio, planificar su día, vestirse o bañarse, o un adulto mantener relaciones interpersonales satisfactorias y resolver problemas adecuadamente. Como lo muestran algunos de los reactivos y respuestas tipo Likert de la escala: “*Soy más lento*

*que los otros resolviendo problemas que encuentro en mi vida cotidiana”; “Tengo dificultades en cumplir con promesas o compromisos que hago con los otros” (Barkley, 2011). Aunque esta última escala es autoevaluativa, las conductas que debo reportar son las que otro considera pertinentes. Pero además de esto la Intencionalidad de estas conductas debe cumplir con las exigencias de supervivencia y adaptación que el medio socio-cultural en el que habita le impone o le va mostrando a ese sujeto: “Tratando de cumplir con metas o tareas, encuentro que no soy capaz de pensar en hacer las cosas de muchas maneras como los otros”; “Tengo dificultades en motivarme y apegarme a mi trabajo para concluirlo”; “Rápidamente me enfurezco o me molesto” (Barkley, 2011).*

Es decir, las conductas entre ellas se contrastan y se establece su homogeneidad y consistencia estadística. Las escalas son cuidadosas porque intentan adoptar conductas que se manifiestan en entornos particulares, buscando darles un diagnóstico y una validez ecológica. Es decir, esos comportamientos esperados, en promedio, deben cumplir con las expectativas del entorno y, en última instancia, permitir el diagnóstico. Observar demasiado o muy poco de ellos durante un período de tiempo es suficiente para sospechar la presencia de una anomalía. Así, el investigador con sus escalas puede permitir objetivar y estandarizar una lista de conductas observables, la correspondencia entre esa lista y la experiencia, o en este caso, la regularidad establecida estadísticamente, daría indicaciones de acercarse a la veracidad de un objeto real, ontológicamente independiente de nuestros prejuicios o nuestro sentido común, independiente del juicio de quien realiza la evaluación.

El significado de los elementos que componen estas escalas debe poder verificarse a través de la experiencia, y esa experiencia es lo que permitiría deducir una enfermedad de pleno derecho. Esta es la lección que deja el uso de estas escalas y esta forma de aprehender el TDAH. Muchos de estos comportamientos pueden convertirse en signos, signos polisémicos, su uso en combinación establece la monosemia, es decir, un diagnóstico claro (Londoño, 2016). El grupo de investigadores en psicopatología puede generar una red de ítems postulados con un significado específico, en referencia a fenómenos observables que pueden traducirse en un diagnóstico y suposiciones etiopatogénicas.

## 2.4 Los tratamientos farmacológicos, neurocognitivo y psicoterapéuticos del TDAH

Los medicamentos psicoestimulantes de tipo anfetamínico han sido el principal tratamiento contra el TDAH desde los años 1960 cuando se realizaron pruebas clínicas y después del descubrimiento de los efectos de la bencedrina de Bradley (1937). Tal vez el medicamento de uso más popular es el metilfenidato, más conocido bajo su nombre comercial, Ritalina®. Aunque en los últimos decenios han aparecido otros tipos de psicoestimulantes como la dextroanfetamina y la levoanfetamina (Adderall®). Se recomienda su uso en todo tipo de trastornos de la conducta, y por supuesto para el TDAH (Connor, 2015).

“Numerosos estudios han indicado que los estimulantes mejoran el desempeño en medidas de vigilancia, control del impulso, coordinación motora fina y tiempo de reacción. [...]

Se han obtenido efectos estimulantes positivos sobre medidas de memoria a corto plazo y rendimiento de aprendizaje en paradigmas de aprendizaje simple y complejo. Los estimulantes facilitan la velocidad de recuperación de información simbólica y verbal. Se nota una reducción de las conductas de toma de riesgo y mejoras en las relaciones interpersonales y sociales cuando los niños y adolescentes con TDAH son tratados con estimulantes” (Connor, 2015, p. 668).

No obstante, no es muy claro si el medicamento por sí solo mejora lo anteriormente señalado por Connor o si algo más entra en juego para estas mejorías (cambios en el entorno educativo, familiar, etc.). De igual manera, no parece que para todos los sujetos diagnosticados las cosas sean tan favorables como lo estipula este autor. En el siguiente capítulo se va a relativizar esa cita y se verán más en detalle los inconvenientes que trae la medicación psicoestimulante.

A finales de la década de los 1990 el *National Institute of Mental Health* en EE.UU. realizó un estudio longitudinal llamado *Multimodal Treatment of ADHD* (MTA) para conocer la eficacia de tratamientos multimodales del TDAH. En éste se estudiaron los efectos en 579 niños diagnosticados con TDAH del uso de la sola medicación (anfetaminas), la psicoterapia conductual intensiva, una combinación entre medicamento

y psicoterapia, y el cuidado comunitario. Al finalizar el estudio comparativo de casi dos años se concluyó que lo que mejores resultados había demostrado era el uso sólo de medicamentos o una combinación entre medicamento y psicoterapia, pero la sola psicoterapia o el cuidado comunitario no brindaban por sí solos tan buenos resultados. Incluso el solo uso de medicamento sin psicoterapia podría ser más que suficiente (Connor, 2015).

Estos tipos de moléculas se han convertido en el tratamiento de primera línea para el TDAH y conductas similares. Sobre todo por su eficacia en calmar conductas problema rápidamente y porque usadas correctamente brindan una buena seguridad en su administración con aparentemente pocos riesgos con respecto a los beneficios.

Las psicoterapias actuales (principalmente, cognitivo-conductuales) tratan los signos del TDAH a través de principios del aprendizaje, como el refuerzo y el costo de respuesta, y el fortalecimiento de conductas deseables y el debilitamiento de las indeseables. El problema es que después de terminar el tratamiento, los cambios de conducta condicionada no se mantienen en el tiempo (Rapport et al., 2015).

En este caso, otros tipos de entrenamiento, según Rapport et al. (2015), se han creado en los últimos años con el fin de mejorar las funciones neurocognitivas correspondientes que están en juego en el TDAH (principalmente, memoria de trabajo, inhibición de la conducta y flexibilidad cognitiva). Así es como el *entrenamiento de intervención facilitadora* (de sus siglas en inglés, FIT) se ha planteado como una forma más pertinente y duradera de tratamiento no farmacológico para el TDAH con cierto respaldo empírico de su validez. Consistiría en una neuroplasticidad inducida por el entrenamiento, permitiendo así que el cerebro cree nuevas vías y reorganice y expanda las existentes. Este tipo de entrenamiento busca aumentar el desarrollo de sustratos neurológicos subdesarrollados. Se trata principalmente de ejercicios visuoespaciales, de memoria y verbales basados en un *software* de computador que supuestamente proporciona mejoras en la atención, el control de la impulsividad, el rendimiento académico y las habilidades sociales, entre otros.

Estos ejercicios, en forma de juego, la mayoría de ellos, consisten en una interacción con una inteligencia artificial que somete al sujeto TDAH a ciertas tareas en las que tiene que poner en práctica su memoria a corto plazo y sus habilidades visuoespaciales. Por ejemplo, uno de estos *softwares* propone un ejercicio que

“implica ver cómo se encienden unos asteroides giratorios, uno por uno, en un monitor.

El recuerdo visuoespacial se demuestra haciendo clic en los asteroides en el mismo orden en que aparecieron. [...] [L]os niños comienzan recordando un número limitado de estímulos, y se les exige que recuerden cada vez más estímulos correctamente a medida que avanzan de menor a mayor los niveles de tamaño establecido” (Rapport et al., 2015, p. 648).

A pesar de que muchos de estos FIT señalan que mejoran la memoria de trabajo, el meta-análisis de Rapport et al. (2015) precisa que en realidad muchas de estas pruebas carecen de un entrenamiento como tal de la memoria de trabajo, especialmente de demandas de procesamiento como la actualización de la memoria, ordenamiento serial y el procesamiento de los dos tipos de información (verbal y no verbal). La mayoría de los FIT sólo se limitarían a mejorar la memoria a corto plazo y ciertas capacidades visuoespaciales (p. 652). Hasta el momento pareciera como si no se hubieran diseñado tareas concretas para tomar en cuenta todo lo que el neurocognitismo considera como memoria de trabajo. Al parecer no existe de manera tajante una manera de evaluar la memoria de trabajo o que genere un consenso. El meta-análisis de Rapport et al. (2015) demuestra además que los resultados de los FIT no son muy alentadores en cuanto a una mejora en el rendimiento académico ni en las conductas problema. De manera que el FIT no parece ser una herramienta de mayor utilidad para el tratamiento del TDAH.

Ya adentrándome en el campo de la psicoterapia, la mayoría de los tratamientos se han ido centrado en formas de terapia del tipo reeducativo, cognitivo-conductual (TCC), entrenamiento en *coaching* y habilidades sociales<sup>12</sup>, y entrenamiento de los padres con hijos con TDAH. Las intervenciones de TCC incluyen una reeducación basada en

---

<sup>12</sup> Por “habilidades sociales” se entiende “las conductas o destrezas sociales específicas requeridas para ejecutar competentemente una tarea de índole interpersonal. Es decir, las habilidades sociales son un conjunto de comportamientos interpersonales complejos que se ponen en juego en la interacción con otras personas” (Monjas, 1999, p. 28).

habilidades de estrategias compensatorias básicas para organizar y administrar la vida de los sujetos con TDAH. Se les pide a estos sujetos que aprendan y adhieran a las habilidades de autorregulación, habilidades de mantenimiento de la atención, como máximas o mantras, libros de trabajo u hojas de tareas estructuradas, adoptar habilidades de reducción de distracción y habilidades para abordar patrones de pensamiento disfuncionales (Knouse, 2015).

Se parte del principio de que el niño con TDAH adolece de habilidades para ejecutar conductas positivas y pro-sociales en situaciones interpersonales. Son las habilidades interrelacionales que favorecen la asertividad, el entendimiento, el sostenimiento de relaciones, de amistades y que contribuyen al desarrollo y apoyo de los sujetos. Estas habilidades incluirían la comunicación asertiva, el respeto, la empatía, el autocontrol, etc. Los niños con TDAH tendrían deficiencias en sus cogniciones sociales, tendrían deficiencias en el procesamiento de información social (Mikami, 2015).

Algunos autores proponen que los padres se deben convertir en *coaches* (entrenadores) de relaciones de amistad de sus hijos con TDAH (*Parental Friendship Coaching*) (Mikami, 2015). La idea es que los padres se conviertan en una fuente que recuerde las habilidades y técnicas cuando un niño con TDAH interactúa con otros niños, y así permitir la generalización de habilidades. Mikami (2015) sugiere que el principal déficit de niños con TDAH no concierne una falta de conocimiento de habilidades sociales sino la ejecución (*performance*) de esas habilidades sociales. El padre le indica al niño los factores contextuales implicados en los encuentros con otros niños.

“Los padres aprenden a introducir contingencias para mejorar la generalización de estas habilidades durante las interacciones *in vivo* entre compañeros. Específicamente, los padres aprenden a organizar antecedentes antes de las fechas de juego para que sea más probable que su hijo se muestre pro-social, conducta socialmente habilidosa” (Mikami, 2015, p. 585).

Siguiendo la línea expuesta por Mikami, lo que más se suele recomendar es un involucramiento de los padres en la toma de decisiones de sus hijos a lo largo del desarrollo de éstos. Chacko, Allan, Uderman, Cornwell, Anderson y Chimiklis (2015)

recomiendan un entrenamiento conductual para padres desde un modelo conductista (skinnereano). Se trata de un método de organización que permita a los padres involucrarse directamente en las situaciones difíciles donde salen a relucir las conductas problema. Se deben fijar objetivos a alcanzar con los hijos y monitorear su progreso. Se debe identificar por parte de los padres la conducta problema y el contexto en el que aparece. Chacko et al. (2015) dicen algo muy paradójico, el padre debe identificar el problema para él y no los signos clínicos del TDAH, necesariamente (p. 517). El objetivo es buscar estrategias para eliminar las conductas problema o reemplazarlas por conductas más adaptativas. Se deben buscar los objetivos, como ya mencionado, y promover el elogio (*praise*) y el reforzamiento positivo de las conductas positivas. Es decir, se debe enseñar a los padres a elogiar o reforzar conductas positivas de sus hijos. El acompañamiento positivo incluye las habilidades empleadas por los padres (contacto visual, escuchar atentamente, etc.) que favorezcan la relación padre/hijo (Chacko et al., 2015). Sin embargo, se trata de una forma de intervención en la que se favorece el desarrollo de capacidades que son relevantes *desde el punto de vista del padre* que por lo demás fallan a estabilizarse y expresarse en entornos diferentes o por fuera de los contextos de entrenamiento en las que han sido aprendidas.

Para concluir este segundo capítulo propongo resumir las principales ideas que se pueden colegir de lo expuesto:

Un acercamiento predominante en perspectiva de tercera persona ha marcado el quehacer profesional de los psicoterapeutas y clínicos en el TDAH y que la tendencia se sustenta en el uso de escalas como medio fiable y privilegiado del diagnóstico e identificación de ciertos problemas relacionales. Es claro que el trabajo diagnóstico es una actividad interpretativa, porque de todos modos los resultados de esas escalas se deben transformar en signos que faciliten determinar los criterios diagnósticos del TDAH. Y el clínico debe de todas maneras interpretar toda la información entregada por los padres, docentes y el niño mismo. Segundo, el diagnóstico y la manera de identificar el TDAH se han apoyado en una mirada objetivante y estandarizada en tercera persona. Apoyados ambos en criterios y signos clínicos previamente determinados y juzgados como indicios clave para determinar un diagnóstico. Tercero, lo anterior conduce ontológicamente a la fijación del TDAH, en tanto entidad nosológica (las etiquetas asignadas al individuo), como trastorno objetivo. Cuarto, existen tratamientos claros

establecidos y apoyados por la postura neurocognitiva, principalmente el uso farmacológico de anfetaminas, y segundo, la aplicación de estrategias y técnicas de re-educación.

Este quehacer se ha basado principalmente en la idea de supuestos desarreglos modulares mentales, que han sido genética y evolutivamente transmitidos, sin tener en cuenta que existen procesos mentales de alto nivel que no dependen de módulos de origen genético y con una predestinación evolutiva, sino de formas de encuentro y relacionamiento entre congéneres de la misma especie humana; relaciones que se dan al interior de nichos ecológicos e intercambios socio-culturales diversos.





## 3. La acción y la conducta en el TDAH: Normalización y re-educación de la acción

### 3.1 Conducta y acción: Dos conceptos, dos maneras de ver

Es necesario hacer una distinción que me parece clave: entre el concepto de “conducta” y el de “acción”. Barkley parece que los utiliza casi siempre como sinónimos, o no parece realizar mayor distinción entre ambos términos; y aquí aparece un problema conceptual y filosófico que está generando inconvenientes en la manera como se diagnostica y se trata el síndrome. Se trata de dos conceptos relacionados pero que implican dos posibilidades de interpretación diferentes. Esto mismo sitúa el problema global que se ha querido presentar: la incompletitud del abordaje neurocognitivo del TDAH al no tomar en cuenta la cara relacional e intencional de la acción.

#### *a. La acción*

Clásicamente en filosofía la definición del concepto de acción se ha apoyado mucho en lo dicho por G.E.M. Anscombe (1963 [1957]) en su libro *Intention*, más precisamente a partir del ejemplo del § 23 de un hombre que mueve su brazo de arriba abajo sosteniendo una palanca que bombea veneno en la cisterna de agua de una casa. El simple hecho de observarlo como un espectador realizar el gesto de bombear lleva a formularse las preguntas: ¿Qué está haciendo este hombre? ¿Cuál es la descripción de su acción? Las descripciones pueden ser muchas. Sin embargo, responder a la pregunta “¿por qué lo hace?” reduce la posibilidad de descripciones y de respuestas. Cada vez que se ofrece una explicación eso delimita la acción dentro de un *abanico de descripciones*. Entonces el asunto es que las intenciones establecen los límites del abanico de descripciones. Un acción entonces es un “hacer” (*doing*) bajo una descripción posible que delimita el abanico de posibilidades. Se puede dar la descripción de una

acción como “el hombre está bombeando” (a) si es verdad y (b) si hay una respuesta que esté dentro del rango que cae bajo la pregunta “¿por qué estás bombeando?” (Anscombe, 1963, § 23, p. 38).

El psicólogo, Kenneth P. Hillner (1987) define la acción como un hacer (*doing*) que refleja las intenciones de un organismo o un hacer que ocurre por alguna razón (p. 281). “La acción es una extensión del estado mental actual de un organismo. Si uno conoce el estado mental actual del sujeto, las acciones que vaya posiblemente a realizar son fácilmente especificables, *i.e.*, su conducta es fácil de predecir e interpretar” (Hillner, 1987, p. 281). El “hacer” no se limita únicamente a un dato observable puramente físico, puede ser de tipo mental, simbólico, verbal, etc. Incluso, ese hacer, que posee un propósito por parte del agente, puede no cumplir su cometido y errar su objetivo. Por consiguiente, una acción es un hacer en donde al menos haya habido una *tentativa* o un *esfuerzo intencional* por parte del agente de alcanzar su propósito o su meta (Proust, 2005, p. 37-38).

Donald Davidson (2001 [1963]) propone que una acción es más que los movimientos físicos observables. Apoyándose en Anscombe, la descripción de las acciones (lo que cae bajo el abanico de descripciones) supone una dinámica de interpretación intersubjetiva. Es a esto a lo que apunta la concepción davidsoniana de acción. Él señala que si uno describe una acción como un resultado intencionado o un propósito entonces la describe como un efecto en el mundo; uno tal que al mismo tiempo puede ser causa de otros efectos en el mundo (hace parte de una cadena causal de eventos) (Davidson, 2001 [1971], p. 48). Los estados mentales son estados físicos que soportan descripciones intencionales, y son a su vez eficientes causalmente, ellos también causan eventos en el mundo. Se parte del principio de que toda acción es realizada, producida o tiene la autoría de un agente quien llevó a cabo el evento por el cual se le considera agente. El agente causa eventos en el mundo a través de sus acciones. Hoyos (2014) resume la causación intencional de una acción, propuesta por Davidson, como siendo “eficiente, es decir, produce cambios en un mundo real y físico; ella misma no es física, sino mental; no está cubierta por leyes y no es determinista” (Hoyos, 2014, p. 137).

Una característica importante de una acción es que sea inteligible tanto para el agente como para los otros. De lo anterior, Hoyos (2014) propone considerar a las acciones *racionales* como “cursos de acción” que corren por “cauces” diseñados por el carácter normativo e institucional de la vida social (p. 155). Desde el punto de vista de la Intencionalidad–racionalidad (es decir, de cómo responde a la pregunta ¿por qué?) la acción es un *fenómeno intencional*.

Generar esos eventos como agente supone una razón, supone poder responder a la pregunta “¿por qué realizo esa acción?” Lo importante a tener en cuenta es que una acción es inteligible a partir de razones, razones que pueden racionalizarla (Davidson, 2001 [1963]). El asunto es que las razones son causas de las acciones porque *la inteligibilidad misma de las acciones sólo es posible si esas razones causan eficazmente esas acciones*. Es ininteligible pensar el golpe de la raqueta de un tenista famoso como *su acción* a menos que las razones que explican ese movimiento no estén incluidas dentro de la institución del deporte, más precisamente dentro de la reglas y objetivos del tenis.

Una acción se caracteriza por razones del tipo “pro-actitudes” hacia la realización de acciones y por una actitud proposicional (del tipo creencia, suposición, pensamiento, recuerdo, saber, etc.) de que si se realiza dicha acción se alcanzará la meta de la pro-actitud. Las pro-actitudes pueden ser el deseo, esencialmente, aunque también se pueden incluir, anhelos, añoranzas, incitaciones, puntos de vista morales, principios estéticos, convenciones sociales, metas públicas y privadas, valores, etc., todo lo que pueda ser considerado como una actitud en pro de la realización de una acción. Las razones de una acción incluyen entonces la dupla “deseo (pro-actitud) + creencia”, o *razón primaria*. Para Davidson (2001 [1963]) toda razón primaria es la causa de una acción. Es decir, responden a esta lógica:

“C1. *R* es una razón primaria de por qué un agente llevó a cabo la acción *A*, bajo la descripción *d*, sólo si *R* consiste en una actitud en favor del agente hacia acciones con una cierta propiedad, y una creencia del agente de que *A*, bajo la descripción *d*, posee esa propiedad” (Davidson, 2001 [1963], p. 5).

Las creencias y los deseos son disposiciones del agente para actuar. Pero se trataría muchas veces de disposiciones que no son conscientemente solicitadas. Cuando quiero encender una lámpara en la habitación porque no veo, y sé de antemano que encendiéndola voy a ver mejor, tan solo lo hago. Pero esta disposición se puede hacer activa y se realiza por un evento mental. En este caso, para Davidson se trataría de un “complejo motivacional donde pueden intervenir la consciencia del objetivo, la asociación automática resultante del hábito, y el ejercicio de un conjunto más o menos denso de móviles que no son necesariamente identificados como tal por el agente” (Proust, 2005, p. 60).

La descripción misma de la acción delimita su inteligibilidad (¿qué hizo X?) y extiende un abanico de interpretaciones posibles *para quien observa* el comportamiento *como una acción*. Para toda descripción de una acción se llevaría a cabo una interpretación de por qué A hizo X, por qué Pedro mueve la palanca de bombeo. Cuando se interpreta se está dando una significación. El contenido proposicional que causa una acción no puede ser aprehendido solamente a partir de la simple conducta de movimiento o la conducta visible. *Ya que la lectura que se haga de una acción es algo indeterminado*. Supongamos que alguien, mirándome a mí, parpadea un ojo, ¿cómo debo entender ese parpadeo? ¿La persona tiene un tic nervioso? ¿Está coqueteando conmigo? ¿Me quiere decir algo? Yo quedaría atrapado entre un significado estándar (el guiño) y un patrón idiosincrático de creencia (“me está coqueteando”), o entre un significado anormal (tic nervioso) y una sobria opinión (“debe estar nerviosa”) (Davidson, 2001 [1973], p. 257). Pero la indeterminación no es un escollo para la interpretación porque la estructura normativa de la situación permite establecer qué es razonable atribuir al agente en cada caso.

La idea es que toda significación, como contenido mental o Intencionalidad (en el sentido de Brentano), cae bajo condiciones de verdad y de interpretación. Todo acto de habla o del discurso (*speech act*) es sobre algo, posee un contenido. Pero no podemos entender lo que dice un hablante a menos que tengamos una idea del papel que juega cada palabra pronunciada en su enunciado, o a menos de que no sepamos cómo las usa en otras oraciones. Interpretar un acto de habla, con un contenido proposicional, implica que podemos

“interpretar un acto de habla contrastándolo con el trasfondo de una teoría del lenguaje del hablante. Dicha teoría nos dice algo (al menos) sobre las condiciones de verdad de cada uno de los números infinitos de oraciones que la persona pronuncia, estas condiciones siendo relativas al momento y circunstancias de su pronunciación” (Davidson, 2001 [1973], p. 256).

