

CLÍNICA DEL *LLEGAR A SER*:
UNA PREGUNTA POR LA NOCIÓN DE INFANCIA QUE ORIENTA LA TERAPIA
COGNITIVO-CONDUCTUAL CON NIÑOS, UNA INTERLOCUCIÓN CON EL
PSICOANÁLISIS

IRIS ALEIDA PINZÓN ARTEAGA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
BUCARAMANGA

2017

CLÍNICA DEL *LLEGAR A SER*:

UNA PREGUNTA POR LA NOCIÓN DE INFANCIA QUE ORIENTA LA TERAPIA
COGNITIVO-CONDUCTUAL CON NIÑOS, UNA INTERLOCUCIÓN CON EL
PSICOANÁLISIS

IRIS ALEIDA PINZÓN ARTEAGA

DIRECTOR: Mg. CARLOS GERMÁN CELIS ESTUPIÑAN

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE PSICOLOGÍA

TRABAJO PRESENTADO PARA OPTAR EL TÍTULO DE PSICÓLOGA

MAYO DE 2017

CLÍNICA DEL *LLEGAR A SER*:
UNA PREGUNTA POR LA NOCIÓN DE INFANCIA QUE ORIENTA LA TERAPIA
COGNITIVO-CONDUCTUAL CON NIÑOS, UNA INTERLOCUCIÓN CON EL
PSICOANÁLISIS

Psychotherapy of the “grow into”.

A question about the concept of childhood that guides the approach of cognitive-behavioral therapy with children, an interlocution with psychoanalysis.

Resumen

La presente investigación tiene como objetivo rastrear la noción de infancia que orienta la psicología clínica cognitivo-conductual con niños, describiendo su aplicación en las estrategias de evaluación y técnicas propuestas por este enfoque, a partir de un análisis de manuales y protocolos de intervención; ejercicio orientado por el método arqueológico de Michel Foucault y el concepto de subjetividad, desde los referentes epistemológicos y teóricos del psicoanálisis. Lo anterior, con el fin de argumentar la importancia de reconocer el sujeto que hay en un niño para la práctica clínica y la formación en psicología.

Abstract

The following investigation aims to track down the definition of childhood that guides cognitive-behavioral therapy (CBT) with children, describing its relation with the assessment strategies and techniques proposed by this approach. This research draws upon the analysis of handbooks and intervention guides, following the reference points offered by Michel Foucault's archeological method and the psychoanalytical concept of subjectivity. This will allow to

emphasize the importance of recognizing the child as a subject for clinical training and practice in psychology.

Tabla de contenido

Resumen	3
Abstract	3
Introducción	7
Metodología.....	10
Estado de la cuestión.....	24
La infancia, criterios de inclusión, criterios de exclusión.....	25
La infancia, una noción construida discursivamente.	30
Sobre lo <i>ya dicho</i> y las posibilidades de un <i>nuevo decir</i>	35
Capítulo 1. Instauration de la infancia, un “llegar a ser”	38
De los adultos pequeños al <i>sentimiento de la infancia</i>	40
La infancia, formación discursiva.	44
Entre la <i>vulnerabilidad</i> y la <i>peligrosidad</i>	45
Sobre el interés científico por la infancia, produciendo el <i>Cero defecto</i>	49
El lugar de la TCC en los discursos científicos sobre la infancia	52
Bordes de una noción de infancia según la TCC, algunos deslizamientos en los manuales.	56
Edades de la vida, edades de la civilización, normalidad, anormalidad. Anotaciones sobre los antecedentes de la psicología del desarrollo.	59
El niño: objeto de estudio. Sobre los métodos de investigación en psicología del desarrollo.....	65
Desarrollo <i>para todos</i> : El enfoque del ciclo vital.	75
La infancia, una etapa cronológica, un camino prefigurado.	78
La infancia, “un llegar a ser”.....	81
Capítulo 2. Disciplinando el niño problema, silenciando el problema del niño.....	84
De los laboratorios al consultorio, condiciones de emergencia de la psicología clínica cognitivo- conductual.....	87
Niños replicables: sobre el proceso de intervención cognitivo-conductual.	108
La evaluación ¿El niño problema o el problema del niño?.....	113
La formulación clínica. Del niño al <i>caso</i>	125

Técnicas de intervención. Disciplinando el <i>niño problema</i>	128
Una clínica del <i>llegar a ser</i>	135
Capítulo 3. Entre la falla y la invención, el niño en tanto sujeto	138
Cuestiones preliminares.	139
Sujeto de <i>la falla</i> , sujeto del lenguaje.....	142
El sujeto, entre el niño, la madre y el padre.	146
Clínica del déficit y Clínica de las preguntas.	154
La <i>falta</i> en juego. Sobre las especificidades de la clínica psicoanalítica con niños.	158
Un lugar para el sujeto que hay en un niño.	163
Conclusiones	167
Referencias	170

Introducción

La infancia tiene un lugar protagónico en la presente época, constituyendo un tema ampliamente discutido por padres, madres, educadores, psicólogos, empresarios, publicistas, diseñadores de políticas públicas, entre otros. Lejos se está de los tiempos en los que, como documenta el historiador francés Philippe Ariès en *La infancia* (1986), los romanos posaban al recién nacido en el suelo, quien debía ser reconocido, acogido en brazos por su padre, “elevado”; de no ser así, era abandonado a su suerte. Así, el infanticidio, ampliamente practicado hasta mediados de la edad media y más tarde aceptado a pesar de su prohibición por parte de la iglesia, pasó a ser absolutamente intolerable sólo a partir del siglo XIV.

Ahora bien, aludir a las transformaciones históricas de la infancia permite comprender que se trata de una noción construida socialmente. Entonces, es posible interrogarla a la luz de las particularidades de este tiempo, en el que, desde la ratificación de la *Convención Internacional sobre los Derechos del Niño* (CIDN) en 1989, se habla del *interés superior del niño* como principio rector y, si los derechos del niño deben ser privilegiados, si a la infancia le es otorgada una centralidad, es porque, como se consigna en las primeras páginas del documento, de la protección y el desarrollo del niño “depende la supervivencia, la estabilidad y el progreso de todas las naciones y, de hecho, de la civilización humana” (p.3).

En este contexto, el *niño problema* pareciera ser sinónimo de fracaso social; afirmación que puede ser pensada en dos sentidos. En primer lugar, en relación al niño que no se ajusta a los niveles mínimos de competencia preestablecidos para su edad, a quien se le augura una menor probabilidad de <<ser alguien en la vida>>; pues, se asocia su bajo rendimiento académico, su problema disciplinar, su dificultad para relacionarse, con una renuncia a la obtención de determinado estatus económico y social futuro. De otro lado, el *niño problema* como sinónimo de

fracaso social puede pensarse en relación a la posición de padres, madres y educadores. Así, el niño que no responde a las estrategias psicopedagógicas implementadas, a las pautas de crianza recomendadas, a los ajustes curriculares del protocolo estipulado para la atención de casos atípicos, *hace ruido*, resulta desafiante, cuestiona las recetas y los modos de proceder estandarizados.