Al igual que los actos de habla, las acciones son interpretables, y caen bajo una significación, y Davidson, apoyándose en Quine, sugiere que “la creencia y el significado no pueden ser excepcionalmente reconstruidos a partir de la conducta del habla [*speech behaviour*]” (Davidson, 2001 [1973], p. 257). Tiene que existir una red de acciones significativas ya realizadas, ya conocidas, que se conecten con la acción observada para que se pueda interpretar y dotar de sentido.

Es más, se debe señalar que las razones primarias de una acción a veces pueden ser no sabidas o no conocidas, no conocidas como contenido proposicional explícito por el agente mismo (Wegner, 2002; Rietveld, 2008). El agente *no lo sabe* bajo la forma de una concepción explícita (articulada en una descripción de esa acción) sino que tiene un acceso *implícito* a su hacer que se expresa normalmente por el ajuste del mismo en las prácticas en las que participa. Entonces, no sólo el observador no logra interpretar fácilmente un evento físico de un agente, sino que el agente mismo puede quedar perdido en cuanto a la reflexividad de las razones primarias de su propia acción. Esto no quiere decir que el evento haya sido necesariamente el fruto de un puro automatismo tipo reflejo (conducta); como lo podría ser una convulsión epiléptica, por ejemplo. El sujeto puede reflexivamente ser el agente de su acción (conservar su sentido de agencia), pero desconocer por qué la realizó. Esas creencias, deseos e intenciones no tienen por qué ser conscientes ni reflexivos en el momento previo, simultáneo y posterior a la realización de la acción (Wegner, 2002; Rietveld, 2008; Proust, 2005). No siempre reflexionamos y somos plenamente conscientes de lo que hacemos, sin que esto signifique que perdemos por ello el sentido de agencia y de libre arbitrio.

#### *b. La conducta*

Ahora, se debe buscar contrastar la acción con la conducta. Desde la psicología académica y la neuropsicología se ha manejado una idea de conducta que se ha

apoyado bastante en el conductismo metodológico, aunque, por supuesto, no es la única idea al respecto sobre este concepto<sup>13</sup>. En la tradición académica en psicología la conducta se ha concebido como un evento físico y observable que sucede en un tiempo y espacio-reales, que tiene propiedades que pueden ser medibles desde un punto de vista en tercera persona y objetivo (Hillner, 1987, p. 72). Cualquier cambio que ocurra en el organismo en su interacción con el entorno es conducta; asimismo el individuo posee los medios para ajustarse a su entorno (Watson, 1913, p. 167). La conducta se trata de un evento físico que puede o no ser intencional, pero que, en principio, en su forma molecular, carecería de intención. En el caso de haber un correlato con contenido proposicional para una conducta éste sería puramente *ad hoc* para el conductista watsoniano.

De igual modo, tradicionalmente, a ambas nociones (conducta y acción) se les ha considerado como output o respuesta a una serie de procesos previos o antecedentes. Aunque también se han estudiado como inputs o capaces de causar otros eventos. El conductismo de John B. Watson (1913) fue de los primeros en dar una definición conceptual de la conducta para la psicología académica. La conducta es considerada sólo como eventos físicos observables o medibles, y reducibles a un nivel molecular, *i.e.*, los movimientos musculares o la activación de glándulas del organismo, entre otros. Estos movimientos serían dependientes del entorno y del impacto del entorno sobre el organismo, de los estímulos sobre el organismo y la consecuente reacción conductual.

El conductismo metodológico ignora o no toma en cuenta la experiencia y los contenidos de la consciencia. La conducta se debería ver como respuestas reflejo suscitadas por estímulos; reflejos de tipo fisiológico (condicionamiento clásico). Por ejemplo, una secreción, como la sudoración o la salivación, generados por la interacción con el exterior (estímulo externo), pueden ser considerados conductas. Bélanger (2000 [1978]) señala que el conductismo piensa la conducta como un fenómeno biológico o cambio de estado biológico, donde debe integrarse una interacción entre organismo y su

---

<sup>13</sup> En este caso solo me limitaré a un abordaje del concepto de conducta dentro de la psicología, teniendo en cuenta de que en esta disciplina este concepto goza de muchos otros usos semánticos y prácticos. Pero el que propongo es al que suscribe el neurocognitismo que yo critico.

entorno externo. Es la interacción entre el medio y el organismo la que interesa al psicólogo conductista. La conducta es lo que resulta de esa interacción. *La conducta para el conductista no implica una Intencionalidad ni una intención, no la concibe como acción.* El psicólogo conductual que observa movimientos y comportamientos como *conducta* no le interesa el aspecto intencional de los despliegues, verbigracia, no le interesa concebirllos como acciones.

Para la psicología conductual y experimental, la conducta posee una estructura material, es decir, que puede ser observada y registrada (cuantificable) a partir de algún proceso objetivo en perspectiva de tercera persona (experimentación, pruebas, etc.). Su composición sería material porque sería el resultado de la activación de algún sistema efector o el movimiento físico de algún miembro, o del cuerpo en su totalidad, a través de un espacio físico. Entonces, la conducta puede ser vista en términos fisiológicos y medida en términos físicos (Hillner, 1987).

El neurocognitivismo observa la conducta de una manera muy similar al conductismo. Ambas son funcionalistas, pues las propiedades mentales y de la conducta corresponderían a propiedades funcionales. “Una propiedad funcional *F* de un objeto es una propiedad que ese objeto posee exclusivamente en virtud de su aptitud para cumplir cierto papel causal en un determinado contexto” (Moya, 2006, p. 99). Para el funcionalismo, los estados mentales y las conductas pueden ser individualizados según sus funciones o roles cuasi-teleológicos (en el sentido de G.H. von Wright, 1971, p. 68-69). La descripción es funcional, pero la instanciación física no se corresponde necesariamente uno a uno con la función. Son descripciones funcionales abstractas de la mente lo que propone el neurocognitivismo (a través de la división en módulos de esas funciones (Fodor, 1983)). De igual modo toma a la conducta como un hecho aislable que puede ser medible, observable y objetivable en tercera persona, pero donde no necesariamente se vean implicadas intención e Intencionalidad. El modelo neurocognitivo supone la conducta como el producto de un estímulo (informativo) procesado por las FE. Pero esto tiene un inconveniente, y es que un individuo no puede llegar a tener el tipo de mentalidad que describimos bajo FE (procesos psicológicos de alto nivel) sin el concurso de alguien más con quien comparte el contenido (ideas, creencias, saberes) y la forma (hábitos, prácticas, estructuras, esquemas) del pensamiento.

En conclusión, de lo que he expuesto se puede sugerir que una acción vista sólo en su faceta causal (en el esquema de las relaciones entre sucesos, desprovistos de intención y de razones) es *conducta*. Por lo tanto, toda acción es conducta. Pero hay conducta (los latidos del corazón, la secreción hormonal, etc.) que normalmente no configura acciones y solo en abanicos de descripciones muy enrevesados puede llegar a serlo (*e.g.*, como un actor que se imagina cosas para acelerar su ritmo cardíaco y parece más alerta de lo que está).

### **3.2 Las acciones dentro del holismo de lo mental: el problema de las escalas diagnósticas del TDAH**

En esta sección, como en las siguientes, analizaré todos los inconvenientes tanto del diagnóstico como de los tratamientos propuestos para el TDAH, visto en el capítulo anterior. A partir de la teoría de la acción y de la Intencionalidad se verán las diferentes dificultades conceptuales que plantean dichos procedimientos. El problema principal estriba en que el neurocognitivismo propone un modelo de naturalización de las conductas que excluye a la Intencionalidad de las razones y la intención, que son claves para tener una comprensión holista del sujeto diagnosticado. Un movimiento, una respuesta a una demanda, una palabra o grupo de palabras, una actitud aparente, son suficientes para poder catalogarlos en términos de “normal” y “anormal”, pero descuidando el hecho de que en última instancia las conductas se evalúan en términos normativos (correctos o incorrectos, buenos o malos, positivos o negativos, etc.). El neurocognitivismo entonces queda atrapado entre una visión fisicalista no intencional, a la cual privilegia, y una que aunque reconoce las intenciones y la Intencionalidad no les presta mayor interés. Esto es problemático a la hora de aplicar las escalas diagnósticas del TDAH y de las FE.

Precisamente, el problema con este uso de escalas es que evalúan en términos de conducta y no de acción. Especialmente cuando los enunciados que las componen (ítems), vistos como pura conducta, figuran inconexos y aislados de todo tratamiento intersubjetivo donde cambian de significado y de contextualización. Una visión atomista de la actividad mental tiende a privilegiar el uso de escalas con enunciados inconexos, es

decir, los enunciados allí presentes, vistos como conducta, no se conectan a un contexto histórico, cultural y subjetivo. Pues se cree que esas conductas representadas en las escalas se pueden dotar de significado sin estar encadenadas dentro de acciones más amplias con sentido, dependientes de esos contextos. Cuando se usan escalas es de vital importancia tener en cuenta que el rango de aplicación de esa escala está vinculado a un contexto social y cultural.

Tomaré un ejemplo de uno de los reactivos (ítems) que aparecen en la escala diagnóstica de Barkley sobre déficits de las FE, y una de las conductas que él sugiere común tanto en los déficits de las FE como en el TDAH. Ítem en su forma autoevaluativa: “*Tengo dificultades en cumplir con promesas o compromisos que hago con los otros*”. Ítem en la versión de aplicación para los padres: “*A menudo no cumple con promesas o con compromisos que le hace a otros*”. Tomar estos enunciados para medir su frecuencia es totalmente posible. Sin embargo, hay algo clave que se pierde en todo esto, pues “prometer” o “comprometerse” son verbos Intencionales que sólo adquieren sentido en un mundo social, en la institución social de la “promesa” y el “compromiso”. El problema que emerge en este tipo de evaluación es que la consistencia del significado psicológico y situado de estos verbos desaparece aquí. Siguiendo la propuesta de Castel (2016), el hecho de convertir en un ítem algo tan delicado como prometer, comprometerse, intercalando un enigma normativo a otro (e.g., ¿logro cumplir metas?, ¿enfurezco fácilmente?, ¿me logro mantener motivado?, ¿soy recursivo?, etc.) deshace la cohesión psicológica de estas acciones y emociones, y las reduce a simples conductas que deberían *ser siempre* alcanzadas y reguladas por un individuo promedio (predestinado evolutivamente para ello). Prometer y comprometerse implican una relación y una coherencia al interior de una red de palabras y significados, una red que compartimos con otras criaturas lingüísticas como nosotros y donde prometer y comprometer tienen sentido como acción.

“Dado que éstas son los únicos hechos mentales sobresalientes que le quedan, cuando las extraemos aisladamente de cualquier elaboración mental de forma continua, y que suspendemos el diálogo, incluso interno, donde éstas aparecen mutuamente como razones las unas de las otras. [...]”

Ciertamente no es el tipo de filosofía de la que los evaluadores se sirvan en sus interacciones cotidianas, en las que, al contrario, describir exactamente la emoción que

sentimos es un proceso de negociación y ajuste permanente con los demás y a lo que los demás piensan y sienten acerca de nosotros mismos. Así, puedo sentirme cansado, pero los demás pueden también tener objetivamente razón en mi contra, aquellos que me juzgan en un estado de rabia que peno en reprimir... y los ejemplos de variaciones de este tipo son legión. [...]

Esta alternativa recuerda el hecho de que no hay emoción sin respuesta co-emocional de los demás: no hay emoción sin la mutua asignación afectiva, sin expresión de las emociones o sin que esas emociones se dirijan a alguien” (Castel, 2016, p. 139).

La perspectiva de segunda persona es importante para entender que acciones como comprometerse o prometer, o emociones como enfurecerse, son algo que se da en una dinámica del intercambio y en su relación de significación con las actitudes proposicionales de otro en un mundo compartido. Es en un intercambio con el otro que las actitudes proposicionales que causan nuestras acciones se ajustan y varían en función de nuestros encuentros y desencuentros en un mundo social y normativo. El encuentro intersubjetivo favorece el surgimiento de las razones primarias de mis acciones y pensamientos. Pero el encuentro también favorece el reacomodamiento y la movilización de otras razones primarias que se ajusten al encuentro.

“Apreciar la situación, las supuestas intenciones de los otros y, recíprocamente, las que ellos nos imputan tendrá siempre preeminencia sobre las intenciones motoras para interactuar con las regularidades destacadas del entorno con nuestros congéneres o, al menos, esos de entre ellos que consideramos «semejantes», lo que depende de las condiciones —instituidas, sociales y morales— de la interacción” (Castel, 2016, p. 144).

Esto quiere decir que las relaciones e intenciones en la intersubjetividad siempre estarán por encima de nuestras intenciones motoras para adaptarnos a un entorno natural.

Por el otro lado, es posible que a quien vaya dirigida la promesa no nos interese tanto cumplírsela, o que el tipo de promesa sea fastidioso cumplirla, o al contrario, que esa persona y ese tipo de promesa siempre crea que la debo cumplir a cabalidad. El clínico o el padre que evalúa al niño puede decir que por lo general no cumple sus promesas, pero si se le pregunta al niño él puede decir que sí, que él les cumple las promesas a sus

amigos, o que eso que la madre o el padre llaman una promesa, en realidad no lo es. Yo me puedo decir a mí mismo que sí les cumplo todas las promesas a mis padres pero no a mi esposa. Prometer es intencional e Intencional solo al interior de una red de significaciones donde prometer se une con otras proposiciones que incluyan verbos como “cumplir”, “querer”, “respetar”, “estimar”... hasta proposiciones de acciones físicas como “limpiar”, “cocinar”, “ordenar”, etc. Para prometerle a mi esposa que voy a limpiar todo en el apartamento tengo que saber lo que es cumplir una promesa, saber que debo limpiar, trapear, aspirar, pero también entender por qué hice esa promesa, porque la estimo, respeto, etc. La particularidad de estas escalas diagnósticas de las FE y el TDAH es que estas conductas que se evalúan son totalmente descontextualizadas, extraídas de las circunstancias que las rodean. Se busca eliminar toda causalidad subjetiva por motivos y razones (en pocas palabras se deben *desmentalizar*). Para el clínico evaluador las razones y las circunstancias personales para cumplir a menudo o no cumplir a menudo con estos enunciados no cuentan. Justamente, estas circunstancias no tienen por qué contar para este tipo de escalas. Si así fuera, el neurocognitivista no podría distinguir entre los embarazos propios del sujeto (debilidad de la voluntad, apatía, etc.) y tener déficits de las funciones ejecutivas (Castel, 2016).

Buscar entonces acotar que alguien, o que yo, cumpla promesas a partir de una supuesta frecuencia es hasta un cierto punto reductor. Reductor para la comprensión holística del sujeto, pero no para el atomista neurocognitivista quien justamente busca la reducción. Porque yo sí puedo cumplirle mis promesas a ciertos sujetos pero no a otros, puedo hacerlo dependiendo del tipo de promesa o de compromiso, si saco provecho o no, si lo hago desinteresadamente o no, etc. Prometer, además de depender de las perspectivas y motivos de quien promete, se inscribe en un campo *antropológico*. El clínico puede tratar de reducirlo todo a una conducta cuasi automática-predestinada evolutivamente: cumplir promesas es algo que todos debemos hacer *siempre*; mantener nuestros compromisos es algo que debemos todos hacer *siempre*. Y esto, porque ese fue el destino evolutivo de “prometer”. O, de lo contrario, suponer que cumplir rara vez con una promesa signifique un déficit neurocognitivo. Pero no hay nada más incompleto que esa suposición. Pues no cumplir promesas puede estar cargado de motivos, que se hacen asequibles gracias a un holismo semántico, y comprensibles por otros. Es decir, gracias a una interpretación que tenga en cuenta la coherencia de las acciones del

individuo, su historia personal y sus fines en el contexto de su vida con otros en la cotidianidad.

En cierta manera, Barkley y los clínicos neurocognitivistas quieren suponer que estas conductas son puramente aisladas, por lo tanto se pueden separar de las tradiciones culturales en las que está inmerso el sujeto diagnosticado, y, finalmente, evaluarse individualmente, resumiendo una puntuación que da como resultado un fracaso o la normalidad. El recuento de su aparición en un individuo de alguna manera establece el funcionamiento de un proceso cognitivo principal sin necesidad de conectarlas a una red masiva de significaciones en las que, de hecho, adquieren sentido.

El contenido de mis actitudes proposicionales deriva de su lugar dentro de un patrón de actitudes y conductas que se hacen inteligibles para nosotros (Davidson, 2001 [1970], p. 221-223). No deriva de su aprehensión como un elemento suelto, como si el significado de las cosas se diera de manera aislada y término por término.

“Un intérprete llega a la fuerza de una creencia o de un deseo y su contenido de forma simultánea, oponiendo una a otro, recordando la red mental como un todo y lo que sucede. Nos proponemos hallar la mejor adecuación entre comportamiento, coherencia y correspondencia, pues una creencia o un deseo que no tiene sentido en el contexto de nuestra estructura mental puede revelar su sentido cuando la vemos o lo vemos a la luz de otra, o cuando descubrimos un acontecimiento en el mundo que ha ocasionado que usted piense y actúe como lo hace” (Cavell, 2000 [1993], p. 118-119).

En el campo de las razones y de los motivos de mis acciones y de las acciones de los otros apegarse a esta dinámica es adecuado. Desde lo que se considera el “holismo semántico” en la obra de W.V. Quine (1961), cabe destacar que nuestras acciones caen dentro de formas explicativas compartidas con los otros. Los términos y enunciados que yo utilizo tienen que tener sentido al interior de un mundo social e histórico.

Si un lenguaje describe algo lo hace dentro de una red, no oración por oración de manera aislada. Hay algo previo a mi experiencia inmediata, se trata de un universo institucional, que pre-existe a todo enunciado u oración que yo exprese y que valida y

reconoce el sentido de lo que decimos. Como lo señala J. McDowell, el lenguaje es un “depósito de tradiciones, un almacén de sabiduría históricamente acumulada acerca de qué constituye una razón para algo” (McDowell, 1996 [1994], p. 126).

Davidson señala que conceptualmente las acciones pertenecen al reino de lo mental, y dependen de deseos y creencias. No puede haber una creencia sin otras creencias relacionadas, no hay creencias sin deseos, ni deseos sin creencias, tampoco intenciones sin creencias y deseos (Davidson, 2001a [1997], p. 126).

Las escalas se construyen con la idea de objetivar unidades conductuales cuyo modo de presentación sea *independiente* del contexto específico de aplicación del instrumento. Lo que le propongo al clínico es que sin renunciar al punto de vista de tercera persona (o sea, puede seguir usando sus escalas para orientarse) adhiera y se comprometa con la importancia de adoptar el de segunda persona (la posibilidad de comunicación e intercambio) y le dé peso al de primera persona tratando de interpretar la experiencia que reporta el niño. *Lo anterior con la condición de que el psicoterapeuta entienda que en las escalas se trata de indicadores generalizados y descontextualizados* en los que la interpretación del comportamiento está limitada por un grupo de referencia, las desviaciones específicas de un individuo con respecto a ese grupo o con respecto a un estándar absoluto de desempeño. *Éstos son el asunto que debe suscitar un esfuerzo interpretativo adicional de parte del clínico.* Quedarse únicamente en la perspectiva de tercera persona de las escalas olvida que enfocarse en la dinámica de interacción del niño en tiempo real (segunda persona) y en su experiencia personal (afectiva e irreflexiva) permite tener una comprensión más amplia y apropiada del sujeto diagnosticado. Cuando interactuamos nos *constituimos a nosotros mismos, en la misma medida en que constituimos una visión de mundo compartida con alguien más.* Esto será más claramente expuesto en el último capítulo.

La incompletitud y el inconveniente del diagnóstico neurocognitivo deberían llevar a decir que en un buen diagnóstico deberían converger: a) el diálogo intersubjetivo con el niño y con los parientes o allegados del niño, b) las expresiones del niño en situaciones de su entorno cotidiano y sobre sí mismo, y c) la interpretación del psicoterapeuta

conforme al ámbito de racionalidad que comparte con el niño y los padres. La coordinación de las dos actividades es clave para diagnosticar y tratar el TDAH.

### **3.3 La intención y la Intencionalidad inconscientes de la acción**

En el análisis del TDAH es importante tener en cuenta que las acciones comúnmente poseen intenciones no sabidas o desconocidas por el agente, y esto no equivale necesariamente a una falla o déficit de las FE. La hiperactividad y la impulsividad pueden obedecer a intenciones, creencias y deseos no conocidos; sus razones primarias permanecen inconscientes. El trabajo de Daniel Wegner (2002) es clave para hacernos una idea de lo que son las acciones cotidianas y los agentes humanos cuando no conocemos la intención e Intencionalidad de la razones de lo que hacemos. Wegner (2002) sugiere que no existe el “agente ideal” o la idea de una “agencia ideal”. Perseguir metas y cumplirlas adecuadamente, sin desviarse o errar en su consecución, hacerlas dentro de los estándares esperados y de la manera apropiada, ese parece ser el agente ideal. Wegner (2002) sugiere que para ser un agente no sólo se debe percibir el entorno en el que se vive y poder actuar en él, también se debe poseer un sensor, un procesador y un efector. Para este autor, lo único que se acercaría a un agente ideal para los seres humanos sería Dios. Este agente es omnisciente (posee un sensor perfecto), siempre actúa correctamente (procesador perfecto) y puede hacerlo todo (un efector infalible). Pero un agente ideal también debe poder focalizar su atención en su objetivo, una creencia y un conocimiento, un deseo pleno de lo que quiere, una planificación minuciosa de cómo alcanzar el objetivo, y un despliegue apropiado y fluido de movimientos para alcanzar su meta. Debe poseer una voluntad consciente y unas intenciones. A diferencia de un termostato que no sabe lo que hace, una persona que no sepa cuáles son las intenciones de sus actos no es un agente ideal. Una persona que no pueda responder a la pregunta “¿qué estás haciendo?” es alguien de quien se debe interrogar sus intenciones y su lugar como agente. Uno se podría preguntar si ese agente está drogado, entredormido, o si enloqueció. Sin embargo, los agentes pueden errar en la meta de sus acciones, no conocer sus intenciones o no tener idea de que precedió o cómo concluyó una acción. Podemos realizar acciones de las que no parecíamos ser conscientes o que

al menos no reflexionamos previamente o durante su despliegue, pero esto no las hace dejar *de ser acciones*.

Lo anterior nos lleva a darnos cuenta de que las acciones con intenciones inconscientes e irreflexivas son cotidianas. En muchas ocasiones se actúa sin la presencia de pensamientos previos que fueran reflexivos, nos encontramos muchas veces realizando actos para los cuales no habíamos como tal tenido previsto una intención que apareciera como algo concreto y plenamente consciente. Para Wegner las acciones inconscientes son posibles porque la acción y la representación mental de la acción pueden ser separables. Wegner supone que existen tres tipos de acciones inconscientes: 1. identificación de la acción (*action identification*); 2. pensamientos de acción (*thoughts of action*); y 3. memoria para la intención (*memory for intention*).

El primer tipo, *la identificación de la acción* corresponde a las múltiples maneras que existe de identificar y describir una acción. Por ejemplo, “asolearse en la playa” puede ser descrito como “descansar”, “vacacionar”, “broncearse”, etc. Pero lo central aquí es que aunque una acción pueda tener múltiples descripciones el agente usualmente sólo es consciente de una de ellas (e.g. uno puede decir que está descansando sin ser consciente de que se está bronceando). La identificación de la acción puede ir de lo más simple, como “mover la mano” hasta decir que estoy “saludando a alguien”. Davidson (2001 [1971]) habla de acciones primitivas y acciones complejas, para referirse al hecho de que en toda acción Intencional, que cae bajo una descripción, se parte siempre de conductas o de movimientos básicos, movimientos puramente corporales, que simplemente hacemos por nuestra propia voluntad. Movimientos que en principio solo se deben ver como eso. Ellos permiten la continuidad y el encadenamiento con otros movimientos para crear acciones elaboradas y complejas. Acciones que tienen efectos en el mundo real objetivo, como lo decía más arriba. Esto quiere decir que la racionalización y la descripción de la acción varían en el tiempo, y de acuerdo a un patrón motivacional cambiante. En última instancia las razones de una acción no pueden ser descritas desde un principio de manera definitiva. Incluso, estos cambios de las descripciones se pueden deber a un hilo conductor de la historia de vida de modo irreflexivo.

El segundo tipo, *los pensamientos de acción*, se trata de lo que una persona piensa consciente e inconscientemente en el momento de realizar una acción. Existe una disposición inconsciente a pensar o hacer algo. Pensamientos o intenciones pueden estar prestos a surgir ante la menor señal o situación que permita desencadenarlos. Un pensamiento que es accesible pero no consciente, o una acción que realizamos pero de la que no fuimos realmente conscientes, por ejemplo, cuando le decimos algo a alguien que no esperábamos decir o cuando estamos próximos a resolver un problema pero todavía se nos escapa la solución. Es famoso el caso de Bertrand Russell de una anécdota en donde se escuchó a sí mismo pronunciar de la manera más inesperada y a su más gran sorpresa un “te amo” dirigido a una mujer, para tomar en ese preciso momento, y solamente en ese momento, consciencia de lo que sentía por esa persona. La paradoja es entonces que la declaración de Russell traiciona su “intención profunda”, más profunda en todo caso que sus planes de agente consciente (él se había propuesto simplemente pasar una velada agradable con esa mujer). Y si él no sabe por qué ni cómo hizo esa declaración en ese instante, sí se reconoce con sorpresa como el autor (Castel, 2011).

Finalmente, el tercer tipo, *la memoria para la intención*, se refiere al olvido de los motivos de una acción. De acuerdo con Wegner, hay tres tipos de memoria de la intención: prospectiva, sincrónica y retrospectiva (Wegner, 2002, p. 166). El primer tipo es el implicado en recordar los planes de acción que se van a realizar. Ocurre, por ejemplo, cuando estábamos pensando en algo importante que decir, algo nos interrumpe y olvidamos lo que estábamos por decir, siguiendo la conversación en otro sentido. El segundo tipo es recordar las intenciones y razones mientras se está en el proceso de realizar la acción. Este tipo de memoria es importante para que sepamos que somos los autores de nuestras acciones y para confirmar que estamos realizando correctamente la acción. Y el tercer tipo corresponde a la memoria de lo que se hizo, saber lo que hicimos y por qué lo hicimos después de haberlo hecho. Pero puede suceder que olvidemos por qué hicimos algo, no recordar exactamente por qué estábamos molestos por algo o con alguien en un momento específico, no recordar por qué quedó plasmada una carcajada nuestra en una fotografía, etc.

Las observaciones de Wegner sobre la conducta y la acción en sujetos con diagnóstico de TDAH enseñan algo sobre la manera como se diagnostica y se concibe este trastorno. Primero, que las fallas en la realización de una acción, ya sea en la consecución de objetivos o la manera como se llevan a cabo esas acciones no depende solamente como tal de una base natural evolutivamente constituida. No existen acciones cuyo rango y teleología dependan de un destino evolutivo, tal y como lo plantea el neurocognitismo-evolucionista, y las fallas y los embarazos de la acción son intrínsecos a la acción misma y al hecho de ser agentes. Segundo, la idea de un “agente ideal” neurocognitivamente constituido—como señalado al inicio de este apartado—se pierde por completo, no hay tal cosa como un agente ideal a partir del cual se puede determinar cómo deben ser todos los agentes y sus acciones. Menos la idea de que un agente conoce plenamente sus intenciones y atina al blanco de sus acciones. Dado que las intenciones conscientes e inconscientes de las acciones *suelen fijarse* durante la realización misma de ellas, la explicación del comportamiento disruptivo es mucho más atinada si se enfoca en las cualidades mismas de su despliegue (su corrección, ajuste, racionalidad, etc.) que en supuestas tendencias “evolutivamente pre-fijadas” para el comportamiento humano en general. Tercero, no hay siempre una reflexividad de ciertas acciones cotidianas, especialmente irracionales a primera vista (desde el punto de vista del otro que las observa), lo que no implica que no puedan tener razones primarias subyacentes, posiblemente también irracionales a segunda vista. La idea de explicar el comportamiento disruptivo de un individuo con base en el “mal funcionamiento” de rutas neurales cuyo contenido ha fijado la evolución no parece muy acertado. Esta faceta consiste en verlas en su relación con los otros, como acciones con un propósito, dirigidas. Sustentadas en razones primarias, creencias propias, fantasías y deseos que les pueden dar un aura de irracionalidad, pero a las que no obstante les subyace una orientación al interior de un mundo normativo.

### **3.4 Los esquemas de acción inconscientes: viñetas clínicas**

En la década de los años 1950 y 1960 era muy común encontrar en revistas psiquiátricas estadounidenses casos clínicos amplios y complejos sobre todo tipo de

situaciones y de psicopatologías. Esa tradición dentro de muchas revistas prestigiosas desapareció y ya es raro encontrar elaborados casos clínicos que analicen en profundidad y con detalles los eventos, pensamientos, posiciones subjetivas e hipótesis interpretativas de las situaciones de vida que llevaron a muchos a consultar a un psiquiatra. Dentro de esta tradición, J. Weinreb y R. Counts (1960) publicaron en *Archives of General Psychiatry* dos casos clínicos de jóvenes adolescentes con situaciones problemáticas, ideas impulsivas y ambos escapando por un tiempo de su hogar (en inglés se les llama “*runaways*”). Podrían reunir las condiciones actuales de diagnóstico de TDAH, o fácilmente podrían caer en ese diagnóstico.

Uno de los casos es sobre un joven de 16 años, Larry, quien pasó por hogares de acogida (*foster homes*) desde temprana edad, a los 9 años vivió con su madre y padrastro, luego fue enviado nuevamente a un hogar de acogida hasta los 12 años y de nuevo de regreso a vivir con su madre y padrastro. No se tienen noticias del padre quien lo abandonó a muy temprana edad. A los 13 años se escapó también con su hermano mayor y robaron juntos un carro. Fueron detenidos por la policía y puestos en libertad condicional; tuvo seguimiento psiquiátrico por unos meses en una clínica debido a esto. La relación con madre y padrastro es difícil, entra fácilmente en disputa con la madre, quien ya no sabe qué hacer con él. En una discusión por el volumen del televisor él amenaza con irse y la madre con llamar a la policía si él se va, en el intercambio decide fugarse por una semana. Por esta razón es llevado al psiquiatra.

Durante la entrevista con Larry quedan claras las razones primarias que lo han llevado a actuar de la manera en que lo ha hecho. Sus deseos y creencias en cuanto a sus conductas escapistas responden a un esquema propio. Este esquema de acciones parece responder a un patrón, que cuando se mira en su conjunto puede entrar dentro de un esquema perfectamente coherente de una deliberación racional. Larry solo piensa que en otro lugar (en otro estado, Nueva York, en este caso) estaría mucho mejor. Allí la gente y la policía son mucho más abiertas y más acogedoras, según él. Sus intenciones parecen pasar de agache, incluso para él mismo, no solo para su madre y su padrastro, él mismo parece caer en cuenta de sus intenciones sólo en el intercambio con el psiquiatra.

Su madre y padrastro no hacen más que disputarse constantemente, y al padrastro no parece importarle pasar un momento con él y su madre, la queja de Larry es que él no les pregunta qué quieren hacer o adónde quieren ir. A veces Larry se tiene que quedar en casa cuidando a su medio hermana de 2 años, pero eso lo inquieta porque qué pasaría si ella se ahogara o se asfixiara por algo que se tragó, él no sabría qué hacer. A partir de esto, y racionalizando este temor o fantasía, confiesa que tiene sentimientos negativos hacia su medio hermana. El psiquiatra supone que hay pensamientos negativos en él de los que quisiera poder escapar, pero no se menciona cuáles serían estos pensamientos; Larry confirma esta interpretación. El hecho de querer escapar está sustentado por unas razones primarias que no aparecen evidentes a primera vista para un observador, pero que sí cuentan a la hora de desplegar acciones y las conductas que las componen.

Porque si algo tienen de particular las acciones de sujetos diagnosticados con TDAH es que son observadas e interpretadas por otros, y en este caso todos los signos que juegan en torno a este diagnóstico están relacionados con la fuga, con ser un potencial *runaway*. También con querer que su madre tome decisiones pronto, que decida “qué van a hacer”, con su sentimiento de querer huir de ese núcleo familiar que además parece que es extraño para él, pues no ha crecido ni sido realmente criado en él. El deseo de huir no es algo gratuito que solo obedece a una incapacidad de retardar beneficios a largo plazo o que no consigue autorregularse por culpa de un déficit neurocognitivo. Existe todo un contexto semántico donde los pensamientos, acciones e intenciones de Larry se entrelazan con su propia historia de vida, con sus experiencias, con sus abandonos, con la ansiedad consubstancial a sus ánimos de escapar de ese lugar, con sus deseos y fantasías angustiantes, etc.

Pasando a otro caso clínico de TDAH, en su tesis doctoral, J.B. Rainwater (2007) expone el caso de B, quien a sus 5 años había sido diagnosticado con TDAH por un pediatra quien le aplicó dos escalas (no se menciona cuáles) que arrojaron ese diagnóstico. Se le dio Ritalina® y luego Concerta® (otro psicoestimulante) pero al parecer ambas sólo empeoraron las cosas.

B llega a consulta con Rainwater, se trata de un niño de nueve años que es enviado por su psicólogo escolar a psicoterapia por problemas emocionales que le causan

contratiempos en el colegio. Su profesor de clase también considera que B tiene TDAH. Tiene “dificultades para concentrarse en las tareas asignadas... ignoraba las directivas de la profesora de su clase... estaba fuera de su asiento, molestando... tomaba decisiones sociales provocadoras e impulsivas, soltaba respuestas y hablaba en exceso...” (Rainwater, 2007, p. 140). Después de varias sesiones de psicoterapia, con un enfoque psicoanalítico, su psicólogo dedujo acciones del tipo “no te metas conmigo” y la forma especial y dinámica que establecía en todas sus interrelaciones. “Comunicó que sentía que había causado su propia persecución y abandono. En el juego, se burló de sus fantasías destructivas, pero ocuparon sus pensamientos y acciones la mayor parte del tiempo” (Rainwater, 2007, p. 146).

B tiene un hermano de trece años que está constantemente en problemas por conducta delictiva, y una medio hermana de dieciocho meses que su madre tuvo con un hombre que ahora es su padrastro y con quien B tiene muchos problemas. “Él tiene ataques frecuentes de ira celosa hacia su hermana”, enojo hacia su hermano mayor (quien era malo con él) y su madre (que dedicó la mayor parte de su atención a su hija y esposo). El psicoterapeuta observa a través de los juegos que juega con B “el conflicto interno [que] se refería a la culpa y la vergüenza con fines destructivos dirigidos a la madre que había internalizado, y la inaceptabilidad moral de los deseos inconscientes de destruirla” (Rainwater, 2007, p. 147). Al mismo tiempo, la hiperactividad parecía ser una forma de suprimir tales sentimientos, un medio para reprimir el odio inaceptable y las fantasías de destrucción. El psicoterapeuta declara: “a medida que lo conocía, parecía cada vez más que él hacía que sus circunstancias externas reflejaran su lucha interior” (Rainwater 2007, p. 146). Las conductas tienen una Intencionalidad que no se toma conscientemente de inmediato, es difícil de comprender y más bien requiere análisis y paciencia, pero podemos mostrar su contenido de contexto significativo y afectivo.

### **3.4.1 El seguimiento irreflexivo de normas en las acciones**

No es necesario asumir un enfoque psicodinámico para interesarse por la explicación normativa de la acción que carece de concepciones reflexivas del agente que las realiza. El filósofo Erik Rietveld (2008) habla de acciones irreflexivas para referirse a un tipo de acción, incluso a un “nivel básico”<sup>14</sup>, que se sustenta en una normatividad pero para las que el agente no posee concepciones del acto que pueda expresar explícitamente ni antes de realizarlo ni durante ni después del mismo. Es decir, no tenemos que pensar en lo que hacemos o reflexionar de antemano en lo que vamos a realizar, sencillamente actuamos. Pero lo interesante es que este actuar irreflexivo responde a patrones normativos. Rietveld se apoya en Wittgenstein (1992 [1966]) para hablar de ciertas acciones que implican alguna destreza y que se realizan de manera “ciega”. En la apreciación estética o en el trabajo del artesano vemos más claramente ese tipo de sucesos. Ciertas habilidades del artesano se paran en un saber-hacer que depende de la práctica, el conocimiento y las reacciones sensibles al contexto. Cuando un artesano realiza un artefacto puede apreciar y evaluar la calidad estética de lo que realizó. Esta apreciación subjetiva es directa, no deliberativa, no proposicional y opuesta a un juicio.

Para Rietveld (2008), la apreciación valorativa es “en-línea”, en tiempo real, es decir, el artesano está en conexión a través de su trabajo y en el proceso mismo de realizar su artefacto se da la valoración. La apreciación tiene un carácter normativo, es decir, la apreciación de algo es negativa o positiva, la ejecución se toma por correcta o incorrecta, y toma lugar al interior de una práctica y de una cultura. En principio, la actividad apreciativa del artesano no está guiada por reglas y se da en un contexto. Las reglas pueden encontrarse ya implícitas en la práctica, sin que se tenga que reflexionar sobre ellas. Esta apreciación se observa a partir de los gestos, la postura corporal, las expresiones del rostro, etc., del artesano. Y es dirigida como tal al objeto elaborado; se trata de un *contento* o *descontento dirigidos* hacia un objeto. Se trata de una relación interna con el objeto mismo. Cuando el artesano realiza su artefacto y queda insatisfecho, por ejemplo, podemos preguntarle por qué, él puede darnos razones sobre su descontento con el objeto pero

---

<sup>14</sup> Rietveld y Kiverstein (2014) hablan de un nivel básico de habilidades en las que cualquier individuo biológicamente equipado puede hacer uso de los recursos disponibles en su entorno natural.

“[n]ótese que este tipo de normatividad por razones es posterior a los hechos. Puede ser distinguido de la normatividad situada y vivida manifestada en expresiones/reacciones de descontento dirigido al interior de la acción irreflexiva. La normatividad situada es actuada aquí y ahora y se muestra a sí misma en la adecuación a los cambios realizados en un objeto” (Rietveld, 2008, p. 981).

Esa normatividad online se expresa en el descontento del artesano que tiene la capacidad para suscitar su *tendencia a mejorar* el objeto, a hacerlo más grande, o más pequeño. En fin, a corregirlo con arreglo a lo que es aceptable en la práctica para esa silla, puerta o ventana por las personas de su comunidad.

Habría un seguimiento irreflexivo de reglas y normas en nuestras prácticas y acciones cotidianas. Rietveld (2008), sustentándose nuevamente en Wittgenstein y en la lectura de McDowell (2002 [1998]) del seguimiento de reglas, señala que las acciones inmediatas y el seguimiento irreflexivo de reglas son fenómenos normativos. Normativos independientemente de las posibilidades de expresión lingüística, consciente o reflexiva. Para este autor las acciones irreflexivas *son normativas*. Ya existen bases apreciativas y afectivas que preceden, pero que a la vez conceptualizan, las razones primarias de muchas de nuestras acciones cotidianas.

Bajo la teoría propuesta de Rietveld, la roca dura de la acción inmediata y el seguimiento “ciego” de reglas, como propone Wittgenstein, es que son inherentemente normativos. Es decir, dar razones y justificaciones para la acción se sustenta en elaboraciones irreflexivas. Cuando realizamos una acción no tenemos que seguir consciente ni reflexivamente las razones y justificación de estas acciones. Incluso la “conducta de nivel más básico” podría estar cargada de normativas, porque la acción contextual emerge y nace dentro de un mundo de “uso regular” de prácticas y costumbres comunitarias.

“[...] [L]o que importa para comprender la normatividad del seguimiento de reglas (incluso ‘ciego’) según Wittgenstein, no es que uno tenga la capacidad de articulación lingüística o de reflexión, sino simplemente que esté participando de manera confiable en una costumbre comunitaria. Dado que la normatividad está constituida por la costumbre comunitaria en la que están incrustadas las actuaciones del individuo, es

posible que el individuo habilidoso cometa errores. Por lo tanto, aunque en una acción irreflexiva una conducta no se realice por razones explícitas, puede fallar” (Rietveld, 2008, p. 985).

La normatividad irreflexiva en las acciones no excluye la posibilidad de que un sujeto actúe en función de una normatividad “irracionalizada”. Es decir, la racionalidad de la acción se mantiene irreflexiva pero no obedece a un adecuado juicio de medios-fines para la intención. El sujeto con TDAH puede estar realizando acciones consideradas irracionales por su comunidad de pertenencia. Pero estas acciones pueden estar siguiendo ciega e irreflexivamente una serie de normas, que se encuentran atrapadas en un juego de creencias y deseos (posiblemente irracionales) para el sujeto, y que para él justifican las acciones. Esta justificación no tiene por qué estar explícitamente dada para él pero sí determina cómo se relaciona y aprecia a los otros y a los objetos de su entorno, como se vio tanto en el caso de Larry como en el de B. Las relaciones de estos sujetos con los objetos de su entorno se juegan en acciones irreflexivas que no guardan necesariamente un vínculo directo con la racionalidad ni con las condiciones de verdad, sino con normatividades afectivas como un contento o descontento, como la ansiedad o la calma que me genera un objeto con el que interactúo, etc. Las acciones también acompañan otros motivos que se mantienen implícitos e irreflexivos pero que no necesariamente son proposicionales (vivencias corporales de malestar). Ellos también se despliegan en las relaciones intersubjetivas.

### **3.4.2 Normatividad situada de la acción y la formación de esquemas de acción**

Las acciones configuran patrones esquemáticos, y las acciones consideradas problemáticas pueden depender de otras acciones o pensamientos con los cuales no tienen una relación racional (Davidson, 1982). Como lo señala Davidson (1982), apoyándose en el psicoanálisis, la mente puede estar dividida en compartimentos y el sujeto puede desconocer el conjunto de datos que posee sobre las creencias, deseos y

actitudes alrededor de sus acciones. Al interior de cada compartimento<sup>15</sup> reina una interacción entre deseos y creencias, interacción que facilita un juicio condicional; por ejemplo, Larry considera que escapar de su hogar es la mejor decisión para su estabilidad emocional y afectiva, y esto dominado por un sub-conjunto de preferencias. Pero Larry también puede estar en conflicto entre dos creencias, “irme de casa para mi propia estabilidad”, por un lado, y por el otro, “quedarme en casa porque es lo que un adolescente debe hacer”, y a pesar de esta disyuntiva subjetiva tomar una decisión. La razón de actuar puede ser suplantada en su rol motor de la acción por eventos mentales que son desconocidos e inconscientes para el sujeto (Davidson, 1982; Hoyos, 2014; Proust, 2005). Querer escapar puede estar relacionado con acciones pasadas; corretear y molestar a otros pueden ser acciones relacionadas con esquemas de acción que de algún modo consiguieron algún alivio en alguna circunstancia ansiógena, o que producía alguna forma de placer, de desfogue, etc. El sujeto las puede percibir como algo voluntario pero como ejecutadas irreflexivamente. Así el sujeto no haya previsto lo que iba a hacer y tan solo actúe, sin perder su sentido de agencia.

“En realidad, lo que esos eclipses de la consciencia de la acción demuestran es que uno no puede comprender la acción como el despliegue lineal de un evento consciente... La temporalidad de la acción no es el presente donde ella se ejecuta, sino el ciclo donde ella se repite. La intervención activa del agente no está limitada a la producción coincidente de un efecto; ella está ligada a la selección y retención de un esquema de acción—llamémoslo “esquema volitivo”—que consiguió alcanzar su meta en ocurrencias pasadas. La superposición de aprendizajes en el actuar modula así la intervención de la consciencia. A partir del hecho de la experiencia acumulada, la consciencia coincidente no es indispensable para las acciones cuyas consecuencias son las más familiares...” (Proust, 2005, p. 144).

Esos ciclos de acción no solo dependen de haber alcanzado su meta en el pasado. Dependen de lo que el agente también le supuso y cómo significó en la actividad con

---

<sup>15</sup> Esos compartimentos pueden, pero no tienen que ser interpretados como los sistemas de lo consciente e inconsciente en psicoanálisis. De hecho, se pueden comprender fácilmente atendiendo a la configuración de los diversos ámbitos de la experiencia (los hábitos del músico al usar una baqueta vs. sus hábitos como esgrimista al usar un sable).

otros en su esquema de acción. Los significados y las suposiciones, los deseos y creencias, pueden olvidarse, confundirse, unirse a otros esquemas, o a lo que Wegner llama identificaciones de acción y pensamientos de acción. El esquema volitivo que señala Proust puede ser dependiente de fantasías o de “actitudes mentales relativamente inmunes a ser corregidas por la experiencia” (Cavell, 2000, p. 289). Ciertos deseos nacen en contravía del orden moral y normativo, y como no se pueden actuar en el mundo se actúan mentalmente bajo la forma de fantasías. Como hay diferentes compartimentos hay diferentes fuentes de normatividad en juego, algunas de las cuáles bien pueden ser inmorales o amorales. Puede tratarse de deseos que se vuelven ansiógenos, actos imaginativos que encuentran otro tipo de actos imaginativos o de acciones corporales para contrarrestar los efectos de ansiedad. En este caso, las medidas para contrarrestar esos efectos ansiógenos se tornan en nuevos estilos valorativos de acciones apropiadas a llevar a cabo. Acciones que el sujeto considera apropiadas, o al menos correctivas, todo esto irreflexivamente. Como lo señala Rietveld (2008), las formas de contento o descontento dirigido hacia objetos con los que interactúa un sujeto se dan tanto en la interacción con ese objeto como a través de la sedimentación de experiencias en el tiempo con el mismo objeto u objetos similares.