Entonces, el *niño problema* es remitido a un sinnúmero de especialistas: médicos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales y, entre ellos, un psicólogo; todos ellos, expertos de los que se esperan respuestas. Ahora bien, considerando que la terapia cognitivo-conductual (TCC)¹ corresponde a la práctica psicológica con mayor respaldo científico y político para el tratamiento de niños y adolescentes; resulta pertinente rastrear cuál es la noción de infancia que orienta este enfoque; qué es lo que se entiende por un niño y cómo se relaciona esto con el ejercicio clínico. Siendo este, el interrogante que moviliza la presente investigación, cuya pertinencia se fundamenta en la carencia de una discusión epistémica rigurosa en torno a dicho concepto, en el ámbito académico, de formación y clínico, dado que, como se evidenciará en el estado de la cuestión, la producción científica de este enfoque se ha centrado especialmente en comprobar estadísticamente su eficacia y no en una indagación sobre sus fundamentos. En concordancia con lo anterior, el título de esta investigación incluye el término *interlocución*, cuyo significado alude a la

¹ Cabe resaltar que la revisión de artículos de investigación para el estado de la cuestión y el análisis, tanto de manuales como de protocolos de intervención, permitió identificar que no existe un consenso respecto de la nominación terapia cognitivo-conductual (TCC), pues, en algunas de las fuentes se utiliza este término (Szigethy, Weisz y Finding, 2012; Moreno y Utria, 2011) y en otras se le referencia en plural (Dobson, 2003); en adición a lo anterior, autores como Kearny, Pawlukewicz y Guardino (2014) caracterizan lo cognitivo-conductual como un modelo terapéutico. En consecuencia, siguiendo lo planteado por Díaz, Ruíz y Villalobos (2012), no existe una definición de TCC que cuente con pleno acuerdo; problemática que se relaciona con la dificultad de rastrear sus fundamentos teóricos.

Sin embargo, la multiplicidad de técnicas, procedimientos y propuestas de intervención que se incluyen en la categoría de lo cognitivo-conductual o las denominadas terapias de conducta de segunda generación se caracterizan por orientarse al cambio conductual, cognitivo y emocional, “modificando o eliminando la conducta desadaptada y enseñando conductas adaptadas cuando éstas no se producen” (Díaz, Ruíz y Villalobos, 2012 p.83), lo que, a su vez, implica el abordaje de procesos cognitivos que se encuentran a la base del comportamiento; objetivos logrados a partir de un modo de proceder fundamentado en la metodología experimental.

interrupción de una conversación (RAE, 2001), pues, se trata de introducir la pregunta por el niño, allí donde lo cognitivo y lo conductual, a pesar de sus diferentes raíces epistemológicas, se presentan como una unidad, fundamentada en razón de cifras estadísticas.

El presente documento se estructuró en tres capítulos, relacionados con los objetivos específicos planteados. En el primer capítulo se formalizaron las características de la noción de infancia que orienta la clínica cognitivo-conductual, rastreadas a partir de un análisis de manuales y protocolos de intervención; ejercicio que se contextualizó en razón del ideal de niño que configuran las coordenadas económicas, políticas e ideológicas de esta época. En el segundo capítulo, se abordó el modo en el que la noción de infancia, previamente rastreada, se aplica a las estrategias de evaluación y las técnicas de intervención de este enfoque; lo anterior, desde una lectura crítica que permitió hacer emerger interrogantes de carácter epistemológico, metodológico y ético. Finalmente, el tercer capítulo introduce la noción de subjetividad, desde los referentes teóricos ofrecidos por el psicoanálisis, con el fin de realizar un contrapunto entre ambas apuestas clínicas, respecto del lugar que otorgan a la palabra del niño traído a consulta; ejercicio que tiene como propósito introducir la importancia de dar un lugar al sujeto que hay en un niño para la práctica y la formación en la clínica. A manera de conclusión, se incluyó un apartado que precisa, como aporte del ejercicio comparativo realizado, el elemento diferencial que ofrecería, al ámbito de la formación y la práctica clínica en psicología, el reconocimiento de la subjetividad.

Metodología

La propuesta metodológica que orienta esta investigación parte de la diferenciación entre *el procedimiento*, en tanto hacer estandarizado; es decir, una serie de pasos que aseguran determinado resultado, y *el método*, entendido como un modo de proceder irreplicable que se resiste al establecimiento de protocolos invariables. Lo anterior debido a que su diseño responde tanto a las particularidades de la pregunta de investigación como a la implicación del investigador en dicho interrogante; cuestión que constituye un elemento diferencial de la investigación psicoanalítica respecto a otras propuestas investigativas. Pues, en ella se destaca la importancia del sello propio que aporta el deseo de aquel que investiga, sostenido por la interrogación, la división a la que le expone el no-saber del que emerge su pregunta. Una pregunta que ha de cernirse de manera cada vez más fina, atendiendo a la *precisión* como principio, no desde el que se pretende hacer coincidir palabra y hecho, sino “excluir la vaguedad en la palabra y en la argumentación” (Gallo, 2012, p.88).

En razón de lo anterior, en este apartado se explicita el modo de proceder que se construyó en torno a la pregunta de la presente investigación: ¿cuál es la noción de infancia que orienta la práctica clínica cognitivo-conductual con niños? Así, en un primer momento, se formalizan los antecedentes de dicho interrogante, enfatizando la relación de este con la experiencia singular de la investigadora, en lo que respecta a su formación profesional en psicología y la participación en el semillero de investigación *Sujeto y Psicoanálisis*. Posteriormente, se precisan los referentes metodológicos que orientaron el análisis de las fuentes documentales, argumentando su selección y el modo en el que se llevó a cabo la lectura de las mismas. Acto seguido, se incluye un apartado en el que se aborda la pregunta por la rigurosidad y la precisión en el manejo de las hipótesis que fueron emergiendo en razón del ejercicio analítico realizado. Finalmente, se especifican algunos

aspectos considerados en la presentación de los resultados, caracterizando y argumentando la estructura dada al documento final.

Una falla en el saber consabido. Antecedentes de la pregunta de investigación.

Primeramente, cabe resaltar que la orientación psicoanalítica de esta investigación otorga un lugar protagónico a la pregunta que concierne al investigador, no en calidad de experto, poseedor de un saber completo y sin fisuras, sino en tanto sujeto dividido por un *no saber* que advierte en su propia experiencia; de modo que, más que acudir al conocimiento acumulado para replicarlo, a los argumentos de autoridad o las estadísticas que signan lo utilizado con mayor frecuencia, se trata de “precisar algo de lo que falta por decir y poner en discusión lo dicho”(Gallo, 2012, p.79). Es decir, sostener un estilo problematizador que, siguiendo lo planteado por los investigadores colombianos Héctor Gallo y Mario Elkin Ramírez (2012), en su obra *El psicoanálisis y la investigación en la universidad*, corresponde a un semblante² de ignorancia, cuya función operativa es la de “ser el soporte de un querer saber”(p.84), permitirse introducir preguntas en el saber consabido, esforzándose por formalizarlas y producir, en torno a estas, un *nuevo decir*, una lectura distinta.

Ahora bien, un primer encuentro con esta orientación de trabajo tuvo lugar al interior del semillero de investigación *Sujeto y Psicoanálisis*, adscrito al grupo de investigación *Violencia*,

² La noción de semblante hace referencia a aquello que “hace creer que hay algo allí donde no hay” (Miller, 2002, p.17). En este caso particular, alude a introducir la ignorancia en relación al saber que se posee, pues, se reconoce que el investigador no parte de un punto cero; se trata, más bien, de poner aquello que se sabe en reserva, con el fin de permitir la emergencia de preguntas que movilicen a la producción y no a la repetición de lo consabido.