El caso de B recrea la manera como los signos conductuales del TDAH que él despliega, están entrelazados con acciones con un sentido, pero también con afectos de ansiedad. Rainwater (2007) señala cómo los juegos en los que interactúa con B ponían en marcha fantasías destructivas inconscientes, irreflexivas, y cuando su ira destructiva estaba a punto de salir a la luz se replegaba sobre sí mismo; incluso llegando a arrojar esa ira sobre sí mismo menospreciándose o diciendo que “odia su vida” (p. 146). Esos sentimientos buscaba contrarrestarlos con otro tipo de fantasías y con conductas hiperactivas. Las conductas se enlazan dentro de una acción más amplia que se sostiene en un esquema volitivo basado en fantasías.

Marcia Cavell (2000) supone que los esquemas de acción están compuestos por estados mentales entremezclados e interrelacionados, y esos procesos de interrelación y enlace son diacrónicos, o sea, se han dado a lo largo del tiempo. Desde la infancia se van sedimentando todo tipo de experiencias, creencias, deseos, etc., que se empilan las unas sobre las otras y que, a pesar de olvidarlos, son el bosquejo de una estructura perceptiva e intersubjetiva de acciones. Y las fantasías no escapan a esta estructura.

“[L]a fantasía que se forma en torno a ella [a la angustia], y que saca de apuros al niño, con el tiempo llega a convertirse en algo en lo que habitualmente se apoya. [...] Lo que empezó como una creencia anhelante adquiere la fuerza y la estructura de un hábito, una forma de actuar, una manera también de percibir...” (Cavell, 2000, p. 313).

Richard Wollheim (1994), apoyándose en Freud y el psicoanálisis, declara que:

“Lo que correctamente puede ser visto como un apéndice a la explicación en profundidad deseo/creencia, con el esquema normal explicativo aun manteniéndose, son los casos donde el lugar normalmente ocupado por la creencia en este esquema es tomado por la fantasía, que es una prima de la creencia. [...]

Aunque Freud llegó a apreciar, las fantasías, siendo factores exclusivamente inconscientes, tienden a no operar en la manera organizada en que lo hacen las creencias: no pueden ser reclutadas como premisas menores en un silogismo práctico al que se le pueda acreditar al agente de poner en marcha inconscientemente antes de actuar” (p. 95).

Como muestra la cita, la normatividad subyacente a las fantasías no parece ser una formal (como la que existe entre las premisas de un silogismo práctico), pero ello no implica que deban ser asignadas como fenómenos sin normatividad. Me parece perfectamente plausible asumir que se trata de fenómenos psicológicos sujetos a la normatividad situada descrita por Rietveld (2008) en la que el contento-descontento dirigido hacia objetos constituye la forma de reconocimiento normativo del individuo. Se pueden poner en marcha variantes de la propuesta davidsoniana de explicación de la acción (Davidson, 2001 [1963], [1978]). Para explicar una acción o un esquema de acción uno no solo se debe apoyar en las razones primarias sino en fantasías y en esquemas irreflexivos.

Wollheim (1994) sugiere que la explicación de una acción parte también de una cadena asociativa iniciada en algún punto del tiempo y que se puede describir de varias formas (p. 96):

*a. La acción desplazada*

Lo que la persona diagnosticada hace podría ser racionalizado por ella a partir de la dupla creencias más deseo, no obstante, lo que la persona en realidad hace está conectado asociativamente con una acción pasada originaria. Por alguna razón la persona no puede llevar a cabo la acción originaria o racionalizada, lo único que queda a la luz es el esquema o la estructura de dicha acción que se lleva a cabo en una nueva acción y las conductas que la componen. Wollheim (1994) llama a esto “acción desplazada” y toma el ejemplo del caso de Freud del *Hombre de las ratas*, quien estando de vacaciones en las montañas en compañía de su compañera, se sometió a un intensa labor física para perder peso, incluso llegando a exponer irracionalmente su salud bajo caminatas extremas en un calor intenso de verano. Pero esa búsqueda de pérdida de peso estaba relacionada con los celos que sentía hacia Richard, el primo de su compañera, y quien captaba toda su atención en ese momento. Buscaba deshacerse de Richard, cuyo apodo era Dick, palabra que en alemán significa “gordo”. Deshaciéndose de la gordura se deshacía por desplazamiento del primo de su compañera.

#### *b. Pulsión y actividad*

Otra alternativa es la creencia instrumental de la acción y su componente asociativo que podrían ser reemplazados por pulsiones, *i.e.*, experiencias de excitación corporal ligadas a un empuje hacia la satisfacción alrededor de un objeto. La ansiedad que se desencadena por estas experiencias de excitación (*arousal*) pueden llevar a cabo ciclos de acción no racionalizados y no subjetivados, es decir, el agente no pierde su sentido de agencia, pero sin embargo, no sabe claramente por qué lo hace. De todos modos se puede hablar de una función objetiva aunque no haga parte de las razones de hacerlo. Wollheim se apoya en el caso de Freud del pequeño Hans—niño con fobia a los caballos—quien creyendo que todos los seres, incluso los inanimados, poseían un pene, descubre en la desnudez de una niña la carencia de dicho órgano (Wollheim, 1994, p. 98). Esto le genera un temor y una renegación (*disavow*) de lo observado en esa niña, como medio de protección para sí mismo pues temía perderlo. Llega también al punto de creer que habría visto a esa niña con un pene. Entonces, esa renegación de la ausencia de pene en otros humanos es interpretada como la preservación del deseo de conservación y protección del suyo propio. El niño “se comporta como si tuviera la creencia instrumental de que renegar la percepción salvaguardará su deseo...”

(Wollheim, 1994, p. 98). En este caso, Wollheim prefiere hablar de “actividad” en vez de “acción”; la actividad siendo algo que uno hace interna y subjetivamente, en este caso renegar una percepción; aunque otros tipos de irracionalidades podrían también operar (auto-engaño, pensamiento desiderativo, represión, etc.).

### *c. Compulsión a la repetición y anulación retroactiva*

Otra variante es el caso del esquema fantasioso de una acción que se encuentra cercano a un factor precipitante que permite que ese deseo encuentre una manera de realizarse. Pero en este caso no hay creencias instrumentales ni pulsión alguna, lo que la persona hace no tiene conexión alguna con una meta. La manera primitiva de pensar del agente lo lleva a pensar que sí hay una meta para lo que hace, produciéndose una satisfacción alucinada o imaginada de un deseo no sabido que puede ser confundido momentáneamente con una meta buscada. Pero esta confusión puede ser repetitiva, el agente puede caer en ella bajo lo que Freud llamaba compulsión de repetición. En casos de pacientes con neurosis obsesiva (actualmente llamado trastorno obsesivo-compulsivo) fenómenos como el pensamiento mágico o la anulación retroactiva, son ejemplarizantes. El primero hace referencia a la idea de que si pienso algo es porque realmente sucederá, si pienso que mi madre muere mi pensamiento lleva a que eso realmente pueda ocurrir. El segundo hace referencia a acciones que se llevan a cabo con la intención de anular algo que ya sucedió y de lo que el sujeto se arrepiente; acciones con un significado opuesto al que se busca modificar. El ejemplo que utiliza Wollheim (1994) es el de otro caso de Freud ya mencionado, el *Hombre de las ratas*, quien solía caminar inquietamente alrededor de su habitación como si buscara evitar ser golpeado y castigado por el padre (como cuando era niño, y aunque su padre ya estuviera muerto), o cuando permanecía sentado en el sofá, cubría su rostro con sus manos y buscaba protegerse de algo que no estaba allí, salía corriendo intempestivamente con un rostro de dolor (Wollheim, 1994, p. 100).

No busco esgrimir una propuesta psicoanalítica en este caso, ni sostener necesariamente un compromiso teórico con el mismo que se presente como superior al

neurocognitismo. Realizo esto porque el psicoanálisis sugiere una alternativa, ya que suscribe con teorías de la acción que van más allá del orden causal y que la conectan con órdenes culturales y subjetivos. El psicoanálisis toma en cuenta la existencia de una Intencionalidad para las razones de las acciones que busca traducir y reorganizar. Lo que se puede inferir de lo expuesto en este apartado es que no se tiene que aplastar el conjunto de esos esquemas de acción bajo premisas de predestinación evolutiva o de déficits neurocognitivos. Alejarlos de la dupla creencia/deseo, más las diferentes variantes que pueda tener, implica dejar a un lado las ricas posibilidades de interpretación de las acciones humanas. Si algo se ha podido inferir de todo lo expuesto en este capítulo es que las conductas no se pueden desconectar de la cadena motivacional que las componen y que las hacen parte de una acción. No se pueden desconectar tanto del contexto en el que ocurren y del flujo continuo y encadenado de eventos, razones, emociones, creencias instrumentales y prácticas, así como de deseos en el que fluyen. Segundo, Wegner, las viñetas clínicas observadas y lo propuesto por Wollheim (a partir del psicoanálisis) favorecen otra forma de examinar las posibilidades de explicar las acciones del TDAH. Tipos de explicación que no obedecen a una mirada deficitaria como la que el neurocognitismo ha buscado promover. Las conductas “problema” que alguien despliegue pueden obedecer a otro tipo de factores, propios a un agente y su manera particular y única de razonar, en este caso de creer y desear, que pueden apoyarse sobre deseos y creencias irracionales. O que pueden obedecer a una racionalidad complicada y viciada. O el agente sustenta su conducta en esquemas volitivos basados en actividades que acompañan a la acción (fantasías, ensoñaciones, actividades defensivas, etc.), y que pueden ser intrínsecos a toda acción, sin que esto las haga algo deficitario *per se*.

Todo lo anteriormente señalado, tanto en esta sección, como en la anterior, sitúa a las conductas de un sujeto diagnosticado con TDAH en otro plano diferente en el que la clínica neurocognitiva las ha ido situando. La gramática del diagnóstico no sólo demuestra la fragilidad de esta entidad clínica construida en los bastidores de la naturalización *in extremis* de los trastornos psiquiátricos, sino que también demuestra lo reductor que llega a ser. Finalmente, dentro de la psiquiatría y la psicología no es claro lo que se diagnóstica, si se trata de un entidad clínica biológica, en el sentido de una realidad ontológica independiente de las creencias del clínico, o de un conjunto heterogéneo de conductas con un sentido que ocurre en un mundo social y normativo.

Las conductas del TDAH se pueden interpretar de otro modo, tienen otra faceta que no es explorada por la psicopatología actual dominante.

### **3.5 El problema de los tratamientos para el TDAH**

Para comenzar, el tratamiento de primera línea más utilizado y ya mencionado es el farmacológico. Algunos médicos señalan incluso que la acción del medicamento garantiza la existencia neurobiológica del TDAH (Bromfield, 1996). O sea, que si el medicamento sirve para reducir una manifestación es porque esa manifestación existe y tiene un sustrato biológico.

“La indicación de anfetaminas tiene una triple ventaja: el síndrome pertenece a la verdadera medicina porque sabemos tratarlo; el uso de medicamentos garantiza la organicidad de la cosa; y el carácter paradójico de los efectos, por un lado, le agrega picante al asunto, y por el otro, deja presumir una fisiopatología harto compleja, por ende científica, con ciertas reservas” (Lantéri-Laura y Gros, 1982, p. 21).

G. Tait señala al final de su artículo cómo aseverar que el uso del medicamento garantiza la organicidad del TDAH es una falacia argumentativa del tipo *non-sequitur* (Tait, 2008). Esto es, tratar de validar la conclusión de una proposición a partir de premisas que no se siguen o no se conectan con esa conclusión. En cierto modo muchos médicos y psiquiatras asumen que porque las anfetaminas disminuyen la hiperactividad y la desatención, y la hiperactividad y la desatención son signos del TDAH, entonces el TDAH es una enfermedad válida y biológica. Es el mismo tipo de razonamiento que decir que porque la aspirina mejora el dolor en la artritis reumatoide, entonces que la artritis reumatoide sería el resultado de la falta de ácido acetilsalicílico (aspirina) en el cuerpo. Pero el hecho de que la anfetamina mejore ese tipo de conductas no viene a confirmar por arte de magia que el TDAH es una entidad clínica biológica independiente de la interpretación socio-cultural de la acción.

Pero estos no son los únicos inconvenientes con el uso del medicamento. A nivel de su beneficio después de un seguimiento al estudio MTA (*Multimodal Treatment of ADHD*) se descubrió que después de 36 meses este tipo de moléculas no trae mayores beneficios en cuanto a los signos clínicos del trastorno o a diagnósticos relacionados (de la conducta, anti-sociales, etc.) (Molina, Flori, Swanson, et al., 2007; Swanson, Hinshaw, Arnold, et al., 2007).

De igual modo, ciertos estudios demuestran que a largo plazo el uso de estimulantes no disminuye el riesgo de fracaso escolar, ni de deserción escolar, tampoco una mejoría en tests o pruebas de lectura en jóvenes (Gonon, Guilé y Cohen, 2010; Loe y Feldman, 2007). El medicamento lo único que hace es silenciar las razones primarias, dopar la conducta ya sea potencializando las capacidades atencionales y de concentración, o, paradójicamente, disminuyendo la actividad motora.

De igual modo, esos mismos estudios anteriores mostraron que los consumidores de anfetaminas de larga data eran más bajos de estatura 4 cms. en promedio con respecto a los grupos control, y hasta 3 kilos más livianos. La anfetamina en niños generaría retardos en su crecimiento (Molina, Flori, Swanson, et al., 2007; Swanson, Hinshaw, Arnold, et al., 2007).

El espectro de las anfetaminas, al igual que del resto de medicamentos psiquiátricos, es muy amplio, de manera que es equivocado pensarlos como tratamiento específico para un trastorno determinado (Healy, 2016 [1997]). Y muchos de estos efectos ocurren independientemente de que la persona tenga o no el diagnóstico de TDAH; en personas sanas de hecho se utilizan las anfetaminas como práctica recreativa o como “esteroides” cognitivos para estudiar o trabajar (Gonon, Guilé y Cohen, 2010; Timimi, 2005). Es bien sabido que durante la Segunda guerra mundial se le daban raciones de anfetaminas a los soldados alemanes para mantenerlos despiertos, concentrados e hiper-vigilantes (Andreas, 2020), del mismo modo en que se espera que un niño esté despierto, concentrado e hiper-vigilante en clase.

Además de lo anterior, muchos estudios han demostrado que el uso prolongado de psicoestimulantes puede tener un alto riesgo de generar efectos adversos como problemas cardiovasculares, desencadenamiento de esquizofrenia, afectación de la

memoria, etc. (Shyu, Yuan, Lee et al., 2015; Martínez-Raga, Knecht, Szerman y Martínez, 2013; LeBlanc-Duchin y Taukulis, 2007).

Como visto en el capítulo 2, los tratamientos específicos para el TDAH, como el FIT, el entrenamiento conductual, o el *coaching* de los padres a sus hijos con TDAH, son técnicas psicoeducativas o re-educativas que buscan enseñarle al sujeto con TDAH algo de lo que adolece o que necesita ser reforzado. Estos tratamientos se encuentran en una posición en la que saben de lo que carece el sujeto con TDAH y, por lo tanto, el entrenamiento y la restitución de un factor faltante deben ser el objetivo de cualquier forma de tratamiento válido. Sin embargo, está claro que este tipo de terapias se ubican en un punto de vista deficitario del sujeto con TDAH, donde se debe restablecer a condiciones normales y minimizando sus déficits neurocognitivos y conductuales. Una preconcepción del individuo conductual y neurobiológicamente normal, que no solo está compuesta de una carga deficitaria, es intrínseca a estos tratamientos y al razonamiento que los sustenta. Entonces, las ideas de norma y de déficit van muy de la mano para estos tratamientos. Se parte del principio de que se sabe lo que sucede con el sujeto con TDAH, que ya se tiene absoluta claridad que su déficit neurocognitivo lo lleva a conductas que perturban a su entorno, ellas también vistas como deficitarias y anormales. Por consiguiente, se le debe tratar como alguien discapacitado a quien se le debe reforzar, enseñar, entrenar, todo lo que un humano ordinario debería haber podido aprender por sí solo dentro de un ambiente familiar y un medio educativo, también ordinarios. El objetivo de estos tratamientos es hacer desaparecer, reemplazar, o minimizar el impacto de conductas problema.

Como señalado más arriba, se parte de la idea de que el sujeto con TDAH tiene un déficit e incapacidad en su cognición social (la “*theory-theory*” y la “*simulation theory*”). El sujeto con TDAH malinterpreta las acciones de otros y tampoco reconoce las emociones e intenciones de esos otros, según Mikami (2015). En pocas palabras, no sabría cómo explicar ni predecir lo que otros hicieron o van a hacer (no le atribuye deseos ni creencias o simplemente no logra identificarse con el otro como alguien que cree y desea igual que él). El problema con centrarnos en estos aspectos es dejar la intersubjetividad del sujeto con TDAH en un plano de simples posibilidades de *identificación imaginaria*. Porque suponer una conducta errática o irracional como una supuesta incapacidad de entender a

los otros (sus intenciones y creencias) es ignorar lo que mis propias razones primarias de no tomar en cuenta a las actitudes proposicionales de otros puedan ser.

El estudio de Vargas y Parales (2017) sobre las representaciones sociales del TDAH en niños, profesores y padres demuestra que la mayoría de las respuestas que daban los niños participantes cuando se les preguntaba por las causas de su hiperactividad giraban en torno a razones primarias. Ellos “buscaban explicar las razones por las que se comportaban de determinada manera” (Vargas y Parales, 2017, p. 255). En otro estudio también realizado en Colombia sobre las representaciones sociales del TDAH, las entrevistas de algunas madres con un hijo diagnosticado contaban que en su infancia ellas también habían sido inquietas y lograban racionalizar esa inquietud de su infancia a partir de situaciones de vida concretas y a razones específicas (el caso de Ana y Claudia, y sus historias de rupturas, violencia intrafamiliar, etc.) (Uribe y Vásquez, 2008, p. 87-89).

En esto, estos tratamientos suelen ser eficaces y funcionar habitualmente bien en sus objetivos reeducativos. Pero al igual que con las escalas diagnósticas, los tratamientos reeducativos minimizan o simplemente no toman en consideración las razones primarias de las acciones. Si el entrenamiento conductual, en su análisis funcional de la conducta, toma en cuenta las variables que se relacionan de manera funcional con ellas—*i.e.*, los antecedentes y las consecuencias de una conducta—éste no busca encontrar el patrón lógico de acción que las sostiene, ni el esquema de acción diacrónicamente implantado y operante en el sujeto. Se le pueden solicitar al sujeto las razones, las creencias, y hasta incluso los deseos, que anteceden el desencadenamiento de la conducta problema, pero éstos no se consideran más que elementos *ad hoc* puramente secundarios, en el peor de los casos, parasitarios y, en el mejor, reforzadores positivos. En este caso, habría que contrarrestar esas razones, buscando reducirlas o subestimarlas.

*Las razones primarias son lo de menos para estos tratamientos, éstas simplemente contribuirían a comprender esa conducta pero no podrían ser algo generalizable para toda conducta, y por extensión, para toda acción. Ni tampoco algo de interés para el tratamiento de las conductas, pues cada razón para una acción es diferente y atacarse a ellas parece algo vano. Las proposiciones que sostienen las acciones son algo irrelevante, pues consideradas irracionales o reforzadores de condicionamientos operantes. Para el terapeuta es fundamental tener acceso tanto a las creencias y deseos*

del niño como a sus hábitos. Esquemas irreflexivos, fantasías, etc., con el fin de interpretarlo mejor *como agente de sus acciones disruptivas*.

## **4. La triangulación: Alternativa diagnóstica y de tratamiento del TDAH**

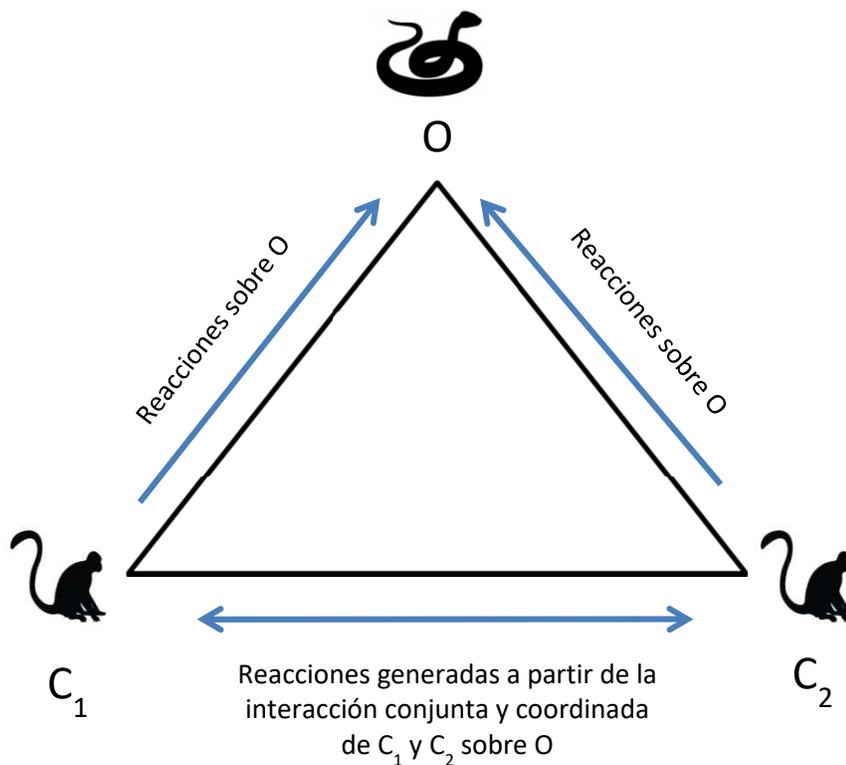
### **4.1 ¿Qué es la triangulación?**

Este capítulo de la tesis le apunta a buscar una alternativa a la manera de diagnosticar y tratar el TDAH. Se trata de una alternativa que enfatiza la importancia de interpretar el contenido proposicional de las creencias y deseos del niño con TDAH, así como en el contexto de prácticas socioculturales que el niño lleva a cabo con otras personas y en las que esa acción es considerada patológica. Pretendo llevar a cabo un acercamiento al diagnóstico del TDAH que no dependa de las escalas sino del significado de los síntomas. Mi propuesta puede ser de interés para trabajar todo tipo de acciones que se salgan de los criterios diagnósticos del TDAH y que abarquen situaciones diversas de la infancia y la adolescencia. Colateralmente, lo que yo propongo puede ser importante para el diagnóstico y tratamiento de otras entidades nosológicas, por ello este capítulo no se reduce a lo que se conoce como el TDAH, podría incluso ir más allá de esta entidad.

Mi propuesta alternativa parte del concepto de triangulación expuesto por Donald Davidson, como un contexto de encuentro entre dos agentes alrededor de un objeto y la interacción que tienen con ese objeto. Este concepto se puede adaptar a un planteamiento psicoterapéutico alternativo. Este autor señalaba ese espacio de interacción como la condición necesaria para la emergencia del pensamiento y del conocimiento objetivo (Davidson, 2001a [1997]). Sin embargo, autores como W. Duica (2014) la plantean como un contexto para la emergencia de conocimiento empírico, o J. Fajardo-Santamaría (2018) como contexto para el surgimiento de acciones coordinadas y situadas.