Lenguaje y Estudios Culturales de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, en el marco del proyecto titulado “El discurso médico y las terapias cognitivo comportamentales (TCC): la exclusión de la subjetividad en la psicología clínica contemporánea”. En este proceso de investigación la lectura, la escritura y la discusión en torno a obras como *El nacimiento de la clínica* del filósofo francés Michel Foucault y *El orden médico* del psicoanalista francés Jean Clavreul permitieron un análisis de los virajes que hicieron posible la inscripción de la práctica médica en las lógicas de la ciencia positiva, el paso del *arte de curar* a la medicina científica basada en la evidencia. Ejercicio que se encaminaba, no a la revisión de estudios experimentales, sino a la pregunta por la consolidación de nociones, conceptos, estrategias de construcción de conocimiento y modos de proceder, en razón de la descripción de entrecruzamientos discursivos que daban cuenta de las coordenadas económicas, políticas e ideológicas de determinado momento histórico; inscribiendo la medicina en una empresa de normalización, pues esta se encarga de delimitar los estándares desde los que es posible identificar un individuo normal. Lo que implica:

Un discurso enunciado sobre el hombre en el que no faltan exclusiones, aun cuando esas exclusiones sean parciales: prohibición de ciertas responsabilidades a ciertos enfermos (cardíacos, epilépticos...) o de ciertos privilegios. (Clavreul, 1983, p.266)

Discurso sobre el hombre que, soportado en el ideal de objetividad³, regula y delimita las prácticas de salud, no sólo física sino también mental. Este recorrido permitió interrogar los

³ De acuerdo con lo planteado por Cupani (2011), la objetividad corresponde a tres dimensiones: una propiedad del conocimiento producido, del que se espera que coincida con lo real; un modo de proceder caracterizado por el control de lo emergente, a partir de la implementación técnicas e instrumentos de uso estandarizado y un esfuerzo de anulación de todo aquello relacionado con el sujeto que investiga (preferencias, intereses, prejuicios). Se trataría, entonces, de producir un discurso que describa asépticamente aquello de lo que se habla, un discurso que “pudiera ser comprendido de la misma manera por todo sujeto” (Cupani, 2011, p.501); pretensión que constituye un ideal, en tanto no hay coincidencia exacta entre las palabras y aquello que nominan. En adición a lo anterior, la producción de conocimiento es regulada por un entrecruzamiento de dominios no necesariamente científicos, entre ellos, lo económico, ideológico y político; entrecruzamiento en el que entran en juego diversos intereses.

reajustes que hicieron posible la inscripción de la psicología como ciencia de la salud, entre los que se contaba la adopción de objetos de estudio, modelos teóricos, metodologías, instrumentos y criterios de validación de la medicina; lo que, a su vez, tuvo importantes resonancias en el ejercicio clínico, otorgando una posición privilegiada a las terapias cognitivo-comportamentales, susceptibles de replicación, estandarización, predicción y cálculo de la utilidad de sus resultados.

A la luz de las discusiones sostenidas en el espacio del semillero, surgió una primera propuesta de investigación propia, titulada: “*Psicología, cediendo a la demanda. Aproximaciones a las avenencias, tanto epistemológicas como clínicas, que dan cuenta de la legitimación científica de lo psicológico*”; cuyo objetivo consistía en analizar las lógicas que facilitaron la inclusión de la psicología en el discurso científico, a partir de una lectura crítica de fuentes documentales, para dar cuenta de las implicaciones epistemológicas y efectos en la clínica. Propuesta que fue presentada en la *VII Muestra de Semilleros de Investigación* de la *Universidad Autónoma de Bucaramanga*, espacio de difusión académica en el que la evaluación, por parte de un docente investigador, permitió identificar la necesidad de delimitar la pregunta de investigación con el propósito de precisar el desarrollo del trabajo.

Posteriormente, en razón de la participación en el semillero y de las asignaturas basadas en la práctica cognitivo-conductual, surge la necesidad de preguntarse qué lugar ocupa la escucha en las TCC como recurso clínico; puesto que, desde este enfoque, se enfatizaba en el uso de pautas de entrevista para ahondar en las esferas cognitiva, afectiva, somática, interpersonal y conductual del paciente, con el fin de identificar variables asociadas a la emergencia y el mantenimiento de su problemática. Propuesta que no advertía la polisemia, el malentendido y la palabra como un recurso que permite, a quien la enuncia, otorgarle un sentido a sus actos; cuestiones que son ampliamente discutidas en la clínica psicoanalítica.

Así, la primera propuesta de investigación fue reformulada, dando lugar al proyecto: “*Hacer hablar para hacer callar: Exploración analítica en torno al problema de la escucha en psicología y psicoanálisis*”, cuyo objetivo consistía en realizar un análisis comparativo de la noción de escucha en psicoanálisis y en psicología clínica cognitivo-conductual, a partir de una indagación crítica del material documental, para dar cuenta de sus implicaciones epistemológicas y sus efectos en la clínica. A manera de conclusión, se planteó que, desde la TCC, donde el lenguaje es concebido como una herramienta meramente comunicativa, es posible una descripción exacta del problema del paciente y una escucha objetiva por parte del terapeuta, entendida como una clasificación de los dichos de quien consulta, una transformación de los mismos en conductas observables, cuantificables y modificables. En lo que respecta a la apuesta de la clínica psicoanalítica, donde lo propio del lenguaje emerge anudado a un *plus de sentido*, la escucha es adoptada en su dimensión de dinámica, donde el desencuentro y el malentendido signan la posibilidad de decir *siempre más*.

Ahora bien, la introducción de la infancia en la inquietud por los modos de proceder de la psicología clínica cognitivo-conductual tiene sus primeros antecedentes en el curso de un semestre de intercambio académico en la Universidad Diego Portales de Santiago de Chile, pues dicha experiencia permitió la participación en una asignatura de *Psicología evolutiva*, desde la que se aprendían las principales etapas correspondientes a las teorías predominantes sobre el desarrollo cognitivo, motor, socio-afectivo y moral. En adición a lo anterior, la oferta académica de la institución universitaria incluía la electiva *Psicología de la infancia*, cuyo énfasis estaba puesto en hacer emerger la noción de infancia como una categoría construida históricamente, desde la que se aborda a niños y niñas particulares; perspectiva distinta a la ofrecida por las teorías

psicoevolutivas, ya que el énfasis no estaba puesto en la cronología de las etapas, sino en cada niño “como efecto pero también agente de las sociedades actuales” (Vergara, Peña, Chávez y Vergara, 2015 p.55). Así, fue posible ir introduciendo interrogantes en la linealidad con la que se presentaba el desarrollo en la infancia y la utilidad de este abordaje para el establecimiento de criterios psicopatológicos de normalidad-anormalidad en la clínica psicológica. Cuestiones que fueron discutidas al interior del semillero de investigación, considerando los aportes del psicoanálisis a la noción de infancia y su apuesta por dar un lugar al sujeto que hay en un niño.

Conviene subrayar que el recorrido esbozado en este apartado y la experiencia con un modo de proceder orientado a producir más preguntas que respuestas, tuvo importantes resonancias en la experiencia de práctica en psicología clínica. Esta se llevó a cabo con una orientación cognitivo-conductual, en el marco de la unidad de farmacodependencia de un hospital psiquiátrico; contexto en el que se hizo posible el encuentro con niños que desafiaban tanto las coordenadas de inocencia y vulnerabilidad desde las que se lee la infancia como la lógica probabilística de los determinantes ambientales, dando cuenta de una falla en el saber consabido. A causa de esto, se llevó a cabo un ejercicio reflexivo respecto de las implicaciones de dicha falla en la práctica clínica en psicología; interrogando lo diferencial de su propuesta, más aún, cuando las técnicas sugeridas por los manuales y protocolos de intervención eran aplicadas en dicho contexto, no sólo por psicólogos, sino por otros profesionales: psiquiatras, educadores, trabajadores sociales y terapistas ocupacionales.