Para Davidson, la triangulación se trata del encuentro entre dos criaturas, generalmente de una misma especie alrededor de un objeto en el mundo. Davidson mencionó al menos dos formas de triangulación: una pre-lingüística y la otra lingüística.

En la primera se genera un aprendizaje acerca de algo en el mundo entre criaturas que no están dotadas de lenguaje ni de pensamiento proposicional. Se trata de un encuentro en donde una interacción dual desde el punto de vista de dos agentes sucede en realidad con una tercera instancia: un objeto o evento en el entorno en común. *Ambas criaturas interactúan conjunta y coordinadamente de manera simultánea con un objeto.* Simplemente debe haber una criatura  $C_1$ , una criatura  $C_2$  y un objeto  $O$  en común para ambas. Por ejemplo, en animales no humanos se puede dar una triangulación de este tipo. Esta interacción coordinada a tres bandas se apoya en las posiciones de las dos criaturas en intercambio entre ambas y con el entorno natural que comparten. “Para decirlo de una manera ligeramente diferente, cada criatura aprende a correlacionar las reacciones de otras criaturas con cambios u objetos en el mundo a los que también reacciona” (Davidson, 2001a [1997], p. 128). Davidson se sirve de ejemplo de ciertos monos que aprenden tres tipos de chillidos distintivos, cada uno dependiendo del tipo de amenaza, uno chilla y casi instantáneamente otros le siguen con el chillido así no hayan visto el  $O$  amenazante (por ejemplo una serpiente o un águila, ver figura 1).



**Figura 1**

Se trata de reacciones porque son cambios en el entorno que generan a su vez un cambio conductual en los monos. Pero este tipo de conducta coordinada no depende de un pensamiento proposicional, como una creencia o un deseo, ese tipo de intercambio no constituye un lenguaje. Se trata de una forma de interacción y con el entorno en la que la comunicación es plenamente pre-lingüística (Davidson, 2001a [1997])<sup>16</sup>. De igual modo, este tipo de conformación no ocurre con todas las especies animales; el nivel de desarrollo filogenético genera una diferencia y no todas las especies animales están dadas a triangular.

Por otro lado, *la triangulación lingüística* consiste en una  $C_1$  y una  $C_2$  (y posiblemente una  $C_3$ ,  $C_4$ , etc.) quienes correlacionan sus reacciones y enunciados a situaciones u objetos externos. Entonces, las criaturas se comportan de un modo acorde con su interpretación de enunciados sobre las situaciones en las que están y que versan *acerca de* objetos del entorno. Esta triangulación se da solo en animales dotados de lenguaje y de pensamiento proposicional. Aunque las creencias de  $C_1$  y  $C_2$  pueden diferir en ese contexto. Cuando se dan estas correlaciones cada criatura está en la posibilidad de tener expectativas sobre ese fenómeno externo cuando asocia la reacción percibida de la otra criatura. Es decir, hay criaturas que *forman expectativas en situaciones de triangulación* (para ello como mínimo hay que tener la capacidad de representarse mundos alternativos, verbigracia el de la expectativa y el actual). La expectativa *emerge* sobre la base de la interacción reiterada y regular con el otro y con el objeto (“yo espero que ocurra lo que ha venido ocurriendo”). Por lo tanto, la expresión de una expectativa (una aserción) *fija el contenido* de lo esperado en la situación y constituye así un insumo básico para que quienes interactúan puedan *sancionar mutuamente* la adecuación de la enunciación lingüística a la situación. Si la expectativa falla se puede entonces introducir la posibilidad de error, por consiguiente, las mutuas reacciones no correlacionan y el individuo puede interpretar al otro como teniendo una *concepción que no aplica* para la situación actual o bien puede sospechar que su acceso al entorno (su propia concepción) sea adecuada.

---

<sup>16</sup> No hay problema en suponer que existe la comunicación entre individuos orientada al entorno sin la batería completa del lenguaje y pensamiento proposicional.

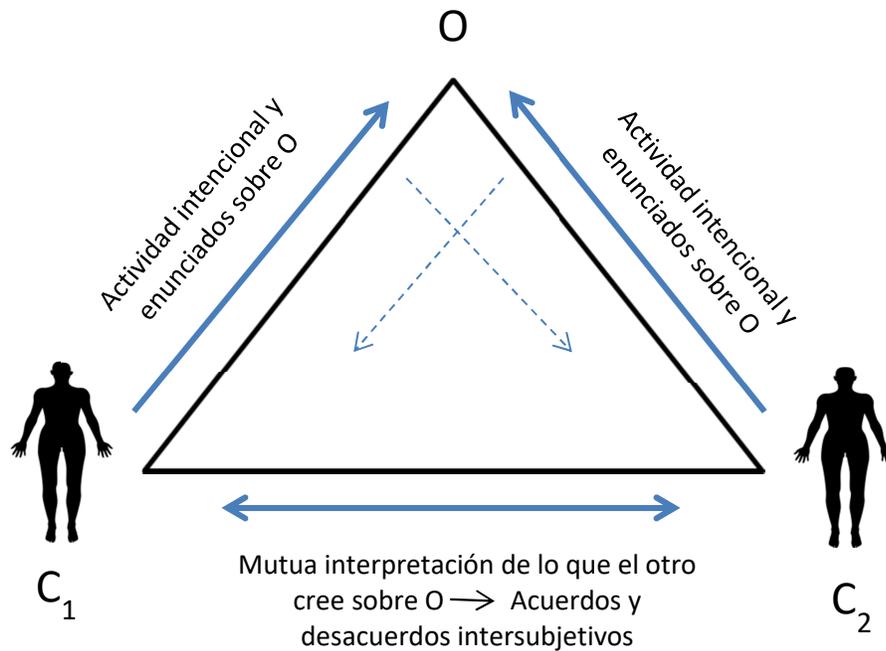
Se genera un espacio donde la comunicación y la correspondencia de los enunciados entre criaturas favorece la aplicabilidad de las características de verdadero o falso para fenómenos o sucesos del mundo físico, y cómo se conducen las criaturas en torno a ellos. Los estímulos distales percibidos por varias criaturas son los que permiten la posibilidad de generar un contenido socialmente compartido de ellos. Pero para que pueda existir una objetividad y contenidos Intencionales de nuestros pensamientos y conductas, tiene que haber lenguaje (Davidson, 2001a [1992]).

La triangulación, en el sentido de Davidson (2001a [1992], [1997]), supone que al menos dos criaturas, hablante e intérprete, comparten un trasfondo común, un espacio público. La generación de contenido empírico acerca del objeto en común a partir de los enunciados de al menos una de las criaturas dentro de esta triangulación es necesaria para que emerja cualquier tipo de conocimiento, o cualquier forma de pensamiento, como mínimo.

“Con la introducción de al menos una segunda criatura—el intérprete—la situación cambia radicalmente: debido a que la causa relevante debe ser común tanto para el hablante como para el intérprete. Debe estar situada en el mundo público compartido y, por lo tanto, debe ser una causa distal. La causa relevante también puede reducirse debido a la presencia de una segunda criatura: la causa relevante es lo que generalmente causa respuestas relevantes similares tanto por parte del hablante como del intérprete, y por lo tanto, se puede encontrar donde las dos líneas conectándose, respectivamente, hablante y mundo, e intérprete y mundo, se entrecruzan” (Amoretti y Preyer, 2011, p. 16).

La noción de un mundo compartido, el reconocimiento de la propia perspectiva y de la significación de los términos del lenguaje emitidos por alguien más son aspectos intrínsecamente relacionados con el objeto o con la situación, y es la comunicación lingüística lo que hace que sea un mundo compartido. Pero al mismo tiempo, al comunicar entre ellos se generan creencias y significados sobre el objeto, co-creando una perspectiva en segunda persona del mismo. Pero para que esto suceda, la comunicación lingüística debe ocurrir entre los dos observadores; debe haber una comunicación lingüística dirigida a la comprensión, una manera de saber que surge algún tipo de conocimiento. Por lo tanto, el lenguaje y los enunciados se comparten y coinciden

entre cada observador o criatura. Para  $C_1$  y  $C_2$  tiene que haber una actividad, en el sentido amplio, con un mismo significado alrededor del mismo objeto (O), como cuando el niño ve que la respuesta del maestro a un objeto (pronunciando la palabra “mesa” cuando señala al referente) es similar a la suya. “Una condición para ser un hablante es que debe haber otros lo más parecido a uno mismo” (Davidson, 2001a [1992], p. 120). Cada criatura tiene una perspectiva del objeto, es decir, el enunciado está dirigido a la otra criatura quien asiente o disiente porque también tiene una perspectiva sobre O. Para que haya triangulación  $C_1$  debe ver la relación de  $C_2$  con O—y viceversa—, y suponer que  $C_2$  tiene una perspectiva sobre O. Es en la interacción que se puede decir que las dos criaturas están preocupadas por el mismo objeto; son los otros dos vértices del triángulo. En la triangulación lingüística hablante e intérprete se atribuyen mutuamente creencias y dialogan para aclarar el sentido y validez de sus atribuciones mutuas.



**Figura 2**

Entonces, a partir de la interacción entre criaturas surge la intersubjetividad, la subjetividad y la objetividad<sup>17</sup>, en donde una causa distal sea considerada como tal, un objeto puede ser considerado de interés bajo una cantidad mínima de premisas al respecto (ver figura 2). Sin embargo, eso no garantiza representación común compartida objetiva. Pero sí se constituye en un punto de apoyo para la objetividad del conocimiento junto con la coherencia del sistema público de creencias.

“La única forma de saber que el segundo vértice del triángulo, la segunda criatura o persona, está llegando al mismo objeto que uno mismo es saber que la otra persona tiene el mismo objeto en mente. Pero entonces la segunda persona también debe saber que la primera persona constituye un vértice del mismo triángulo, otro vértice que ocupa la segunda persona. Para que dos personas sepan que están relacionadas de dicho modo, que sus pensamientos están tan relacionados, se requiere que estén en comunicación. Cada uno de ellos debe hablar al otro y ser entendido por el otro. Como dije, no tienen que significar lo mismo con las mismas palabras, sino que cada uno debe ser un intérprete del otro” (Davidson, 2001a [1992], p. 121).

Como lo señala la anterior cita de Davidson, cada criatura lingüística debe poder entenderse la una a la otra para que emerja un campo normativo al cual se deben ambos plegar. Por ende, es la interacción social regular con otras criaturas hablantes lo que incide en el individuo con TDAH generando toda una plétora de hábitos, creencias, deseos, etc., que pueden explicar el conflicto intersubjetivo de ese individuo. Proponer la triangulación en el contexto del TDAH es importante porque:

1. Como el TDAH es un fenómeno psicosocial debe ser estudiado en el contexto de un esquema de análisis de lo psicosocial.

---

<sup>17</sup> Entonces, el asunto es que lo subjetivo establece el ámbito en el que se instancian ciertos conceptos **en** los agentes (como que piensan, desean, etc.), lo intersubjetivo es el ámbito en el que se instancian los conceptos **de** la comunicación entre agentes (sinceridad, significatividad, etc.), y lo objetivo es el ámbito caracterizado por el funcionamiento de los conceptos **acerca del** entorno (verdad, objetividad, etc.).

2. La triangulación es un buen esquema de análisis para abordar los fenómenos psicosociales (en la medida en que permite dar cuenta de las condiciones que explican la existencia de los fenómenos mentales).
3. Hace posible discutir la relación existente entre los fallos en la interacción y el desarrollo del síntoma como atribución a un agente que participa en prácticas socioculturales con alguien más.

Estos dos, hasta aquí, serían los dos niveles de triangulación que propone Davidson. Ahora bien, ya conociendo a lo que corresponde la triangulación, se puede continuar con el contexto de “triangulación psicoterapéutica” sugerido por Cavell (2011 [1998]). Este nivel de triangulación sirve para luego empatar con mi propuesta de triangulación psicoterapéutica, ya que la de Cavell merece revisión y una variante de su propuesta.

## 4.2 La triangulación psicoterapéutica propuesta por Marcia Cavell

Marcia Cavell en su texto *Triangulation, one's own mind and objectivity* (Cavell, 2011 [1998]) propone una manera diferente de pensar el contexto de triangulación en espacios psicoterapéuticos. Su propuesta consiste en emplear el contexto de la triangulación, (a) como una estructura básica para concebir la mente y el pensamiento proposicional, y (b), como encuentro psicoterapéutico. En esta sección voy a presentar la propuesta de Cavell de la triangulación que favorece la emergencia del pensamiento (parte a), y en una segunda parte (parte b) su planteamiento de la triangulación en encuentros psicoterapéuticos.

Cavell señala que para que puedan existir actitudes proposicionales, e identificar nuestros propios pensamientos como pensamientos—como perspectiva subjetiva del mundo objetivo—es necesario que se dé la posibilidad de conocimiento compartido de ese mundo.

*a. Triangulación que favorece el surgimiento del pensamiento*

Para Cavell, los conceptos de mente y pensamiento proposicional únicamente pueden ser elucidados a partir de conceptos normativos como el de verdad, objetividad y razón. Una buena parte de su exposición busca oponerse a una perspectiva “subjetivista” de la mente y el significado proveniente principalmente de Descartes. Esto quiere decir que trata de oponerse a una mirada del conocimiento que es exclusivamente en primera persona y cuyo contenido no es accesible a otros. Ella defiende una perspectiva “intersubjetivista” de la mente y el significado. Estos últimos se constituyen a partir de la interacción entre criaturas lingüísticas.

Para que un niño pueda poseer y formular contenidos proposicionales debe haber realizado un paso importante a partir de los encuentros y la comunicación con otras criaturas pensantes. Cavell propone una mirada intersubjetiva del encuentro psicoterapéutico, apoyándose en autores como G.H. Mead, L. Vygotsky, Wittgenstein y el mismo Davidson (Cavell, 2011, p. 64). Todos suponen una idea intersubjetiva y exexternalista de la mente, según ella. Esto quiere decir que el punto de vista en perspectiva de primera persona de los pensamiento (mis pensamientos surgen y adquieren significado dentro de mí dentro de una pura autosuficiencia y solipsismo) se puede quedar corto, ya que existen otras mentes de las cuales *depende* la mía. Tampoco lo que yo pienso es pura y plenamente privado, o sea, que depende de los pensamientos de otros y de un mundo compartido. Entonces, podemos atribuirle a otros creencias, deseos e intenciones, y lo que yo vivo y experimento puede ser a su vez comprendido por otros, o sea, ellos me pueden atribuir también a mí creencias, deseos e intenciones. Y lo que ambos le atribuimos a los objetos del mundo en un espacio de interacción es lo que llamamos triangulación.

Lo interno y lo subjetivo dependen de un espacio público en donde emerge lo que pensamos y cómo vivimos eso que pensamos. Según la lectura de Cavell de Wittgenstein (2009), las intenciones y las creencias solo devienen como tal actitudes proposicionales según como las usemos en oraciones, en contextos particulares, y en la realización de todo tipo de actividades comunes (Cavell, 2000, p. 46-48). Es decir, solo

es en la interacción que emergen las prácticas cotidianas y que adquieren un significado. Esto quiere decir que la conducta de agentes que participan de un espacio público compartido en el que emergen expectativas mutuas acordes con prácticas regulares es *actividad Intencional* cuya orientación puede comprenderse sobre la base de la historia de interacción de esos agentes.

Cavell señala que debe haber al principio, en una etapa antes de que el niño haya accedido al lenguaje, un momento de encuentro entre ese niño y el adulto, a través de la comunicación sobre un objeto en el mundo físico. Por ejemplo, madre e hijo interactúan con una manzana, la madre le pasa al niño la manzana pronunciando el significante “manzana”. No sólo para que sepa que eso se llama manzana sino que además genere el concepto de “manzana” (que pueda decirse: “estoy pensando en una manzana” o, “una manzana es un objeto con tales y tales propiedades”). La madre introduce al niño al lenguaje, y para que haya pensamiento debe haber objetividad y contenido empírico sobre el mundo objetivo, contenido proveniente de la madre (Davidson, 2001a [1997], p. 129). El contenido de un pensamiento es objetivo si puede ser catalogado de falso o verdadero independientemente de quien lo piensa. Finalmente, son otros agentes pensantes con quienes interactúa el niño y que comparten sus respuestas con él en el mundo físico lo que le otorga contenido proposicional a una creencia. Es la concordancia de esos estados del individuo con respecto a las actitudes de los otros lo que promueve su ascenso a la racionalidad.

Davidson señala que ver que los otros típicamente responden de un mismo modo ante un objeto o situación en el mundo es lo que favorece la introducción de contenido empírico al pensamiento (Davidson, 2001a [1997], p. 129-130).

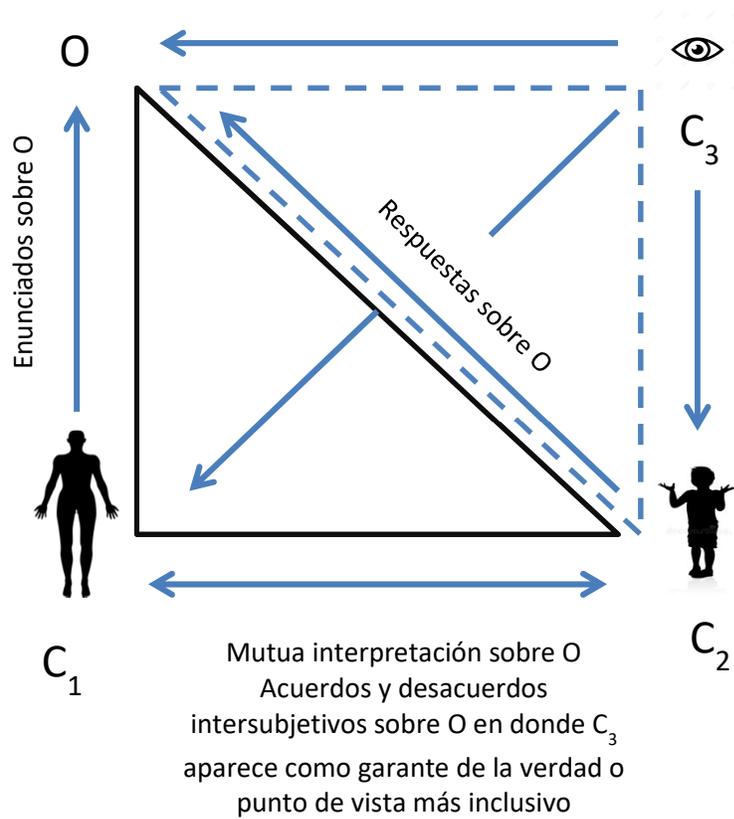
No obstante, Cavell (2011) indica que la triangulación lingüística de Davidson no es suficiente para todos los casos con una persona pensante sobre un ápice del triángulo, sino que se debe incluir a otra persona más.

“Mi propio argumento de triangulación difiere del de Davidson al afirmar que el niño necesita no solo una, sino otras dos personas, una de las cuales, al menos en teoría, podría ser solo la idea del niño de un tercero. Para formular las distinciones entre verdadero y falso, pensamiento y mundo, el niño debe pasar de interactuar con su

madre a comprender la idea de que tanto su perspectiva del mundo como la de ella son perspectivas; que existe un posible tercer punto de vista, más inclusivo que el de ellos, desde el que se puede ver tanto el de su madre como el suyo y se puede entender la interacción entre ellos” (Cavell, 2011, p. 77).

Aunque ese otro suplementario no tiene que ser una persona concreta sino sólo la idea de un tercero. Cuando Cavell dice que ese otro tercero podría ser solo una idea del niño lo que debería entender es que eso es lo que precisamente hace la triangulación: hacer pensar que debe haber una perspectiva objetiva. Ahora ella lo que quiere es que sea posible figurarse esa perspectiva del “ojo divino” y eso es lo que justamente quiere evitar la triangulación davidsoniana, quiere sacarnos de esa ansiedad.

Tanto la perspectiva de la madre ( $C_1$ ) como la del niño ( $C_2$ ) sobre el objeto (O) suponen que hay un tercer punto de vista más inclusivo que el de ellos dos. Esto supone que el niño observa cómo se le responde de manera apropiada, pero también observa cómo se puede dar el desacuerdo entre otros dos agentes pensantes. El niño testimonia que hay un tercer punto de vista ( $C_3$ ) en el mundo además del suyo y del de su madre. “Un prerequisite para esto es la experiencia de ser respondido a veces de una manera apropiada, como también lo sugirió Wittgenstein. Otro requisito previo es observar el desacuerdo entre otras personas” (Cavell, 2011, p. 77). Lo que parece sugerir Cavell a partir de esta cita textual es que debe haber una dimensión normativa incluida, como tercera instancia ( $C_3$ ) del triángulo, junto con los dos agentes que interactúan y el objeto en el mundo (O) (ver figura 3).



**Figura 3**

En la triangulación que propone Cavell, esta tercera criatura que interactúa con la segunda y que el niño observa en su interacción facilita la apropiación subjetiva, *i.e.*, la adquisición de una posición singular al niño con respecto a una creencia, a un deseo, etc. Cuando el niño adquiere creencias y deseos puede decir “esto es lo que creo”, y esta creencia es una creencia. El niño entonces pasa a poder atribuirle actitudes proposicionales a otros de su misma especie, pero comenzando a entender que esas actitudes proposicionales le son accesibles de un modo muy distinto a como le son accesibles a él sus propias actitudes.

“Las prácticas de interpretar a otro, pedirle a él y a uno mismo pruebas y motivos, señalando que este comentario o este juicio no es coherente con otros, marca el espacio mismo de las razones en que el niño entra, y debe entrar, para aprender a pensar. Por

supuesto, las relaciones interpersonales que inician al niño en este espacio no son fríamente racionales, sino llenas de otras lecciones sobre amar y perder, abandonar y estar perdido, querer y no tener, y estas lecciones a menudo obstaculizan la capacidad de uno de pensar” (Cavell, 2011, p. 83).

El problema con la anterior cita de Cavell es que precisamente ella no explica en detalle cómo es que el niño entra y “debe entrar” en el espacio de las razones, cómo aprende a apropiarse de ciertas razones y a abandonar otras. Una propuesta, la de Fajardo-Santamaría (2018), señala que al niño se le sancionan las razones en la práctica conforme a una normatividad irreflexiva y afectiva. Esta normatividad irreflexiva y afectiva indica los usos apropiados e inapropiados de las razones, de sus consecuentes acciones, etc. (Fajardo-Santamaría, 2018; Rietveld, 2008). Por ejemplo amar, abandonar, perder, etc., son expresiones emocionales en contextos “en-línea” que fijan la normatividad de las acciones a las que el niño se debe plegar o al contrario que debe abandonar. Y todo esto sin tener que incluir ningún tercer agente u “ojo divino”.