A la luz de lo formalizado en este apartado es posible situar la pregunta de investigación en una experiencia singular; considerando la relación de dicho interrogante con otras inquietudes que emergieron durante la formación académica y profesional, alentadas por la participación en un espacio de investigación formativa que privilegiaba la discusión epistemológica, reconociendo

la pertinencia de la misma en la psicología clínica. Dado que, el análisis y el cuestionamiento de los referentes conceptuales, en tanto orientadores, permiten evaluar dicha práctica desde la rigurosidad que hace posible dar cuenta de los efectos de las intervenciones, en cada caso, y no en razón de argumentos de autoridad o cifras estadísticas. En consecuencia, el proceder que se iba construyendo en torno a la pregunta de la presente investigación se inscribe en las lógicas de un ejercicio analítico, cuyos referentes se explicitan en el siguiente apartado.

El método arqueológico, posibilidades de análisis.

La formalización del objetivo general de la investigación, correspondiente al rastreo de la noción de infancia que orienta la terapia cognitivo-conductual; es decir, qué es lo que se entiende desde este abordaje por un niño y cómo se relaciona esto con el ejercicio clínico, suscitó inquietudes respecto a las fuentes de información a utilizar y las coordenadas desde las que se orientaría el análisis de las mismas.

Posteriormente, este conjunto de inquietudes fue precisándose en razón de la articulación con el trabajo de Michel Foucault (1970) y su *método arqueológico*; pues, este referente permitió dar cuenta de que *la infancia*, al igual que las nociones de enfermedad mental y locura que habían sido estudiadas por el filósofo francés, no *son* por sí mismas; estas se hacen significativas a partir de diversas prácticas en las que, haciendo uso de sistemas conceptuales, lingüísticos o representacionales, delimitados por condiciones políticas, económicas e ideológicas, se construye sentido; terreno desde el que se hace posible el ejercicio de relaciones de poder que determinan el volcamiento de los sentidos contruidos en *verdades*. Dichas prácticas son nominadas por Foucault

haciendo uso de la noción de *discurso*, considerándole, más que un conjunto de enunciados que referirían a una realidad exterior y pre-existente, un haz de relaciones, regulado por determinadas reglas, desde el que se construyen los diferentes objetos de los que se habla y se delimitan los modos de proceder, las acciones con las que se abordan los mismos.

En concordancia con lo anterior, las diferentes prácticas desde las que se interviene a niños y niñas, entre ellas la terapia cognitivo-conductual, van produciendo, en razón de los conceptos, los modelos teóricos, las estrategias de evaluación y las técnicas implementadas, el objeto que les concierne; todo esto, en el marco de condiciones históricas que determinan la producción de conocimiento y la utilidad del mismo. Así, la aprehensión de la TCC, en tanto discurso, permite un análisis de la misma que, más allá de ratificar su carácter científico y la posición privilegiada de la que goza, al contar con respaldo institucional en el trabajo con niños, se orienta a interrogar las condiciones históricas y epistemológicas desde las que se pretende legitimar su práctica como paradigma de la salud mental.

Consecuentemente, el abordaje arqueológico del discurso se diferencia de un análisis lingüístico, en el que se revisaría la estructura de fuentes documentales, con el fin de determinar el tipo de escrito, los tópicos más frecuentes y develar la intención del autor; dado que, la pregunta que le orienta es “¿cómo es que ha aparecido tal enunciado y ninguno otro en su lugar?” (Foucault, 1970 p.44), bajo qué reglas ha sido posible la formación de determinadas nociones, marcos teóricos e, incluso, la adopción de conceptos de otros discursos. A manera de ejemplo, el análisis de la definición del niño como un *ser en desarrollo* no está encaminado a develar en dicha expresión un sentido, sino rastrear de qué modo es esta posible, de qué entrecruzamiento de discursos proviene, qué función cumple y, en relación a esto último, por qué se hace alusión frecuente específicamente a esta; relacionando lo anterior con un campo no discursivo de acontecimientos, prácticas políticas,

procesos económicos y, además, confrontándole con otras definiciones de infancia que han cumplido una función similar en diferentes momentos históricos. Sin embargo, resulta pertinente destacar, respecto de las relaciones rastreadas, que estas no se inscriben en una lógica causal; desde la que sería posible describir en qué medida los cambios políticos, sociales o económicos pudieron influir en la conciencia de los psicólogos clínicos, en el horizonte de sus intereses o en el estilo de su racionalidad. Por el contrario, el nivel de análisis arqueológico corresponde a mostrar cómo y con qué título determinados dominios no necesariamente científicos forman parte de las condiciones de emergencia, inserción y funcionamiento de una práctica discursiva. Así, respecto de las relaciones entre el discurso de la TCC y las políticas en salud mental, no se busca asegurar que lo político ha impuesto a la clínica de esta orientación nuevos objetos, sino que ha abierto campos para la inserción de los mismos, relacionados con la vigilancia, la adaptación y el disciplinamiento de la población infantil.

Teniendo en cuenta las coordenadas analíticas descritas en este apartado, se realizó una lectura crítica de *manuales*, fuentes documentales seleccionadas en razón de su amplio uso en la educación formal, desde su emergencia en el siglo XVI como facilitadores del aprendizaje memorístico (Wakefield, 1998); siendo estos, textos presentes en el contexto de la formación universitaria en psicología. Adicionalmente, se consideraron las *guías de práctica e intervención psicológica*, pues estas constituyen documentos en los que se recomiendan formas de proceder del terapeuta o técnicas de intervención específicas (APA, 2002). Ejercicio que se llevó a cabo centrando la indagación en el rastreo de indicios, presentes en las estrategias de evaluación e intervención incluidas en dichas fuentes, con el fin de formalizar hipótesis respecto de aquello que se entiende por infancia desde la propuesta cognitivo-conductual; dado que no hay un constructo conceptual que defina la noción de niño.

A propósito de los resultados de la labor analítica, cabe resaltar que estos se sometieron constantemente al debate en el semillero de investigación *Sujeto y psicoanálisis*; espacio que hizo posible exponer las hipótesis de trabajo al cuestionamiento de otros investigadores, quienes introdujeron interrogantes en lo planteado, a partir de su lectura crítica, su propio proceder investigativo y su posición como psicólogos y psicólogos en formación. En el siguiente apartado se formaliza de qué manera opera este espacio, justificándole como una estrategia de control en la argumentación.

El laboratorio de discurso, una apuesta por la precisión.

“El destino de la ciencia está vinculado a la formalización, no a la medición”

(Miller, 1984, p.46)

Primeramente, resulta pertinente aclarar que, de acuerdo con la orientación psicoanalítica de la presente investigación, aunque el proceder no se rige por estándares, atiende a *la precisión* en tanto principio fundamental, entendida como una virtud que puede conducir a “las ideas claras y distintas” (Ramírez, 2012, p.58); lo que no opera como garantía de una coincidencia exacta del hecho con lo formulado o de la producción de una verdad de carácter objetivo. Más bien, corresponde a un esfuerzo en el terreno del lenguaje, esfuerzo que se traduce en la atención al detalle, a diferencia de las lógicas de la generalización, la globalidad y la estandarización. Considerando que, aunque cada palabra comporta un *más de sentido* que se escapa, es posible orientarse en el cernir, depurar y afinar, tanto las hipótesis de trabajo formuladas en el quehacer investigativo como la argumentación en la que estas encuentran su fundamento. En consecuencia,

resulta pertinente formalizar cuidadosamente, hipótesis y argumentos, cuidando que estos sean transmisibles; lo anterior, con el fin de facilitar su intercambio y evaluación por parte de otros.

En lo que respecta a la presente investigación, el semillero *Sujeto y Psicoanálisis*, adscrito al grupo *Violencia, Lenguaje y Estudios Culturales* de la *Universidad Autónoma de Bucaramanga*, constituyó un espacio en el que fue posible debatir las hipótesis de trabajo y poner a prueba los argumentos elaborados. Además de movilizar a la producción de nuevos interrogantes respecto de lo formalizado, a partir de los diferentes aportes que se realizaban durante el desarrollo de las sesiones. Cabe resaltar que dichos aportes emergen en razón de la lectura de textos que se centran en conceptos orientadores para los proyectos de investigación o que permiten precisar referentes metodológicos para los mismos. Así, cada participante contribuye a la discusión desde su propia lectura, orientado por la pregunta de investigación que le concierne y su experiencia como psicólogo o psicólogo en formación; siendo esta, una modalidad de trabajo que, sin desconocer el carácter singular que comportan las elaboraciones de cada investigador, evalúa lo formalizado considerando la rigurosidad conceptual y argumentativa en la que se fundamenta, sus alcances y limitaciones.

En adición al ejercicio de lectura, el trabajo al interior del semillero también contribuyó a la formación en la escritura como recurso para formalizar lo elaborado, pues, cada sesión, un participante se encarga de elaborar y presentar la *relatoría* del texto a discutir; escrito que, más que un resumen, implica un esfuerzo por sintetizar los puntos principales de lo leído, destacando sus aportes conceptuales y metodológicos. Además, lo producido durante la sesión es organizado en un *protocolo*; siendo este, un documento que da cuenta de la discusión entre los participantes, destacando precisiones, aportes y preguntas formuladas. Ahora bien, la lectura comentada de

ambos documentos hace posible una evaluación de los mismos; interrogando a quien los elabora respecto de la rigurosidad en lo dicho y lo escrito.

En definitiva, considerando lo descrito en este apartado, el espacio constituido por el semillero de investigación *Sujeto y Psicoanálisis* puede ser pensado en tanto *laboratorio de discurso*, dado que, atendiendo a la etimología del primer término, este sería un lugar para la realización de labores, no de cualquier orden sino atinentes a la actividad científica. Se podría objetar que no se realizan mediciones con instrumentos estandarizados ni se produce conocimiento orientado a la predicción de los fenómenos; sin embargo, se pone a prueba la rigurosidad tanto conceptual como metodológica de cada hipótesis y argumento, sometiendo su formalización al control por parte de terceros, quienes van introduciendo interrogantes en lo planteado por el investigador.

En síntesis, la presente investigación no pretende construir una certeza que responda a la pregunta ¿qué es un niño?, desde estándares verificables experimentalmente; esta se orienta en el sostenimiento de dicho interrogante como recurso para movilizar la producción de un *nuevo decir* en lo *ya dicho*, desde una epistemología basada “más en lo singular que en lo universal” (Gallo, 2012, p.88), reconociendo la importancia de esforzarse por excluir la vaguedad y la especulación. Para finalizar la propuesta metodológica, en el siguiente apartado se especifican algunos aspectos considerados en la presentación de los resultados de esta investigación.

La escritura, un esfuerzo de formalización.

Resulta pertinente destacar que la elaboración de este documento constituye la formalización de los resultados de la presente investigación. Una vez se ha introducido la pregunta y el modo de proceder o el método que se construyó en torno a la misma, se incluye un apartado que corresponde al *estado de la cuestión*, cuya finalidad es la de resaltar el modo en el que el trabajo realizado constituye un abordaje diferencial de la problemática y no una réplica de lo elaborado por otros investigadores. Acto seguido, se incluyen tres capítulos, cada uno de ellos estructurados en razón de los objetivos específicos formulados; objetivos que son descritos al inicio de los mismos, junto con un bosquejo de los puntos que se desarrollarán. Al finalizar el documento, se sintetizan los principales resultados de investigación y la pertinencia de los mismos para la formación y la práctica de la psicología clínica.

Adicionalmente, a lo largo de los diferentes capítulos que constituyen el documento, se evidencian tres modalidades textuales: una *descriptiva*, orientada a presentar nociones, conceptos, instrumentos, estrategias de evaluación e intervención clínica; una modalidad *analítico-crítica*, cuya finalidad es la de precisar la emergencia de interrogantes que den cuenta de una falla en el saber consabido, y una modalidad *propositiva*, desde la que se pretende situar los aportes que, nuevas lecturas respecto de la noción de infancia, podrían tener en el ejercicio del psicólogo clínico. Consecuentemente, el trabajo investigativo realizado no es simplemente a una revisión documental, ya que, en adición a esta, se realiza un ejercicio de análisis de las fuentes seleccionadas, formulando hipótesis de trabajo respecto de la pregunta de investigación, argumentando y sometiendo a prueba la rigurosidad de las mismas. Lo anterior, con el fin de producir un *nuevo decir* respecto de la noción de infancia que, más que constituirse en la última palabra, contribuya al sostenimiento del interrogante ¿qué es un niño?, a la futura elaboración en torno al mismo, pero, sobre todo, a que en la práctica clínica la palabra del niño tome un lugar

importante que le permita producir su posición en tanto sujeto de deseo, lo que también implica la producción de su responsabilidad en lo que constituye su malestar, y no se lo explique por la reducción a una conducta.

Estado de la cuestión

“Se busca un poco menos de lo mismo y un poco más de otra cosa”

(Gallo, 2012 p.89)

La investigación en psicoanálisis apunta a la precisión como un *principio orientador*, no desde el que se pretende hacer coincidir palabra y hecho, sino “excluir la vaguedad en la palabra y en la argumentación” (Gallo, 2012, p.88) y, si se hace referencia a la vaguedad, es porque se considera que el saber no constituye una unidad completa y sin fisuras, aunque se pretenda sostener dicha ilusión. Así pues, resulta fundamental rastrear trabajos de investigación que hayan abordado la problemática en cuestión, desde una lectura que posibilite la emergencia de interrogantes respecto de lo *ya dicho*, favoreciendo la producción de un *nuevo decir*.

En concordancia con lo anterior, en este apartado se abordan algunas de las investigaciones rastreadas, referenciando brevemente sus objetivos, la metodología utilizada y las conclusiones formalizadas. Lo anterior, con el fin de resaltar el modo en el que el presente proyecto de grado ofrece un abordaje diferencial de la problemática y, por consiguiente, constituye, no una réplica de *lo sabido*, sino una contribución a la construcción de *nuevo saber*.

Cabe resaltar que se retomaron documentos de difusión y divulgación científica; entre ellos, artículos publicados en revistas, libros, capítulos de libros, tesis y proyectos de grado. Ahora bien, como criterio principal de búsqueda se planteó que las investigaciones abordaran las temáticas de infancia y psicología clínica cognitivo-conductual; pues, una revisión inicial, orientada explícitamente por el objetivo de la presente investigación, a saber, indagar la noción de infancia que orienta la clínica psicológica cognitivo-conductual con niños, no arrojó mayores resultados.