Cavell propone en principio una forma de triangulación para el surgimiento de la mente y el pensamiento que es problemático, pues habla de la presencia de una cuarta instancia dentro del triángulo además de las dos criaturas comunicando sobre el objeto en el mundo compartido. Sin embargo, no es claro si este “tercer” agente intervendría también en la triangulación psicoterapéutica. O en todo caso, Cavell no parece brindar muchas pistas al respecto. Como lo enuncia Davidson (2004 [1984]), la única manera de saber en qué consisten los valores y creencias de alguien es que tanto intérprete como interpretado tengan un campo referencial en común. Este campo en común aparece justamente como ese tercer agente señalado por Cavell en su propuesta de triangulación, como un espacio que garantiza un mínimo de verdad y consistencia de lo que hacemos o decimos. Pero no es necesario colocarlo como tercer agente dentro de algo que dejaría de ser una triangulación para ser una “cuadrangulación” (ver figura 3). En este caso, ese tercer agente ocupa la posición de objeto en el mundo objetivo dentro del triángulo, ya aporta una parte de objetividad, pero la objetividad no la garantiza el objeto mismo. El problema de Cavell es que pida un tercer agente para garantizar “un punto de vista más inclusivo” ya que la triangulación misma establece los estándares de objetividad. El máximo nivel de objetividad y de verdad al cual podemos aspirar es la

triangulación misma. Por supuesto, ese mundo objetivo no es solamente el entorno físico y material, es también el mundo institucional y simbólico. La triangulación psicoterapéutica que yo propongo en la sección 4.3 supone que ese “tercer agente” dentro del “cuadrado” de Cavell es el mismo mundo objetivo.

*b. Propuesta de Cavell de la triangulación en la psicoterapia*

La triangulación psicoterapéutica de Cavell no aparece de manera muy explícita ni esquematizada en su escrito. En buena medida ésta debe ser inferida a partir de todo lo que ella expone. Lamentablemente su propuesta carece de mayor organización. En el caso del abordaje psicoterapéutico que ella propone se incluye la opción de interpretar lo que le ocurre al paciente que viene a buscar ayuda. Cavell sugiere que el “espacio” en el que el pensamiento proposicional puede surgir es el que se organiza en una triangulación. Un espacio triangular donde dos mentes interactúan y descubren que existe un mundo objetivo independiente de sus creencias y voluntades, un mundo que comparten. Para que un psicoterapeuta pueda interpretar las acciones de su paciente debe poder existir ese mundo objetivo compartido.

“Renunciar a la idea de que el analista y el paciente comparten un mundo común, a pesar de las diferencias en sus experiencias de éste, y hacemos ininteligible la idea de interpretación; ya que la interpretación requiere que haya cosas públicas, como las palabras que decimos, las cosas que hacemos, el consultorio común que habitan el paciente y el analista, para dar una referencia común a partir de la cual pueda comenzar la interpretación, un motivo de acuerdo o desacuerdo. [...]

La separación del analista con respecto al paciente, que es un aspecto esencial de la situación psicoanalítica, es una función del hecho de que existe un mundo objetivo, más grande que los dos participantes, que les permite una perspectiva más allá de la de ambos” (Cavell, 2011, p. 63).

No obstante esta propuesta de separación de Cavell, señalada en el último párrafo de la cita anterior, no es conveniente para el proceso psicoterapéutico, ya que lo que hace falta es un terapeuta dispuesto a comprender simultáneamente los antecedentes objetivos, intersubjetivos y subjetivos de las acciones del individuo *mientras está en tiempo real* con el paciente y con objetos del mundo compartido.

Cavell señala que la diferencia puede estar en que ambos sujetos dentro del espacio triangular psicoterapéutico pueden tener una experiencia diferente de ese mundo objetivo compartido. A medida que el niño aprende a usar palabras y frases, y comunicar un sentido con lo que dice a otros, también adquiere un idiolecto y una manera de pensar que es suya únicamente. Un idiolecto entendido como la manera muy particular y característica de expresarse en un lenguaje; un uso peculiar del léxico, palabras y giros gramaticales. Mucho de todo esto ocurre inconscientemente para el niño. Pero distinto de Cavell yo no creo que la diferencia entre las perspectivas del mundo implique la necesidad de una perspectiva “más amplia”. De hecho, la configuración misma de lo subjetivo y objetivo devienen del proceso de socialización.

Apoyándose en el psicoanálisis, Cavell apunta que en las neurosis y en ciertos tipos de sujetos, la mutua asignación intersubjetiva, el diálogo interno y la autorreflexión se ven impedidos. Lo anterior debido a que las fantasías neuróticas se caracterizan por estar como congeladas y fijadas en el tiempo; no las reconocemos como pensamientos sobre los objetos que encontramos. Las fantasías estarían incrustadas (*embedded*) en la mente, serían el marco de las actitudes proposicionales del pensamiento y estados emocionales, *i.e.*, las razones primarias de toda acción. Jonathan Lear (1998) considera a las fantasías (*phantasies*) (en este caso el vocablo en inglés con “ph” al inicio, distinto al vocablo que inicia con “f”) como una producción imaginativa que “muestra” un significado en donde no “dice”. Esto último quiere decir que

“opera en relación con, pero relativamente independiente de, las limitaciones racionalizantes del logos—del sistema holista de las creencias, deseos, miedos, furias de un agente, y otros tipos de actitudes proposicionales. De hecho, es esta independencia relativa del logos que permite explicar el poder de la fantasía [*phantasy*]” (Lear, 1998, p. 92-93).

Y si las fantasías inconscientes dominan las estructuras del hacer entonces podemos quedar atrapados en la irracionalidad (creer en algo falso, pensar con el deseo, tener una mirada parcial de las cosas, estar en negación, etc.). Las fantasías inconscientes moldean el contenido de pensamientos a partir de esquemas (en el sentido de Bartlett (1932) usado en el capítulo 1, página 33) sin ser necesariamente guiados por la

racionalidad. Ese moldeamiento del contenido de pensamientos y acciones pasa totalmente desapercibido para el agente, tanto en su grado de racionalidad como en su insistencia. Tanto pensamientos como acción se verían envueltos en formas de irracionalidad desplegadas intersubjetivamente en espacios sociales. Alguien atrapado por una fantasía puede ignorar por completo que lo que piensa o que sus razones primarias para actuar son erradas, o un caso de irracionalidad, de auto-engaño, *akrasia*, etc.

En el diálogo intersubjetivo, dentro de la triangulación psicoterapéutica, se favorece una *interpretación y re-significación* de los pensamientos del paciente que generan conflicto con respecto a los estándares socio-culturales de las situaciones de su vida cotidiana. En la triangulación terapéutica se puede hacer una interpretación del comportamiento disruptivo con base en las creencias y deseos (plenamente proposicionales del infante), pero además se puede hacer atribución de significado a las fantasías (*phantasies*) del niño atendiendo a las relaciones normativas situadas entre esos estados “ensoñaciones, actividad irreflexiva, anhelos” y el comportamiento disruptivo a través de un objeto afectivo sobre objetos que suscite *el discurso del infante*. Esto es algo positivo y rescatable de la propuesta psicoterapéutica de Cavell.

“[L]legamos a comprender el significado de cualquier oración o pensamiento de una persona mediante el descubrimiento de sus vínculos con otros, con lo que se ilumina la red más amplia en que se encuentra. Y esta es precisamente la tesis del holismo del significado” (Cavell, 2000, p. 63). Los deseos y creencias postulados remiten a otros deseos y creencias. El psicoterapeuta, como intérprete, debe aplicarles el principio de caridad a estas actitudes proposicionales; esto es,

“una de las tareas del terapeuta es involucrarlo [al paciente] de tal manera que lo que era una fantasía pueda convertirse en cambio en una creencia y, como tal, sujeto a reflexión y duda; liberar a otras personas importantes de su estado de congelamiento al interior de la fantasía para que, en la imagen memorable de Loewald, los fantasmas (que atormentan la mente del paciente) puedan convertirse en antepasados (en el mundo real y público)” (Cavell, 2011, p. 84).

En la triangulación psicoterapéutica de Cavell, el paciente busca conectar al terapeuta con su manera particular de experimentar el mundo objetivo. Y al mismo tiempo, el

terapeuta aprende a conocer y entender el idiolecto de su paciente mientras escucha sus asociaciones, sueños y sucesos de vida. Lo que la transferencia busca es que yo, como psicoterapeuta, pueda temporalmente experimentar el mundo como mi paciente lo hace al mismo tiempo que me mantengo conectado con mi propia manera de percibir el mundo y mi propia metodología para evaluar mis percepciones; metodología que también empleo para evaluar las percepciones de mi paciente. La triangulación sirve como contexto y espacio para que primero, surjan las fantasías y razones primarias de las acciones del sujeto, enseguida, para familiarizarse con el idiolecto del paciente y, finalmente, como lugar para poner esas fantasías y razones primarias a prueba con el mundo objetivo.

En este caso, Cavell se refiere a la transferencia en el sentido psicoanalítico a partir de la definición de Lear (1998) y de Freud, como aquella actividad de la psique de crear un mundo significativo en el cual se pueda vivir (Lear, 1998, p. 60). Para Freud, la transferencia es el hecho de colocar a la persona del analista en el lugar de otra persona afectivamente significativa para el paciente, y a quien se le transfieren o en quien se proyectan todo tipo de afectos, fantasías y actitudes proposicionales (*“el movimiento inconsciente del objeto de deseo a través del tiempo y el espacio”* (Lear, 1998, p. 61)).

La transferencia en la consulta se vuelve la dinámica que facilita el re-vivenciar de situaciones del pasado o re-actuar consciente o inconscientemente experiencias intrapsíquicas mediadas por la presencia e intervenciones del analista. Esto llama a una interpretación por parte de este último.

“La transferencia, cuando emerge en el análisis, es simplemente el lado idiosincrático e inconsciente de la actividad fundamental de la psique: informar al mundo con significado (*meaning*). [...]

La exigencia fundamental de toda transferencia, subyacente a todas las exigencias particulares, es que el analista, el otro, participe en un mundo dotado de significados peculiares. [...]

La exigencia fundamental, entonces, es en principio de intimidad y de una cierta intersubjetividad” (Lear, 1998, p. 71).

La transferencia pone en juego necesariamente la subjetividad del paciente, pero no se puede pensar la transferencia sin la intersubjetividad. Esto es, siguiendo a Cavell (2011), para que se pueda hablar de subjetividad ésta debe ir de la mano con el concepto y la posibilidad de intersubjetividad. La subjetividad indica que ciertos estados mentales y vivencias son propias a mí, o en todo caso, peculiares, sin necesidad de tener que comunicarlas para experimentarlas en primera persona. Pero para esta autora, la subjetividad no significa que sólo yo puedo tener un acceso privilegiado y privado a mis experiencias personales. Tampoco que *todo* lo que yo experimento no se pueda comunicar (aunque en efecto existen ciertas experiencias *casi* inefables o muy difíciles de describir) a otros. Cavell (2011) tiende a referirse a una subjetividad que ocurre posterior a la adquisición del lenguaje, como algo que existe cuando se tiene “pensamiento” con contenido proposicional, y que el sujeto *sabe* lo que es tener pensamientos o creencias, así como tener *sus propias* creencias y deseos. “[L]a subjetividad no es una condición en la que nacemos, sino una en la que entramos lentamente a través de nuestras interacciones con el mundo y con otras personas en este mundo” (Cavell, 2011, p. 72). Pero el caso de saber lo que es tener una mente propia, y saber que uno no puede acceder a los estados mentales de otros de la misma forma en que uno accede a los propios, no exime a estos estados mentales propios de ser frágiles, vulnerables y fácilmente perturbables.

En este último caso, la transferencia dentro de la triangulación psicoterapéutica abre la posibilidad de identificar claramente cómo se ven afectados nuestros estados mentales subjetivos, cómo se conforman ellos dentro de un idiolecto, sensaciones y experiencias atravesadas por fantasías.

“No siempre reconocemos una fantasía por lo que es (que no lo reconozcamos es una de las características definitorias de la fantasía en su sentido específicamente psicoanalítico); particularmente si somos niños, fantaseamos confusamente con que nuestras propias mentes son transparentes para los demás, y confundimos desear que algo fuera así con hacerlo así. Pero estas son vicisitudes de la mente, no la condición natural de un tipo particular de mente (perturbada)” (Cavell, 2011, p. 78).

La transferencia entonces facilita que el paciente, en este caso el niño, identifique en el terapeuta una figura conocida en quien pueda proyectar la subjetividad de sus estados

mentales, fantasías, etc. En la siguiente sección presentaré esto más en detalle con una reinterpretación del caso de B de Rainwater (2007), del que ya se hizo una introducción en el capítulo anterior.

### **4.3 Triangulación en contexto psicoterapéutico: diagnóstico y tratamiento**

Manteniendo parte de la propuesta de triangulación psicoterapéutica de Cavell (como el propósito de transformar fantasías en pensamiento proposicional), descrita anteriormente, propongo a continuación una triangulación en contexto psicoterapéutico diferente. Planteo dos pasos o dos maneras de encarar la triangulación: a) en una situación de diagnóstico y b) en un contexto de tratamiento. Por otro lado, a diferencia de Cavell, aporto el concepto de andamiaje como herramienta clave en el diagnóstico y tratamiento de un trastorno mental en niños. Primero parto de un tipo de planteamiento en donde para realizar el diagnóstico se debe dar una “triangulación asimétrica”, concepto introducido por Duica (2014)<sup>18</sup>, *i.e.*, en donde el niño no ha alcanzado plenamente el significado de sus acciones disruptivas o donde estas no han sido interpretadas.

#### *a. El diagnóstico desde la triangulación psicoterapéutica: el andamiaje*

El consultorio y sus accesorios se vuelven facilitadores activos para crear estados afectivos que favorecen la apertura a formas de interacción interpretables o a partir de las cuales puede emerger un sentido de la actividad de quienes interactúan. La triangulación psicoterapéutica facilita la posibilidad de diagnosticar el aspecto socio-normativo y cultural del TDAH dado que *promueve un diagnóstico interpretativo del sentido de las acciones problema del paciente, i.e.* del síntoma. El concepto de síntoma se asienta sobre la relación de una experiencia propia de malestar y el sentido que la persona

---

<sup>18</sup> En esta triangulación uno de los agentes es pleno usuario de lenguaje y pensamiento, mientras que el otro agente no lo es plena ni eficazmente (y sin embargo triangulan).

parece darle a esa experiencia. *De allí que esta propuesta de triangulación psicoterapéutica se pueda aplicar a otro tipo de trastornos mentales similares pero no limitados al TDAH.*

Se vio algo de lo mencionado en el párrafo anterior en el caso B de Rainwater (2007), presentado en la sección 3.4 (página 77). Niño de 9 años hiperactivo enviado por el psicólogo del colegio por mal comportamiento, hiperactividad e inatención. Las acciones hiperactivas e impulsivas de B pueden ser leídas como algo ajeno a una pura conducta resultado de déficits neurocognitivos. Propongo una re-interpretación del caso de B a partir de la triangulación de Davidson pero con un nuevo enfoque.

En la triangulación propiamente psicoterapéutica no hay una brecha porque lo que dice el paciente se interpreta siempre a la luz de:

- a. Lo que observa que hace y dice con objetos en la situación.
- b. La atribución a esas acciones de un sentido con base en la historia clínica (levantada juiciosamente por el terapeuta).
- c. La interpretación con base en la interacción directa con ese paciente (al probar si una interpretación plausible se sostiene cuando uno le dice o hace ciertas cosas en el contexto de la actividad conjunta).

A través del juego con un naipe entre Rainwater y B en la primera cita se devela la manera como él se posiciona con respecto al psicoterapeuta, no solo en el juego, sino aparentemente con los demás en una situación de intercambio (provocador y desafiante). La manera de actuar en el mundo con los otros está antecedida por una dinámica y una consistencia interna propias a B. Él tiene una forma de apoyarse en un idiolecto provocador cuando actúa e interpela a otros que choca con facilidad.

¿Cómo Rainwater puede identificar lo anteriormente señalado? A través de un mediador, un objeto en el mundo compartido: el juego de naipes. El terapeuta y B se están involucrando en una actividad conjunta en la que: i) B puede desplegar las acciones (disruptivas o no) que naturalmente realiza cuando hace cosas con otros y, ii) el terapeuta puede observar, interpretar y atribuir para luego poner a prueba ideas acerca

del *sentido* de las acciones (disruptivas o no) de B. El juego de naipes facilita a B comunicar mucho de lo que le ocurre en su hogar y el colegio, abre la posibilidad de referir un sueño en el que se ve encerrado en un closet con el excremento del gato mientras su hermano mayor se burla de él, cuando sale del closet su hermano sale corriendo para evitarlo. Este sueño brinda ciertas pistas sobre lo que vive B en su hogar. Pero el juego con el naipe también ayuda a interpretar la subjetividad, los miedos, deseos, y creencias diversos, que alberga B y que están enmarcados por esas fantasías. La interpretación del analista es fruto de la interacción significativa con ese individuo mediada por un objeto. Un sentimiento de rechazo pero también de confrontación con los otros, de persecución, habita en este niño. No es por nada que sus relaciones interpersonales tanto con sus familiares como con compañeros de clase sean conflictivas.

Rainwater siente que B lo reta, implicándolo en una “guerra” donde lo puede humillar; mediante sus palabras pareciera que B buscara “aplstarlo” en el juego para luego “restablecerlo” (Rainwater, 2007, p. 142). Esto lleva a Rainwater a suponer que en su interior deben presentarse una serie de fantasías perniciosas y violentas ante las cuales no parecía equipado para protegerse. Esta atribución es posible porque las acciones de B han sido observadas, sus palabras asociadas y los eventos de su historia de vida relacionados con las acciones de él alrededor de un objeto. Nótese que hay límites para esa actividad que están establecidos por *la situación y el contexto situacional* (lo cual incluye la historia clínica) que se establece entre terapeuta/niño y objeto. En el juego, B daba más la impresión de ser llevado por sus propias fantasías que por el ánimo de jugar. “Cada vez más su juego sugería que se sentía pequeño, débil e impotente para defenderse de los perseguidores internos” (Rainwater, 2007, p. 143). Perseguidores internos que B aparentaba proyectar<sup>19</sup> en las personas alrededor de él.

Durante la mayoría de los encuentros psicoterapéuticos, de nuevo con el juego de cartas, su tono amenazante y provocador se mantenía. Pero en una ocasión mientras jugaban, B empieza a darse cuenta de que está perdiendo, entonces enfurecido tira el

---

<sup>19</sup> En psicología proyectar es una actitud de defensa en donde se le atribuyen a otros emociones, actitudes, cualidades o deseos que en realidad son propios.

juego de naipes al suelo exclamando que: “¡odio ese maldito juego!” El breve intercambio que prosigue entre B y Rainwater le revela a este último cómo existen emociones y afectos agresivos y de odio en B, no solo hacia los demás, sino hacia sí mismo.

“En el juego, tomaba a la ligera sus fantasías destructivas, pero éstas ocupaban sus pensamientos y acciones la mayor parte del tiempo. Sus provocaciones incluían a menudo amenazas lúdicas cargadas de lenguaje violento. Cuando su rabia llegó demasiado cerca de la superficie, tuvo que aislarse del mundo. El resto del tiempo podía evitar y reprimir esos sentimientos con una “hiperactividad” y proyección de fantasías omnipotentes y controladoras. A medida que lo conocía, me parecía cada vez más que hacía que sus circunstancias externas reflejaran su lucha interior...” (Rainwater, 2007, p. 146).

Aquí se presenta un caso paradigmático de lo que sería una triangulación psicoterapéutica que busca atrapar el sentido que las acciones encierran. En este caso el *scaffolding* o andamiaje puede ser un medio que aplica perfectamente en la triangulación psicoterapéutica tanto para diagnosticar como para tratar. “Andamiaje” es un concepto proveniente de la psicología educativa y del aprendizaje.

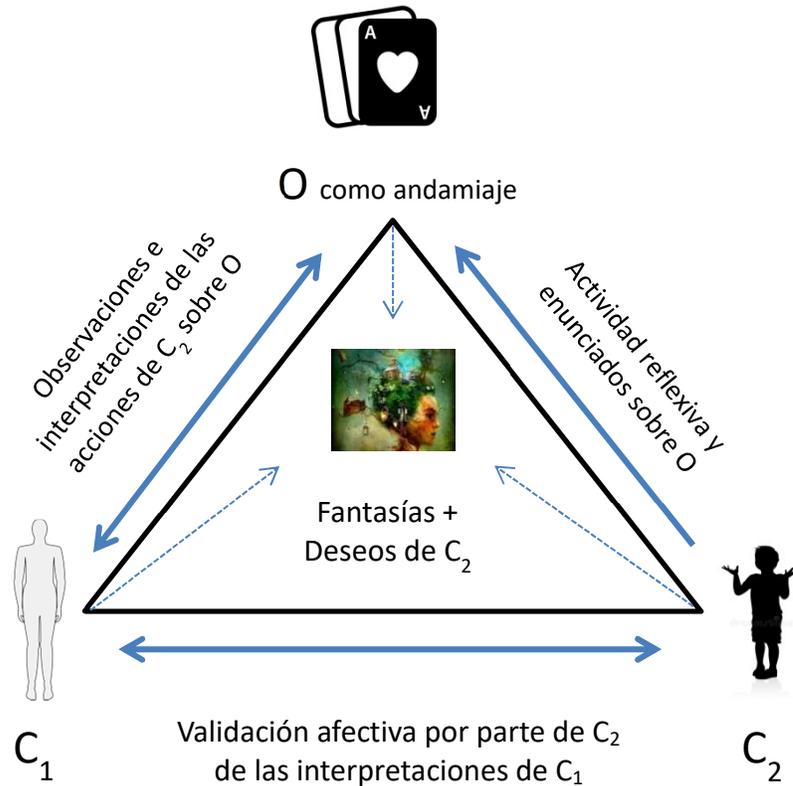
“Tomado del campo de la construcción, donde un andamio es una estructura temporal erigida para ayudar con la construcción o modificación de otra estructura, el uso del andamio como metáfora dentro del campo del aprendizaje se refiere al apoyo temporal proporcionado para completar una tarea que los alumnos de otro modo no podrían completar. Este apoyo se puede proporcionar de diversas formas que, por ejemplo, incluyen el modelado y la formulación de preguntas para diferentes materias (por ejemplo, ciencias, estudios sociales) a diferentes edades.” (Van de Pol, Volman y Beishuizen, 2010, p. 271-272).

Saarinen (2020) habla desde la filosofía de un “andamiaje afectivo” como una manipulación del entorno de un sujeto trayendo efectos afectivos. Nuestros estados afectivos pueden ser alterados, apoyados o regulados por objetos físicos u otras personas en el entorno. Los estados afectivos y de ánimo de un sujeto pueden estar condicionados y ser modificables por un objeto que cambie las disposiciones del entorno, o por la presencia de un sujeto que sirva como cambio en el “nicho afectivo” del encuentro (Saarinen, 2020). En este caso los naipes sirven como “andamio” para facilitar

la apertura del diálogo y el intercambio de la triangulación. Se trata de un posible objeto del tercer vértice del triángulo que sirva de mediador en el encuentro terapeuta y paciente. El objeto ocuparía el lugar del “mundo objetivo”, o al menos encarnaría el medio a través del cual se podrían objetivar las fantasías y las actitudes proposicionales inconscientes del paciente. Entonces el andamiaje trae dos ventajas para la triangulación psicoterapéutica: (1) puede usarse para hallar el sentido de creencias y deseos que el niño llega a traer explícitamente a colación (en la esfera plena del ámbito de las razones), pero también (2) puede apoyar la interpretación de las fantasías (*phantasies*) en esquemas de acción irreflexiva y otros “estados de preparación para la acción” (Rietveld, Denys y Van Westen, 2018) que son antecedentes (en el plano irreflexivo) del comportamiento del niño.

La mente se encuentra *situada*, es decir, que la actividad mental está co-determinada por el contexto en el que se encuentra. En el caso del consultorio de Rainwater y los juguetes, así como cierta disposición del mismo Rainwater en su manera de acoger a B. Que ciertos procesos mentales puedan ocurrir depende en buena medida del entorno y cómo este se encuentra a disposición de otros. “En consecuencia, el término técnico andamiaje se ha adoptado para designar las diversas formas en que los elementos ambientales apoyan, regulan, aumentan y mejoran nuestras cogniciones, afectos o acciones...” (Saarinen, 2020, p. 822).

Los objetivos del andamiaje afectivo son los de propiciar y facilitar estados afectivos a partir de una manipulación activa del entorno y una tri-direccionalidad. Esto último quiere decir que la influencia afectiva va en tres sentidos (ver figura 4 abajo).



**Figura 4**

Se tiene a C<sub>1</sub>, que representa a aquel puesto en el lugar de observador e intérprete (psicoterapeuta), que interactúa y escucha a C<sub>2</sub>, quien representa al sujeto con conductas tipo TDAH. En O, se tiene como objeto de interacción un andamio (naipes) que facilita sacar a la luz las fantasías de C<sub>2</sub> (su actividad irreflexiva: flecha de C<sub>2</sub> a fantasías). Esto ya es un primer paso de la triangulación psicoterapéutica. El intercambio entre ambas criaturas favorece, a partir de lo que C<sub>1</sub> percibe e interpreta del relato y las acciones reflexivas de C<sub>2</sub> con O, tanto el estado de ánimo como las fantasías que sostienen las acciones de C<sub>2</sub>. El TDAH, o lo que pueda equivaler a eso en las acciones de C<sub>2</sub>, puede empezar a ser identificado de una nueva manera. Partiendo siempre de un intercambio entre ambas criaturas donde los enunciados y las conductas no verbales de C<sub>2</sub> mediadas/facilitadas por O (flecha de O a fantasías) posibilitan la interpretación por parte de C<sub>1</sub> de lo que observa (flecha de C<sub>1</sub> a fantasías). Esto asegura una interpretación en línea, directamente sobre lo que se observa mientras ocurre en las acciones de C<sub>2</sub> con O. La validación de esta interpretación se da como respuesta afectiva/normativa por parte de C<sub>2</sub>.

A diferencia de Cavell, en mi propuesta de triangulación a un nivel psicoterapéutico la introducción de objetos o de situaciones de ficción (que fingen eventos en el sentido de situaciones “como si”) como andamiaje propician el intercambio afectivo y facilitador de sentido entre sujeto con TDAH y terapeuta, permitiendo tanto las posibilidades de conceptualización y de enunciación de las vivencias inconscientes/irreflexivas (tanto del campo de las razones primarias inconscientes como de los afectos que las acompañan) como de la interpretación de las mismas. Estos objetos pueden ser juguetes de figuras humanas, figuras o estructuras que representen el hogar o el colegio, o una simple hoja en blanco y colores que faciliten el dibujo de representaciones diversas, o un juego de roles de situaciones familiares, psicodrama, etc. Lo representado preexiste a un acto mental o a una acción a través de la cual puede ser recreado. Los esquemas de acción preconcebidos a través de escenarios imaginarios como el juego, el dibujo o cualquier otra actividad de andamiaje representan una intención, creencia o deseo que no han podido ser convertidos en pensamiento proposicional, o a los que se les debe generar un pensamiento proposicional.

*b. El tratamiento desde la triangulación psicoterapéutica*

Continuando con el caso de B, Rainwater refiere que la elección de juego y la manera de intercambio ya descritos fueron una constante a lo largo del tratamiento psicoterapéutico de B. La agresividad interna y la agresividad hacia los otros que se ve en el juego y el movimiento intenso de su cuerpo parecen encontrar una forma de contenerse momentáneamente cuando B se aísla en el consultorio. Rainwater identifica un conflicto interno en B, por un lado, demuestra actitudes y acciones agresivas hacia los otros, pero al mismo tiempo busca ser “rescatado por alguien”.

“De formas indirectas, no verbales, B parecía pedir ayuda con estos poderosos sentimientos que no podía contener. Comencé a entender que cuando la gente lo rescataba en situaciones similares, reaccionaba con ataques de odio y rabietas. El comportamiento de B indujo a otros a rechazarlo o a rescatarlo, y los esfuerzos por rescatarlo provocaban ataques de su parte” (Rainwater, 2007, p. 147).

Los sentimientos de odio hacia su madre, su hermano y su medio hermana parecían de igual modo generar un conflicto en B. Por un lado, no sabía exactamente cómo asumir esos sentimientos pero tampoco veía cómo reprimirlos y eliminarlos. “Se defendía de estos sentimientos manteniéndose ocupado en una gran cantidad de actividad y acción asociadas con fantasías de control omnipotente de sus seres queridos” (Rainwater, 2007, p. 148).

Sin embargo, con el tiempo, las cosas empezaron a cambiar: Rainwater se convirtió no solo en un contenedor de esas fantasías sino igualmente en alguien que interpretaba esas vivencias internas hechas de fantasías, creencias y deseos contradictorios. Poco a poco B dejó los juegos competitivos con naipes y empezó a jugar con “pequeños juguetes” que distribuía de cierta forma para escenificar situaciones de “batalla” donde buscaba en principio él, el héroe victorioso, derrotar a Rainwater, el enemigo. A través de reglas de juego alambicadas y creadas por B, él siempre debía ganar. Con el tiempo empezó a dejar de buscar derrotar a toda costa a Rainwater. Al parecer una distinción introducida por las interpretaciones de Rainwater sobre el juego y las vivencias internas de B genera cierto distanciamiento de este último con respecto a sus fantasías omnipotentes de controlar al otro. La formulación de fantasías en forma de pensamiento proposicional que en este caso surgían de las observaciones y análisis de Rainwater que le proponía a B. Esa transformación es muy significativa porque lo que muestra es que el terapeuta *entró en el ámbito de las razones primarias del infante* en la medida en que participaba (observando, atribuyendo e interpretando) de las acciones que *contaban* (son sancionadas como correctas por B en la forma de contento o un aparente estado afectivo) para el niño. Ya se puede comenzar a vislumbrar una triangulación que deja de ser *asimétrica*, para ser *simétrica*, *i.e.*, que se apoya en el diálogo y las razones primarias de B. Entonces, en la que se puede generar un diálogo intersubjetivo.

“Aunque continuó proyectando fantasías omnipotentes en el juego, las interpretaciones de transferencia a veces inspiraron a B a hacer distinciones verbales entre lo que sentía hacia mí y lo que estaba sucediendo en el juego, declarando, por ejemplo, que los eventos “simplemente estaban sucediendo en el juego... solo estamos jugando”. En mi opinión, esto representó un cambio significativo en el desarrollo por el cual distinguió muy concretamente entre fantasía y realidad” (Rainwater, 2007, p. 150).

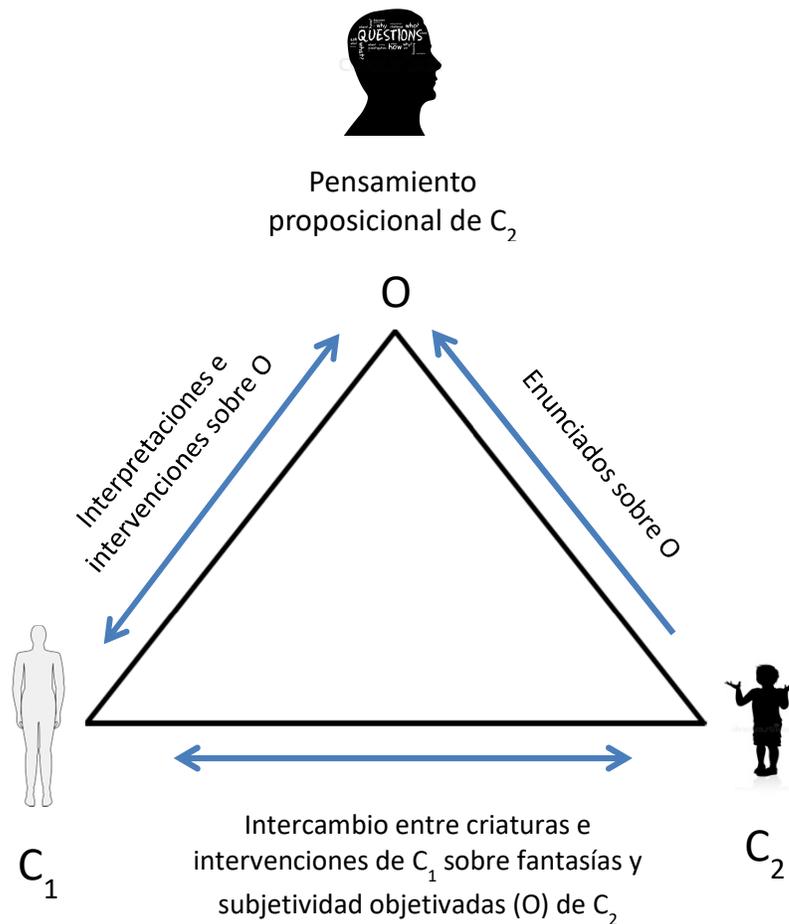
Dentro de este contexto, B empieza a verbalizar y a utilizar más el lenguaje para expresar sus descontentos, miedos e incertidumbres a Rainwater en vez de actuarlos en el juego, “*como si*” las estuviera realmente viviendo allí, en el mundo objetivo. Aunque el juego energético persistía, las acciones ahora ya no parecían tan impulsivas, hiperactivas y desordenadas, ahora eran más organizadas y reflexionadas. Con el tiempo la situación en el hogar y dentro de la psicoterapia cambió, B daba la impresión de una mejor disposición hacia su familia y hacia Rainwater, aunque en el colegio los docentes seguían quejándose de su comportamiento hacia ellos. Esto a pesar de que académicamente demostraba una importante mejoría y mostraba señales de estar relacionándose mejor con sus compañeros.

Hay algo clave en las intervenciones de Rainwater con respecto a lo que B está viviendo pero que él no parece entender o no poder simbolizar, como si fuera un *sinsentido no explicitado*. Rainwater, al contrario, propone *un sentido a las acciones* de B dentro de su peculiar forma de relacionarse con los otros y el mundo; un sentido con el que este último puede o no estar de acuerdo, pero que posibilita conceptualizar, hacer públicas y negociar sus vivencias internas (todo el conjunto de razones primarias y fantasías) con el mundo objetivo y de los otros. Cavell (2011) sugiere que esas fantasías inconscientes que subtienden esquemas de acción no son todavía “pensamientos”, *i.e.*, con los pensamientos pensamos cosas, reflexionamos y podemos cuestionar, llegar a acuerdos, o incluso saber protegernos apropiadamente de angustias.

“Porque sólo el pensamiento de tipo proposicional tiene implicaciones, hace afirmaciones, a veces se contradice, hace promesas y no cumple promesas, compromete al pensador con ciertas conclusiones (ya sea que las acepte o no), está abierto a la duda, al desafío, a preguntas, a reflexión. Sólo el pensamiento proposicional da lugar al diálogo tanto personal como intrapersonal: puedo preguntarme qué quiero decir con lo que dije, y también puedo preguntarte a qué te refieres con lo que dijiste” (Cavell, 2011, p. 74).

En este caso el tratamiento en la triangulación psicoterapéutica incluye que ya una vez las fantasías inconscientes y la subjetividad de  $C_2$  traducidos en pensamiento proposicional,  $C_1$  puede pasar a intervenir y actuar directamente sobre ellos. Ya es

directamente el pensamiento proposicional que figura en O, que puede entrar en el mundo objetivo, dialectizable, abordable. Se puede trabajar discursivamente sobre O (ver figura 5). Se pueden hacer explícitas las razones primarias y el conflicto interno de lo que C<sub>2</sub> vive como una normatividad impuesta de afuera y que entra en conflicto con sus deseos. Entrar a dialogar para que esa normatividad no aparezca como algo tan problemático o para que C<sub>2</sub> encuentre maneras de lidiar con ella para que no sea tan opresora. O, por otro lado, C<sub>1</sub> puede también buscar estrategias o maneras de hacer que lo que eran fantasías invasivas que empujaban a actuar de cierto modo ahora sean solo imágenes pertenecientes al mundo de la imaginación, como puro acto imaginativo, es decir como producciones fantásticas que *no* deben ser vistas como consecuencias o sucesos reales en el mundo compartido.



**Figura 5**

Recordemos que Lear (1998) ve las fantasías inconscientes como producciones imaginativas relativamente independientes de las redes de significaciones. Wollheim (1994) las toma como cercanas a las creencias pero no pueden ser usadas como premisas menores en un silogismo práctico que explique una acción. Mantener fantasías a la base de muchas de nuestras acciones no permite cuestionarlas sino que las vemos como algo que es auto-evidente. El objetivo de este contexto psicoterapéutico de triangulación es identificar las fantasías y contrastarlas con el mundo objetivo, un paso que puede generar resultados favorables para cualquier paciente. Esto es, entonces, la identificación de éstas como marco estructurante inconsciente de nuestro pensamiento y acciones; lo que supone que pueden ser cuestionadas en cuanto a su contenido, o al menos que puedan ser conceptualizadas, compartidas con los otros. Si ellas se hacen pensamientos objetivos podemos tomar distancia en cuanto a ellas como fantasías puras, *i.e.*, vividas como susceptibles de ocurrir en el mundo objetivo. El sujeto con TDAH de la triangulación demuestra que otro también puede tener razón sobre mí y sobre lo que interpreta de lo que ve tanto de mis acciones como de mi discurso alrededor de ellas.

La triangulación de tipo psicoterapéutico promueve los pensamientos de tipo proposicional, facilita la co-construcción de sentido alrededor de las acciones y los estados afectivos/corporales, por más de que éstos tengan una cualidad irracional, y beneficia el esclarecimiento de las fantasías subyacentes a los esquemas de acción basados en creencias instrumentales y deseos inconscientes.

Concluyo con un breve análisis lo dicho en esta sección sobre el contexto de triangulación que propuse:

1. La triangulación en un contexto psicoterapéutico implica un diagnóstico (identificación del sentido de los síntomas) y un tratamiento:

i). La puesta en marcha de un andamiaje afectivo mediante la utilización de objetos diversos (juguetes de figuras humanas, representaciones de lugares comunes, dibujos, juegos de roles, etc.) ampara la posibilidad de hacer emerger esquemas de acción inconscientes, razones primarias inconscientes y la subjetividad en sujetos con dificultades de comunicación, verbalización, etc. La mediación afectiva permite crear el

espacio y genera confianza para que los sujetos con TDAH puedan elaborar sus razones primarias inconscientes y ponerlas a la luz de una interpretación. Favorecen la posibilidad de hacer pasar fantasías a pensamiento proposicional. Pero el andamiaje como objeto mediador/facilitador también permite identificar los patrones y esquemas de acción que se reproducen en las relaciones interpersonales por fuera de la psicoterapia.

ii). El tratamiento supone la puesta en marcha de una transferencia en donde la intersubjetividad saca a la luz la forma como el idiolecto y las fantasías del sujeto se han constituido. Hacerlo implica que se logre trabajar con pensamientos proposicionales que pueden ser contrastados con el mundo objetivo compartido; contrastados con el sistema de creencias y suposiciones del mundo cultural en el que el paciente está inserto. Las intervenciones, mediante interpretaciones, del terapeuta hacen que una dialectización de pensamientos proposicionales se genere sin entrar en una confrontación directa con el paciente.

2. La triangulación en un espacio psicoterapéutico no prejuzga de la irracionalidad de las acciones humanas, sino que la toma como parte intrínseca de la misma estructura de posibilidades de la acción. Las actitudes proposicionales dan paso a que la irracionalidad de las acciones también pueda ser contemplada a partir de la búsqueda de un punto de racionalidad en ellas. La triangulación psicoterapéutica supone un principio de caridad de lo que enuncia y actúa el consultante.

3. La triangulación psicoterapéutica no busca reintroducir en un sistema normativo imperante ni tampoco reeducar a un paciente “deficitario”. La triangulación psicoterapéutica busca ser respetuosa de la subjetividad—en el sentido de Cavell. Tampoco, precisamente, pretende que abandone sus fantasías ni todas las actitudes que se consideran contrarias a la normatividad imperante, sino que las pueda asumir como tal y sepa cómo tomar distancia de ellas o cómo situarlas.



# Conclusión

El TDAH entonces es un trastorno harto difícil de pensar como un trastorno exclusivamente neurocognitivo. Cuya etiología, curso y bases solo se sustentan para la psiquiatría actual en una mirada que supone alguna disfunción o algún déficit de las FE. Y que las acciones patológicas son el fruto de un déficit de la planificación, formación e inhibición de las conductas. Estos tipos específicos de función que regulan estos eventos de las conductas dependerían de una predestinación evolutiva y de funciones psicológicas inferiores de acuerdo con autores como Barkley. Desde una versión de la filosofía de la acción he buscado señalar la incompletitud y los inconvenientes que tiene una teoría de la acción que solo considera un aspecto de lo que es ser un agente que produce acciones. Este aspecto que considera el neurocognitismo se focaliza en una faceta no intencional de la acción, internalista, naturalizada y funcionalista. Es decir, una mirada que supone que las acciones son el producto de funciones internas al organismo, en donde ellas solo serían descriptibles en términos de cosas que ocurren dentro de nosotros y explicables a través de mecanismos internos. Supone que lo que determina el desencadenamiento, curso y finalización de una acción sería una concatenación de eventos internos relacionados con sistemas neurológicos y cognitivos. La acción patológica o disruptiva debe ser estudiada como pura conducta, aislada y atomizada, y como consecuencia de algún tipo de falla o de déficit de alguno de estos eventos internos. El neurocognitismo no parece concebir o suponer que las acciones irracionales y erráticas del TDAH se puedan producir a partir de otras facetas de la acción.

Si algo importante busqué señalar es que el TDAH es un diagnóstico que nunca implica solamente a quien lo porta. Los aspectos epistemológicos y diagnósticos alrededor del mismo involucran a terceros que se ven afectados por todo lo que incluye ese síndrome. Es un trastorno *relacional* y por consiguiente se da en un *mundo normativo*. Lo anterior sugiere que se debe incluir otra faceta de la acción. Se puede pensar en una faceta externalista e interaccionista, intencional, basada en una normatividad y contenidos Intencionales. Para esta faceta, las acciones sólo se pueden hacer inteligibles cuando las usamos en contextos en donde ellas tienen sentido porque

se relacionan con otras acciones también con un sentido. En esto, Davidson (2001 [1963], [1974]) sugiere que las razones primarias poseen un poder causal intencional, eficiente en la realización y cumplimiento de una acción. Y que las pro-actitudes de las que parten estas acciones incluyen convenciones y normas sociales, juicios morales, deseos, instintos, etc. (Davidson, 2001 [1963]; Hoyos, 2014, p. 128).

Esta segunda faceta no es tomada en cuenta ni por el neurocognitismo ni por la psiquiatría infantil dominante; y si lo es, es para tratarla como algo puramente secundario y accesorio a lo que no se le debe atribuir mayor confianza ni validez, pues no estandarizable. Se sigue cierta tradición psiquiátrica donde las declaraciones del paciente no deben ser tomadas como algo fiable, considerándoseles a muchos como posibles “simuladores” o “mitómanos” (Demazeux, 2019). Esta postura desdeñosa hacia las razones primarias y todas sus posibilidades de operar en el trasfondo de las acciones ha llevado a una pérdida del sentido de lo que es realizar acciones en un mundo social-intersubjetivo. Pero al mismo tiempo, el menosprecio por las razones primarias olvida también tomar en cuenta la singularidad de los sujetos y sus maneras originales de lidiar con sus propios desencuentros intersubjetivos. Como se vio, las creencias, deseos e intenciones de las acciones adquieren sentido a partir de una red interconectada de otras creencias, deseos e intenciones (holismo de lo mental). De manera que el uso de escalas diagnósticas como las que señalé son descontextualizadas y no toman en cuenta la construcción razonada (aunque posiblemente irracional) de las justificaciones operantes en las acciones de individuos. Muchas de las acciones consideradas irracionales se sustentan en bases inconscientes e irreflexivas, así como en esquemas de acción que se han ido forjando diacrónicamente. El sujeto actúa con los otros y en un mundo normativo en ocasiones sin tener claro cuáles creencias instrumentales irracionales y deseos contradictorios sustentan su accionar.

De lo anterior se puede colegir que mucho de lo que propone el neurocognitismo y la psiquiatría neurocognitiva fracasa intentando separar una conducta, como hecho científico, de las razones primarias de una acción. Intentando escapar de los sesgos subjetivos caen en sesgos objetivos. El sufrimiento mental individual y la salud mental (desde el punto de vista médico-psicológico) son inseparables, ya que conciernen a millones de personas en el mundo, existen miles de asociaciones de pacientes, y han

---

acaparado la atención de otros campos académicos (sociología, antropología, filosofía, etc.); ya no se trata de una exclusividad del campo médico. Hay una dimensión normativa y relacional imposible de separar de los trastornos mentales, sean los que sean (Ehrenberg, 2006). Entonces, cuando se tiene a un Barkley que dice que el TDAH es el resultado de un déficit cognitivo de autocontrol y de inhibición de la conducta él cree estar en un terreno puramente científico, libre de toda normatividad y de sesgo subjetivo. Pero no es el caso, porque el trastorno mental dejó de ser una instancia puramente neurológica desde hace casi un siglo e implica relaciones triangulares que no dependen *exclusivamente* de procesos genéticos heredados ni de funciones intracraneales.

El contexto de triangulación psicoterapéutico propuesto busca precisamente una alternativa para identificar, comprender y tratar lo que la psicopatología contemporánea llama el TDAH y todo tipo de conductas consideradas problemáticas, especial pero no exclusivamente en niños y adolescentes. Esta faceta de la triangulación en espacios psicoterapéuticos puede ser larga y compleja, y es por esto que se han preferido otras formas de tratar y diagnosticar el TDAH. De allí que se privilegie el uso de tratamientos farmacológicos y ciertas técnicas reeducativas pensadas como más cortas y eficaces. No obstante, estas otras técnicas parecen no poder dejar a un lado las preconcepciones del sujeto con TDAH, incluso ponen en riesgo su salud (tratamientos farmacológicos) y no consideran la singularidad del sujeto así como sus maneras originales de ser junto con sus razones primarias y afectos (tratamientos reeducativos). La triangulación psicoterapéutica que propongo debe incluir las razones primarias inconscientes e irreflexivas, pero también la subjetividad.