En un primer momento, se discuten algunos trabajos de investigación derivados propiamente de la aplicación de terapias cognitivo-conductuales en niños y niñas; argumentando que el centro de la indagación no corresponde a rastrear la manera que la práctica clínica responde a la pregunta *¿qué es un niño?* Sino, más bien, a probar la efectividad de técnicas de intervención, identificar determinantes que contribuyan a la predicción del éxito terapéutico y caracterizar las habilidades que debe adquirir un individuo a determinadas edades. Esto denota una falta de rigor en términos epistemológicos, pues, no se abordan los marcos conceptuales que rigen la práctica clínica y que permitirían formalizar sus efectos; es decir, más que evidenciarlos en términos de cifras estadísticas, poder dar cuenta de aquello que los fundamenta, sus alcances y limitaciones.

Posteriormente, se retoman investigaciones desde las que *infancia y psicología clínica cognitivo-conductual* son abordadas en tanto construcciones sociales, que emergen bajo las coordenadas de un momento histórico determinado. Coordenadas que prefiguran sus principales características, las prácticas que se derivan de ellas y aquello que suponen *es* y, más importante aún, *debería ser* un niño. Finalmente, se formaliza lo diferencial de la pregunta de investigación respecto de los documentos previamente revisados.

La infancia, criterios de inclusión, criterios de exclusión.

El rastreo en bases de datos permitió identificar que gran parte de la investigación en psicología clínica cognitivo-conductual, como fue previamente mencionado, corresponde a comprobar empíricamente la efectividad de intervenciones aplicadas a niños y niñas, caracterizados por determinado diagnóstico. A manera de ejemplo, en *Tratamiento cognitivo-conductual de la conducta agresiva infantil*, artículo publicado por Fajardo y Hernández (2008)

en la Revista Mexicana de Análisis de la Conducta, los investigadores trabajaron con 42 niños, entre los 6 y los 12 años; seleccionados a razón de la obtención de un puntaje significativo en la escala de agresividad de la lista de conductas de Achenbach dirigida a padres (Children Behavior Checklist, CBCL/6-18).

El trabajo en mención siguió un diseño experimental, los participantes fueron asignados aleatoriamente a dos grupos: uno de ellos recibía 10 sesiones de terapia cognitivo-conductual centrada en el manejo de la agresividad y el otro, además de la terapia, involucraba a los padres a través de un entrenamiento en prácticas de crianza. Durante el desarrollo de la investigación, se realizó una medida pre-tratamiento a partir del instrumento estandarizado CBCL/-18 y una posterior a la intervención, con el mismo instrumento, para determinar si existía una diferencia estadísticamente significativa en los resultados; diferencia que daría cuenta de una disminución en las conductas relacionadas con la agresividad y establecidas en los ítems del cuestionario (discute por todo, es cruel, molesta a otros). Posteriormente, se compararon los resultados de los dos grupos con el objetivo de determinar si la intervención cognitivo-conductual, combinada con el entrenamiento a padres, tenía un mayor efecto que la intervención dirigida exclusivamente a los niños; efecto entendido en términos de disminución de las conductas problema. A partir del análisis estadístico, Fajardo y Hernández (2008) concluyen que ninguno de los dos grupos mostró un resultado superior; por consiguiente, la intervención dirigida exclusivamente a los niños y la modalidad que involucra a los padres no difirieron en el grado de mejoría cuantificado. Lo anterior fue explicado por los investigadores considerando que las mediciones posteriores al tratamiento se realizaron justo después de su aplicación; dado que, en otros estudios, en los que se realizaron más mediciones de seguimiento, fue posible identificar diferencias entre las dos modalidades de intervención.

Cabe resaltar que el artículo incluye una definición de la agresividad infantil; además de una discusión respecto a la relación de la misma con las prácticas de crianza de los padres y la efectividad de las intervenciones psicológicas soportadas científicamente. Sin embargo, no se explicitan las razones por las que se elige el rango etario de los 6 a los 12 años para caracterizar la infancia ni se especifica qué se entiende por esta noción. En el apartado correspondiente a las características de los participantes, la centralidad de la discusión se orienta a destacar la validez del instrumento usado para determinar la presencia de conductas agresivas en la muestra seleccionada, de acuerdo con un criterio cronológico.

Lo descrito anteriormente se repite en investigaciones más recientes con un diseño y una orientación similares, tal es el caso del artículo titulado *Children With Anxiety Disorders: Use of a Cognitive Behavioral Therapy Model Within a Social Milieu*, publicado por Kearny, Pawlukewicz y Guardino (2014) en la revista estadounidense de investigación en educación *Journal of Research in Childhood Education*. Los autores trabajaron con 58 niños, entre los 5 y los 14 años de edad, quienes cumplían con los criterios diagnósticos planteados por la versión revisada del DSM-4 para trastornos de ansiedad en la infancia. Previo a la terapia cognitivo-conductual, se aplicó un instrumento denominado Escala Multidimensional de Ansiedad para Niños (Multidimensional Anxiety Scale for Children MASC) con el objetivo de medir dominios conductuales asociados a la presencia de respuestas de ansiedad; entre ellos, síntomas físicos, comportamientos de evitación, dificultades en la socialización y problemáticas en relación a la separación. Este mismo instrumento fue aplicado al final de la intervención, correspondiente a la aplicación de técnicas de manejo emocional de manera grupal durante dos semanas. Adicionalmente, una vez finalizada la intervención, se aplicaron reportes de observación de la conducta del niño por parte de padres y educadores. Considerando el análisis estadístico de la

información recolectada, Kearny, Pawlukewicz y Guardino (2014) concluyen que los niños involucrados en el programa de intervención diseñado mostraron una disminución observable y cuantificable de la sintomatología asociada a respuestas conductuales de ansiedad. En relación a este último punto, resulta pertinente introducir un interrogante por el modo en el que se sustenta la eficacia de la intervención realizada, dado que, se le pregunta a padres y maestros por las manifestaciones conductuales, pero no se le otorga un lugar al niño.

Cabe resaltar que los investigadores formaron tres grupos de trabajo, considerando las edades de los participantes; así, los niños entre 5 y 8 años trabajaron separados de los que se incluían en el rango etario de 9 a 11 años y los de 12 a 14 años. Aunque se hace explícita esta decisión metodológica, no se incluye una discusión respecto del modelo teórico que la sustenta o sus implicaciones en la práctica clínica. En concordancia con lo anterior, los trabajos revisados previamente también dan cuenta del modo en que la pregunta ¿qué es un niño?, desde la práctica cognitivo-conductual, se responde a partir de rangos de edad planteados como criterios de inclusión para hacer parte de la muestra o el grupo de participantes.

En el contexto colombiano, destaca el artículo titulado *Caracterización de los programas de tratamiento cognitivo-conductual para el manejo de problemas de comportamiento en niños y adolescentes realizados en Bogotá entre 2002 y 2008*, publicado por Moreno y Utria (2011), investigadores de la Universidad de San Buenaventura, en la revista *Psicología desde el Caribe*. Este corresponde a un estudio descriptivo, orientado a analizar las características de programas de tratamiento cognitivo-conductual para problemas de comportamiento en población infantil y adolescente. Así pues, los investigadores diseñaron un instrumento correspondiente a una rejilla que facilitaría la recolección de la información, a partir de 28 categorías orientadoras; entre las que se encontraban: datos del programa, tipo de institución que lo realiza, población a la que va

dirigida, tipo de programa, objetivos, antecedentes, fundamentación metodológica, diagnóstico de necesidades, criterios de inclusión de la población a la muestra, actividades, sesiones, técnicas y estrategias, entre otras.