La triangulación psicoterapéutica favorece la emergencia de una forma muy particular de pensamiento proposicional. Un pensamiento que racionaliza la acción, pero un pensamiento, también, que conjuga creencias instrumentales, deseos y afectos subjetivos (vivencias corporales sin contenido proposicional). En este caso la triangulación psicoterapéutica facilita la formulación de contenido proposicional a experiencias corporales y afectivas de un contenido que no aparece explícito.







# Bibliografía

- Achenbach, T.A., Edelbrock, C., Howell, C.T. (1987). Empirically based assessment of the behavioral/emotional problems of 2- and 3-year-old children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 15(4), 629-650.
- Amoretti, M.C., Preyer, G. (2011). Introduction: Mind, knowledge, and communication in triangular externalism. In M.C. Amoretti y G. Preyer (eds.), *Triangulation: From an epistemological point of view*, (pp. 9-28). ontos verlag.
- Andreas, P. (2020). *Killer high: A history of war in six drugs*. Oxford University Press.
- Anscombe, G.E.M. (1963 [1957]). *Intention*, (2<sup>nd</sup> ed.). Harvard University Press.
- APA. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-5, 5ª. Edición*. Editorial Médica Panamericana.
- Barkley, R. A. (1991). The ecological validity of laboratory and analogue assessment methods of ADHD symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19(2), 149-178. 10.1007/BF00909976
- Barkley, R.A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. The Guilford Press.
- Barkley, R.A. (2011). *Barkley deficits in executive functioning scale (BDEFS for Adults)*. The Guilford Press.
- Barkley, R.A. (2012). *Executive functions: What they are, how they work, and why they evolved*. The Guilford Press.
- Barkley, R.A. (2012a). *Barkley deficits in executive functioning scale. Children and adolescents (BDEFS for Children and Adolescents)*. The Guilford Press.
- Barkley, R.A. (ed.) (2015). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment, (4<sup>th</sup>. Edition)*. The Guilford Press.
- Barkley, R.A. (2015a). History of ADHD. In R.A. Barkley (ed.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis & treatment, (4<sup>th</sup>. Ed., pp. 3-49)*. The Guilford Press.
- Barkley, R.A. (2015b). Etiologies of ADHD. In R.A. Barkley (ed.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis & treatment, (4<sup>th</sup>. Ed., pp. 356-390)*. The Guilford Press.
- Barkley, R.A. (2015c). Emotional dysregulation is a core component of ADHD. In R.A. Barkley (ed.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis & treatment, (4<sup>th</sup>. Ed., pp. 81-115)*. The Guilford Press.

- Barkley, R.A. (2015d). Executive functioning and Self-regulation viewed as extended phenotype: Implications of the theory for ADHD and its treatment. In R.A. Barkley (ed.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis & treatment*, (4<sup>th</sup>. Ed., pp. 405-434). The Guilford Press.
- Barkley, R.A. (2015e). Psychological assessment of children with ADHD. In R.A. Barkley (ed.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis & treatment*, (4<sup>th</sup>. Ed., pp. 455-474). The Guilford Press.
- Bartlett, F.C. (1932). *Remembering: A study in experimental and social psychology*. Cambridge University Press.
- Baumeister, A.A., Hawkins, M.F. (2001). Incoherence of neuroimaging studies of Attention Deficit/Hyperactivity disorder. *Clinical Neuropharmacology*, 24(1), 2-10. 10.1097/00002826-200101000-00002.
- Bélanger, J. (2000 [1978]). *Imágenes y realidad del conductismo*. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Oviedo, Oviedo. Recuperado de: [https://www.conducta.org/assets/pdf/Belanger\\_Imagenes\\_y\\_realidades\\_del\\_conductismo.pdf](https://www.conducta.org/assets/pdf/Belanger_Imagenes_y_realidades_del_conductismo.pdf)
- Bradley, C. (1937). The behavior of children receiving benzedrin. *American Journal of Psychiatry*, 94, 577-585. 10.1176/ajp.94.3.577
- Bromfield, R. (1996). Is Ritalin overprescribed? Yes. *Priorities*, 8(3), 24–28. American Council on Science and Health.
- Castel, P.-H. (2009). *L'esprit malade. Cerveaux, folies, individus*. Editions Ithaque.
- Castel, P.-H. (2011). Passage à l'acte. In M. Marzano (ed.), *Dictionnaire de la violence*, (pp. 986-992). PUF.
- Castel, P.-H. (2016). Algunas gotas de lógica en la niebla de las depresiones. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(2), 137-144. 10.1016/j.rcp.2015.10.001
- Cavell, M. (2000 [1993]). *La mente psicoanalítica: De Freud a la filosofía*. Ediciones Paidós.
- Cavell, M. (2011 [1998]). Triangulation, one's own mind and objectivity. In J. Rose (ed.), *Mapping psychic reality: Triangulation, communication and insight*, (pp. 59-89). Karnac. [Originalmente publicado en: *International Journal of Psycho-Analysis*, 79(4), 449-467].
- Chacko, A, Allan, C.C., Uderman, J., Cornwell, M., Anderson, L., y Chimiklis, A. (2015). Training parents of youth with ADHD. In R.A. Barkley (ed.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis & treatment*, (4<sup>th</sup>. Ed., pp. 513-536). The Guilford Press.

- Chess, S. (1960). Diagnosis and treatment of the hyperactive child. *New York State Journal of Medicine*, 60, 2379-2385.
- Conners, C.K. (1969). A teacher rating scale for use in drug studies with children. *American Journal of Psychiatry*, 126(6), 884-888. 10.1176/ajp.126.6.884
- Connor, D.F. (2015). Stimulant and nonstimulant medications for childhood ADHD. In R.A. Barkley (ed.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis & treatment*, (4<sup>th</sup>. Ed., pp. 666-685). The Guilford Press.
- Cosmides, L., Tooby, J., Barkow, J.H. (1992). Introduction: Evolutionary psychology and conceptual integration. In J.H. Barkow, L. Cosmides y J. Tooby (eds.), *The adapted mind: Evolutionary psychology and the generation of culture*, (pp. 3-15). Oxford University Press.
- Damasio, A. (1999 [1994]). *El error de Descartes: La razón de las emociones*. Editorial Andrés Bello.
- Davidson, D. (1982). Paradoxes of irrationality. In R. Wollheim y J. Hopkins (eds.), *Philosophical essays on Freud*, (pp. 289-305). Cambridge University Press.
- Davidson, D. (2001 [1963]). Actions, reasons, and causes. In D. Davidson, *Essays on actions and events*. Oxford University Press, Clarendon Press.
- Davidson, D. (2001 [1970]). Mental events. In D. Davidson, *Essays on actions and events*. Oxford University Press, Clarendon Press.
- Davidson, D. (2001 [1971]). Agency. In D. Davidson, *Essays on actions and events*. Oxford University Press, Clarendon Press.
- Davidson, D. (2001 [1973]). The material mind. In D. Davidson, *Essays on actions and events*. Oxford University Press, Clarendon Press.
- Davidson, D. (2001 [1974]). Philosophy as psychology. In D. Davidson, *Essays on actions and events*. Oxford University Press, Clarendon Press.
- Davidson, D. (2001 [1978]). Intending. In D. Davidson, *Essays on actions and events*. Oxford University Press, Clarendon Press.
- Davidson, D. (2001a [1982]). Rational animals. In D. Davidson, *Subjective, intersubjective, objective*. Oxford University Press, Clarendon Press.
- Davidson, D. (2001a [1991]). Three varieties of knowledge. In D. Davidson, *Subjective, intersubjective, objective*. Oxford University Press, Clarendon Press.
- Davidson, D. (2001a [1992]). The second person. In D. Davidson, *Subjective, intersubjective, objective*. Oxford University Press, Clarendon Press.

- Davidson, D. (2001a [1997]). The emergence of thought. In D. Davidson, *Subjective, intersubjective, objective*. Oxford University Press, Clarendon Press.
- Davidson, D. (2004 [1984]). Expressing evaluations. In D. Davidson, *Problems of rationality*. Oxford University Press, Clarendon Press.
- Demazeux, S. (2019). *L'éclipse du symptôme: L'observation clinique en psychiatrie 1800-1950*. Éditions Ithaque.
- Descombes, V. (2001 [1995]). *The mind's provisions: A critique of cognitivism*. Princeton University Press.
- Descombes, V. (2014 [1996]). *The institutions of meaning: A defense of anthropological holism*. Harvard University Press.
- Douglas, V.I. (1972). Stop, look and listen: the problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 4(4), 259-282. 10.1037/h0082313
- DuPaul, G.J. (1991). Parent and teacher ratings of ADHD symptoms: Psychometric properties in a community-based sample. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20, 242-253. 10.1207/s15374424jccp2003\_3.
- Duica, W. (2014). *Conocer sin representar: El realismo epistemológico de Donald Davidson*. Editorial Universidad Nacional de Colombia.
- Edebol, H., Helldin, L., Norlander, T. (2012). Objective measures of behavior manifestation in adult ADHD and differentiation from participants with Bipolar II disorder, Borderline personality disorder, participants with disconfirmed ADHD as well as normative participants. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 8, 134-143. 10.2174/1745017901208010134.
- Ehrenberg, A. (mayo, 2006). Malaise dans l'évaluation de la santé mentale. *Esprit*, 89-102.
- Ehrenberg, A. (2018). *La mécanique des passions: Cerveau, comportement, société*. Éditions Odile Jacob [Edición Kindle].
- Fajardo-Santamaría, J.A. (2018). La interacción social en la ontogénesis de la perspectiva de mundo. *Daimon*, 75, 87-102. 10.6018/daimon/327261
- Fodor, J.A. (1983). *The modularity of mind: An essay on faculty psychology*. Bradford Book/MIT Press.
- Foreman, D.M., Timimi, S. (2018). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): Progress and controversy in diagnosis and treatment. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 35(3), 251-257. 10.1017/ipm.2018.8

- Furman, L. (2009). ADHD: what do we really know? In S. Timimi y J. Leo (eds.), *Rethinking ADHD: From brain to culture*, (pp. 21-57). Palgrave Macmillan.
- Gagné, J.P. (2019). The psychology of Tourette disorder: Revisiting the past and moving toward a cognitively-oriented future. *Clinical Psychology Review*, 67, 11-21. 10.1016/j.cpr.2018.09.005
- Gonon, F. (2009). The dopaminergic hypothesis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder needs re-examining. *Trends in Neurosciences*, 32(1), 2-8. 10.1016/j.tins.2008.09.010
- Gonon, F., Guilé, J.-M., Cohen, D. (2010). Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité: données récentes des neurosciences et de l'expérience Nord-américaine. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 58, 273-281. 10.1016/j.neurenf.2010.02.004
- Healy, D. (2016 [1997]). *Psychiatric drugs explained*, (6<sup>th</sup>. Edition). Elsevier.
- Hillner, K.P (1987). *Psychology's compositional problem*. *Advances in Psychology* 41, Series. Elsevier Science Publishing Co. Inc.
- Hoyos, L.E. (2014). *Ensayos de filosofía práctica y de la acción*. Editorial Universidad Nacional de Colombia.
- Jeannerod, M. (1996). *De la physiologie mentale: Histoire des relations entre biologie et psychologie*. Editions Odile Jacob.
- Knouse, L.E. (2015). Cognitive-behavioral therapies for ADHD. In R.A. Barkley, (ed.) *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment*, (4<sup>th</sup>. Ed., pp. 757-773). The Guilford Press.
- Lakoff, A. (2000). Adaptive will: The evolution of Attention Deficit Disorder. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 36 (2), 149-169. 10.1002/(SICI)1520-6696(200021)36:2<149::AID JHBS3>3.0.CO;2-9
- Lange, K.W., Reichl, S., Lange, K.M., Tucha, L. y Tucha, O. (2010). The history of Attention-Deficit/Hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorder*, 2, 241-255. 10.1007/s12402-010-0045-8
- Lantéri-Laura, G., Gros, M. (1982). Le syndrome hyperkinétique de l'enfant : Essai d'une élucidation épistémique. *Actualités Psychiatriques*, 3, 19-25.
- Laufer, M.W., Denhoff, E. (1957). Hyperkinetic behavior syndrome in children. *Journal of Pediatrics*, 50, 463-474.

- Laufer, M.W., Denhoff, E., Solomons, G. (1957). Hyperkinetic impulse disorder in children's behavior problems. *Psychosomatic Medicine*, 19, 38-49. <https://doi.org/10.1097/00006842-195701000-00005>.
- Lear, J. (1998). *Open minded: Working out the logic of the soul*. Harvard University Press.
- LeBlanc-Duchin, D., Taukulis, H.K. (2007). Chronic oral methylphenidate administration to periadolescent rats yields prolonged impairment of memory for objects. *Neurobiology of Learning and Memory*, 88, 312–320. 10.1016/j.nlm.2007.04.010.
- Leo, J. Cohen, D. (2009). A critical review of ADHD neuroimaging research. In S. Timimi y J. Leo (eds.), *Rethinking ADHD: From brain to culture*, (pp. 92-129). Palgrave Macmillan.
- Loe, I.M., Feldman, H.M. (2007). Academic and educational outcomes of children with ADHD. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(6), 643-654. 10.1093/jpepsy/jsl054
- Londoño, D.E. (2016). The emergence of psychiatric semiology during the Age of Revolution: Evolving concepts of 'normal' and 'pathological'. *History of Psychiatry*, 27(2), 121-136. 10.1177/0957154X16629044
- Londoño, D.E. (2017). El Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una mirada socio-cultural. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(132), 477-496. 10.4321/s0211-57352017000200009
- Marshall, P., Hoelzle, J., Nikolas, M. (2019). Diagnosing Attention-Deficit/Hyperactivity disorder (ADHD) in young adults: A qualitative review of the utility of assessment measures and recommendations for improving the diagnosing process. *The Clinical Neuropsychologist*. 10.1080/13854046.2019.1696409
- Martinez-Raga, J., Knecht, C., Szerman, N., Martinez, M.I. (2013). Risk of serious cardiovascular problems with medications for Attention-deficit hyperactivity disorder. *CNS Drugs*, 27, 15–30. 10.1007/s40263-012-0019-9.
- McDowell, J. (1996 [1994]). *Mind and world*. Harvard University Press.
- McDowell, J. (2002 [1998]). *Mind, value, and reality*. Harvard University Press.
- Mikami, A.Y. (2015). Social skills training for youth with ADHD. In R.A. Barkley (ed.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment*, (4<sup>th</sup>. Edition., pp. 569-595). The Guilford Press.
- Monjas, M.I. (1999). *Programa de enseñanza de habilidades de interacción social para niños y niñas en edad escolar*. CEPE.
- Molina, B., Flori, K., Swanson, S., et al. (2007). Delinquent behavior and emerging substance use in MTA at 36 months: prevalence, course, and treatment effects. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(8), 1028-1040. 10.1097/chi.0b013e3180686d96

- Moya, C.J. (2006). *Filosofía de la mente*, (2ª. edición). Universitat de València.
- Nagel, T. (1986). *The view from nowhere*. Oxford University Press.
- Pérez-Álvarez, M. (2017). The four causes of ADHD: Aristotle in the classroom. *Frontiers in Psychology*, 8, 928. 10.3389/fpsyg.2017.00928
- Proust, J. (2005). *La nature de la volonté*. Gallimard.
- Quine, W.V.O. (1961 [1951]). *From a logical point of view: Logico-philosophical essays*. Harper & Row Pub.
- Quintanilla, P. (2019). *La comprensión del otro: Explicación, interpretación y racionalidad*. Pontificia Universidad Católica del Perú, Fondo editorial.
- Rainwater, J.B. (2007). *A psychoanalytic contribution to the understanding and treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (Tesis doctoral: Union Institute and University, Cincinnati, OH, USA). <http://pqdtopen.proquest.com/doc/304702526.html?FMT=ABS>
- Rapport, M.D., Orban, S.A., Kofler, M.J., Friedman, L.M., Bolden, J. (2015). Executive function training for children with ADHD. In R.A. Barkley (ed.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment*, (4<sup>th</sup>. Ed., pp. 641-665). The Guilford Press.
- Rietveld, E. (2008). Situated normativity: The normative aspect of embodied cognition in unreflective action. *Mind*, 117(468), 973–997. 10.1093/mind/fzn050
- Rietveld, E., Kiverstein, J. (2014). A rich landscape of affordances. *Ecological Psychology*, 26, 325-352. 10.1080/10407413.2014.958035
- Rietveld, E., Denys, D., Van Westen, M. (2018). Ecological-enactive cognition as engaging with a field of relevant affordances: The skilled intentionality framework (SIF). In A. Newen, L. De Bruin y S. Gallagher (eds.), *The Oxford handbook of 4E cognition*, (pp. 41-70). Oxford University Press.
- Roberts, W., Milich, R., Barkley, R.A. (2015). Primary symptoms, diagnostic criteria, subtyping, and prevalence of ADHD. In R.A. Barkley (ed.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment*, (4<sup>th</sup>. Ed., pp. 51-80). The Guilford Press.
- Saarinen, J.A. (2020). What can the concept of affective scaffolding do for us? *Philosophical Psychology*, 33(6), 820-839. 10.1080/09515089.2020.1761542
- Salamano, R. (2015). Encefalitis de von Economo (Encefalitis letárgica o epidémica). Una enfermedad misteriosa. *Archivos de Medicina Interna*, 37(3). Recuperado de:

- [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-423X2015000300012](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2015000300012)
- Sattler, J.M. (1992 [1982]). *Assessment of children, (3<sup>rd</sup> Edition)*. Jerome M. Sattler Pub. Inc.
- Schmitt, B.D. (1975). The Minimal Brain Dysfunction myth. *The American Journal of Diseases of Children*, 129(11), 1313-1318. 10.1001/archpedi.1975.02120480037009
- Shyu Y.-C., Yuan S.-S., Lee S.-Y., Yang C.-J., Yang K.-C., Lee T.-L., Wang L.-J (2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder, methylphenidate use and the risk of developing schizophrenia spectrum disorders: A nationwide population-based study in Taiwan. *Schizophrenia Research*, 168, 161–167. 10.1016/j.schres.2015.08.033.
- Smith, M. (2012). *Hyperactive: The controversial history of ADHD*. Reaktion Books Ltd.
- Sterelny, K., Jeffares, B. (2010). Rational agency in evolutionary perspective. In T. O'Connor y C. Sandis (eds.) *A companion to the philosophy of action*, (pp. 374-383). Wiley-Blackwell.
- Still, G.F. (1902). The Goulstonian lectures on some abnormal psychical conditions in children. Lecture I. *The Lancet*, 159(4102), 1008-1013. 10.1016/S0140-6736(01)74984-7.
- Strauss, A.A., Lehtinen, L.E. (1947). *Psychopathology and education of the brain-injured child*. Grune & Stratton.
- Swanson, J., Deutsch, C., Cantwell, D., Posner, M., Kennedy, J.L., Barr, C.L., Moyzis, R., Schuck, S., Flodman, P., Spence, M.A., Wasdell, M. (2001). Genes and Attention-deficit hyperactivity disorder. *Clinical Neuroscience Research*, 1, 207-216. [https://doi.org/10.1016/S1566-2772\(01\)00007-X](https://doi.org/10.1016/S1566-2772(01)00007-X)
- Swanson, J.M., Hinshaw, S., Arnold, L.E., et al. (2007). Secondary evaluation of MTA 36-month outcomes: propensity score and growth mixture model analyses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(8), 1003-1014. 10.1097/CHI.0b013e3180686d63
- Tait, G. (2008). The logic of ADHD: A brief review of fallacious reasoning. *Studies in Philosophy and Education*, 28(3), 239-254. 10.1007/s11217-008-9114-2
- Timimi, S. (2005). *Naughty boys: Anti-social behaviour, ADHD, and the role of culture*. Palgrave Macmillan.
- Timimi, S., Leo, J. (eds.) (2009). *Rethinking ADHD: From brain to culture*. Palgrave Macmillan.
- Uribe, C.A., Vásquez, R. (2008). *Historias de La Misericordia: Narrativas maternas de hiperactividad infantil*. Ediciones Universidad de los Andes.

- Van de Pol, J., Volman, M., Beishuizen, J. (2010). Scaffolding in teacher-student interaction. A decade of research. *Educational Psychology Review*, 22, 271-296. 10.1007/s10648-010-9127-6
- Vargas, A.M., Parales, C.J. (2017). La construcción social de la hiperactividad. *Revista Colombiana de Psicología*, 26(2), 245-262. 10.15446/rcp.v26n2.59891
- Vélez-Álvarez, C., Vidarte Claros, J.A. (2012). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): una problemática a abordar en la política pública de primera infancia en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 14(2), 113-128. 10.1590/S0124-00642012000800010.
- Von Wright, G.H. (1971). *Explanation and understanding*. Cornell University Press.
- Vygotski, L. (2000 [1978]). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Crítica.
- Watson, J.B. (1913). Psychology as the behaviorist views it. *Psychological Review*, 20(2), 158-177. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0074428>.
- Wegner, D.M. (2002). *The illusion of conscious will*. MIT Press.
- Weinreb, J., Counts, R.M. (1960). Impulsivity in adolescents and its therapeutic management. *Archives of General Psychiatry*, 2(5), 548-558. 10.1001/archpsyc.1960.03590110072009
- Willcutt, E.G. (2015). Theories of ADHD. In R.A. Barkley (ed.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment*, (4<sup>th</sup>. Ed., pp. 391-404). The Guilford Press.
- Willcutt, E.G., Doyle, A.E., Nigg, J.T., Faraone, S.V., Pennington, B.F. (2005). Validity of the Executive function theory of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A metanalytic review. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1336-46. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.02.006>.
- Wittgenstein, L. (1992 [1966]). *Lecciones y conversaciones sobre estética, psicología y creencia religiosa*. Ediciones Paidós.
- Wittgenstein, L. (2009 [1958]). *Philosophical investigations*, (4<sup>th</sup> ed., trad. por G.E.M. Anscombe, P.M.S. Hacker y J. Schulte). Wiley & Blackwell.
- Wollheim, R. (1994). *The mind and its depths*. Harvard University Press.
- Zelnik, N., Bennett-Back, O., Miari, W., Goez, H. R., Fattal-Valevski, A. (2012). Is the test of variables of attention reliable for the diagnosis of Attention-deficit hyperactivity

disorder (ADHD)? *Journal of Child Neurology*, 27, 703–707.  
10.1177/0883073811423821

Zúñiga-Brener, M.E., Montero-Rojas, E. (2007). Teoría G: Un futuro paradigma para el análisis de pruebas psicométricas. *Actualidades en Psicología*, 21(108), 117-144.  
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/apsi/v21n108/v21n108a06.pdf>