Se abordaron nueve programas en total, buscando describir específicamente los aspectos teóricos, metodológicos y evaluativos de los mismos; de manera cuantitativa y cualitativa. Los autores encontraron que un porcentaje considerable de los documentos analizados se orientaba a población de ambos sexos, con un rango etario entre los 15 y los 11 años (denominados adolescentes en el artículo), de estratos socioeconómicos 1 a 2. Adicionalmente, destacaron la inclusión de antecedentes teóricos y empíricos para el desarrollo de los programas, la predominancia del taller como modalidad de intervención y la especificación de procedimiento de evaluación para dar cuenta de los efectos del programa.

En el apartado de discusión, Moreno y Utria (2011) resaltan la importancia de especificar el sexo, la edad y el estrato de los participantes debido a la influencia de estas para el planteamiento y diseño tanto de objetivos como de técnicas; además, su especificación facilitaría la replicación y la validación empírica del programa diseñado. Aunque se establece una relación entre las variables previamente mencionadas y la puesta en marcha de determinadas modalidades de intervención, no se muestra el marco referencial con el que definen un niño o un adolescente, a partir de intervalos cronológicos. Por otro lado, el abordaje realizado por los autores no considera en su discusión a la clínica cognitivo-conductual como una práctica que emerge en determinado momento histórico, a la luz de intereses económicos, políticos e ideológicos; siendo esta una de las coordenadas fundamentales de la presente investigación.

En lo que respecta a la noción de infancia, más que emerger en tanto concepto, se caracteriza a partir de rangos etarios predeterminados que, junto a otras variables, constituyen

criterios de inclusión y de exclusión de determinada población a intervenir. En el siguiente apartado se referencian trabajos que permiten hacer un contrapunto entre una práctica que supone saber qué *es* un niño, al definirlo en términos de la edad, y la importancia de sostener dicho interrogante; siendo esta, una discusión pertinente para la formación y la práctica clínica en psicología.

La infancia, una noción construida discursivamente.

En *Conceptualizaciones sobre la infancia. De la minoridad al interés superior del niño. Un estudio de las producciones científicas en psicología*, artículo publicado por Di Lorio, Lenta y Hojman (2011) en la revista *Anuario de investigaciones* perteneciente a la facultad de psicología de la Universidad de Buenos Aires, la infancia emerge como una categoría constituida por estrategias sociales, teorías pedagógicas, psicológicas, prácticas jurídico-políticas, entre otras; entramado de discursos sujeto a luchas de carácter económico, ideológico y cultural.

Inicialmente, a partir de un rastreo de antecedentes sobre la problemática de investigación, los autores establecieron dos perspectivas de la infancia, presentes en la legislación argentina; la primera de ellas se relaciona con la *minoría de edad*, desde la que el niño era concebido como ser en déficit que debía ser intervenido a partir de algunas políticas gubernamentales de carácter predominantemente asistencialistas. Posteriormente, con la declaración de los derechos del niño, el desarrollo y la socialización de la infancia pasa a ser responsabilidad del estado; los programas gubernamentales modifican su accionar bajo un paradigma de *protección integral* y de *interés superior del niño*, desde el que se otorga ejercicio gradual a niños y adolescentes de derechos civiles, sociales, políticos, económicos, entre otros.

Considerando las dos perspectivas descritas anteriormente como coordinadas, los investigadores analizaron artículos de investigación y publicaciones derivadas de las Jornadas de Investigación de la Universidad de Buenos Aires, realizadas entre los años 2006 y 2010. Así pues, siguiendo el marco metodológico ofrecido por la teoría fundamentada, una vez clasificados de acuerdo al campo de aplicación o el área de la psicología a la que pertenecían, se realizaron sucesivas lecturas de los documentos; lecturas orientadas a rastrear similitudes y diferencias, lo que facilitó la construcción de categorías temáticas de análisis. La principal categoría fue definida como *supuesto ontológico sobre el niño*, aludía a la diferencia entre trabajos que caracterizaran la infancia desde una perspectiva individual y aquellos en los que se esta era considerada como una construcción socio-histórica.

Adicionalmente, se consideraron las categorías de *rol del niño en la investigación* (activo/pasivo); *Biografía del niño*, entendida como la matriz de significados individuales, sociales o familiares desde los que se ofrece una explicación a los fenómenos de la infancia y el *ámbito de interacción del niño* o los escenarios en los que se consideraba la interacción de los participantes (hospitales, escuelas, clínicas privadas, institutos de menores, entre otros). A manera de conclusión, Di Lorio, Lenta y Hojman (2011) plantean que las categorías generadas permitieron identificar una ausencia de reconocimiento de la infancia en tanto noción socio-histórica y la predominancia de abordajes caracterizados como individualizantes y normativos; especialmente, en los artículos pertenecientes a la psicología educacional, la psicología clínica, la psicopatología la epidemiología y la prevención. En consecuencia, no hay una correspondencia directa entre algunas de las prácticas de la psicología y las transformaciones en la legislación; pues, el niño aparece principalmente como objeto de intervención y no sujeto de derecho.

Aunque este trabajo aborda la infancia en tanto noción construida socialmente y la producción científica en psicología como uno de los discursos que aporta a dicha construcción, el análisis realizado no considera la pregunta por la predominancia del paradigma normativo en ciertas corrientes o enfoques de la psicología. Así pues, la discusión por los supuestos implícitos que subyacen a modelos teóricos, instrumentos de evaluación y técnicas de intervención no es abordada; cuestión que en psicología resulta clave, pues la existencia de diversas corrientes de pensamiento, apuestas terapéuticas y clínicas responde a coordenadas epistemológicas diferenciales que no emergen al margen de intereses políticos, económicos, ideológicos y culturales.

Por otro lado, aunque inicialmente se categorizaron los artículos de investigación, de acuerdo con el área, el campo de aplicación o el enfoque de la psicología, no se consideró el lugar predominante que tienen algunos de estos discursos sobre otros; pues, en concordancia con lo mencionado anteriormente, la psicología no constituye un campo unificado y algunas producciones cuentan, no sólo con validez científica, sino con respaldo institucional. Tal es el caso de la terapia cognitivo-conductual, cuya práctica, a diferencia de otras apuestas clínicas, se contempla en políticas públicas de salud mental; cabe preguntarse, ¿por qué este enfoque y no otro?

Incluso, si a este interrogante se responde aludiendo a los estudios empíricos que dan cuenta del efecto de la TCC, es posible hacer emerger las preguntas: ¿qué se entiende por efectividad? Y ¿de qué manera una propuesta clínica que retoma estrategias propias de diseños investigativos cuantitativos, orientados a probar dicha efectividad, se sirve de determinada noción de infancia que sea posible cuantificar y estandarizar? Estos interrogantes serán abordados en la presente

investigación, cuyo objetivo general se centra en delimitar las características de la noción de infancia que orienta la TCC.

En esta vía de investigación, cabe resaltar el trabajo de doctorado de la socióloga argentina Eugenia Bianchi, titulado *Problematizando la noción de trastorno en el TDAH e influencia del manual DSM* (2012), cuyos resultados se formalizan en un artículo. Su objetivo principal corresponde a analizar la concepción y la circulación del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) presente en publicaciones de amplia difusión: entrevistas a profesionales de la salud y la educación, revistas científicas, libros especializados, páginas de internet y producciones periodísticas, a partir del concepto de <<problematización>> trabajado por Michel Foucault.

Respecto a los aportes, destaca la manera en que la autora hace emerger el problema de investigación atendiendo a las particularidades de su contexto y relacionándolo con su metodología; así, a manera de introducción, sitúa las dos posturas predominantes en relación al TDAH en Argentina: la desestimación de la especificidad del trastorno y, de manera opuesta, la constatación tanto de su origen genético como de sus bases neurológicas. Considerando lo anterior, Bianchi (2012) opta por la noción de problematización desde una perspectiva foucaultiana, argumentando que el eje central de la misma corresponde a la consideración de la multiplicidad de respuestas que han sido formuladas en torno a determinada problemática; rastreando puntos en los que dicha multiplicidad presenta regularidades.

La investigadora trató, entonces, de interrogar aquello que se presenta como respuesta última, consiguiendo ahondar en cómo y por qué ha adquirido dicho estatus. Esta apuesta metodológica soporta la pertinencia de preguntar a la TCC, cuyo respaldo institucional y validación científica pareciera otorgarle un carácter de incuestionable, no sólo por sus modos de

proceder sino por la manera en que su reconocimiento se relaciona con una noción de infancia y un ideal de niño funcional a determinadas condiciones económicas y políticas, enmarcadas en el contexto colombiano.

La lectura de las fuentes escogidas, realizada por Bianchi (2012), le permite identificar que el TDAH encaja en el enfoque de la psicología del desarrollo, al aparecer articulado alrededor de la noción de falla, una falla neurológica o ambiental que justifica una falla comportamental en el niño diagnosticado; ésta última, relacionada con una gradación de la conducta. El niño con TDAH incomoda porque se mueve más, pregunta más, se emociona más, habla de más; ¿con respecto a quién?, aparece, entonces, como respuesta, el concepto del ideal de niño, la media aritmética de las curvas de normalidad y desarrollo. En este orden de ideas, aquello que se entiende por psicopatología infantil resulta indisociable de la noción de desadaptación en tanto pausa, regresión o desviación en el desarrollo.

Adicionalmente, resulta significativo destacar que la revisión de diversas fuentes, desde una apuesta metodológica orientada a la búsqueda de regularidades, le permite a Bianchi (2012) dar cuenta de otra trama discursiva que se moviliza entre las posturas polarizadas mencionadas al inicio: *desestimación del trastorno – constatación de su existencia desde la biología*. Corresponde a un discurso caracterizado por buscar una concepción operativa del TDAH, una que permita el diagnóstico del mismo y la intervención en la práctica profesional. No es de extrañar que manuales como el DSM ocupen un lugar protagónico en esta perspectiva, cuya a-teoricidad no exige tomar posición alguna respecto a las teorías etiológicas; además, de manera conveniente, ofrecen descripciones de manifestaciones comportamentales observables.

Esta misma urgencia por poner a funcionar una práctica sin entrar a discutir su fundamento epistemológico invita a pensar las TCC, dado que la unión de lo cognitivo y lo conductual se

justifica a partir de criterios inscritos en las lógicas de lo económico. No en vano, se privilegia la comprobación experimental de la eficacia de las intervenciones; eficacia pensada en términos de la desaparición del malestar con un mínimo de recursos invertidos y en el menor tiempo posible; efecto que ha de ser cuantificado y traducido en cifras. Lo anterior constituye una apuesta que sólo es posible sostener si, como menciona la autora, se procede a operacionalizar los conceptos al punto de velar su función como orientadores en la lectura de un fenómeno y convertirlos en realidades que *son*, susceptibles de replicar y estandarizar. En concordancia con esto último, la pregunta ¿qué es un niño?, como se evidenció en la revisión de artículos de investigación propios de la TCC, se responde fácilmente a partir de una reducción al criterio cronológico.

Ahora bien, aunque este artículo aporta interrogantes para pensar el problema de investigación que concierne al presente proyecto de grado, Bianchi (2012) retoma principalmente la práctica del diagnóstico y, aunque esta resulta clave para la selección de técnicas o programas de intervención, como se evidenció en los artículos de investigación citados en los primeros apartados, el proceso de evaluación en la TCC hace uso de diversidad de instrumentos y técnicas. Adicionalmente, la información recolectada y su análisis no se organizan de cualquier manera; pues, dichas prácticas constituyen una fase de la intervención cognitivo-conductual, nominada *formulación clínica de caso*, que se orienta por estándares (representación gráfica mediante diagramas, entre otros) de los que dependerá la elección de modalidades de intervención. Así pues, la noción de infancia que orienta esta práctica puede rastrearse, no sólo en el diagnóstico, sino en los otros modos de evaluar e intervenir que le son propios.

Sobre lo *ya dicho* y las posibilidades de un *nuevo decir*.

A manera de conclusión, la revisión realizada permitió identificar que en las investigaciones con orientación propiamente cognitivo-conductual no es posible rastrear una discusión epistemológica respecto de la noción de infancia. Pues, en su lugar se encuentra la selección de determinado rasgo etario, diagnóstico, sexo, entre otras variables, consideradas criterios de inclusión para facilitar la replicación de la intervención realizada. Incluso, en artículos como el de Moreno y Utria (2011), orientados a caracterizar programas de TCC, se resalta la presencia de trabajos que ofrecen evidencia empírica sobre los efectos de las intervenciones y los modelos teóricos desde los que se sustentan determinadas técnicas o estrategias de evaluación; pero, no se discute por qué se eligen determinados criterios para caracterizar la infancia y no otros. En relación a lo anterior, estos trabajos tampoco abordan la TCC desde una perspectiva crítica, considerando que se trata de una práctica cuya validez científica no le excluye de emerger en relación a intereses políticos, económicos e ideológicos de determinado momento histórico.

En el segundo apartado se discutieron dos investigaciones que abordaban la infancia en tanto noción construida socialmente, producto de un entramado de discursos en los que las producciones de la psicología poseen un lugar protagónico. No obstante, ninguno de los dos artículos se refería directamente a la TCC; considerando que esta cuenta con una posición predominante, al poseer el mayor respaldo institucional para su ejercicio. Adicionalmente, el centrarse en prácticas aisladas de la propuesta cognitivo-conductual, como el diagnóstico, se obnubila el modo en el que supuestos implícitos sobre lo que *es* un niño se relacionan entre sí y atraviesan el proceso de intervención en su totalidad; prefigurando el modo en el que se aborda el malestar de quien consulta.

A la luz de lo planteado en los párrafos anteriores, el presente proyecto de grado se orienta a identificar cuál es la noción de infancia implícita en los métodos de evaluación y las técnicas de

intervención TCC; considerando la relación de la misma con el lugar que se le otorga a la palabra del niño y la posibilidad de hacerse cargo de aquello que le aqueja. Finalmente, con este trabajo se espera reivindicar la importancia que tiene sostener la pregunta ¿qué es un niño? tanto para la formación como para la práctica clínica en psicología.

Capítulo 1. Instauración de la infancia, un “llegar a ser”

“Yo no sé de la infancia

Más que un miedo luminoso

Y una mano que me arrastra

A mi otra orilla.

Mi infancia y su perfume

A pájaro acariciado.”

Tiempo – Alejandra Pizarnik

La pregunta por aquello que caracteriza la infancia parece, de primer momento, una cuestión resuelta. Fácilmente, los criterios cronológicos son referenciados para marcar una diferencia entre esta noción, la adolescencia y la adultez; olvidando que sólo hasta el siglo XVIII se volvió una práctica común que reformadores religiosos y funcionarios civiles incluyeran la fecha exacta de nacimiento en los registros civiles. En siglos anteriores, más que designadas con un número, las *edades de la vida* eran descritas aludiendo a las cuatro estaciones o los signos del zodiaco, pues difícilmente las personas tenían conocimiento de su edad (Ariés, 1992); número que, para el hombre contemporáneo, se ha transformado en un referente identitario, un criterio legal y hasta un requisito para acceder a determinados bienes o servicios.

De otro lado, la cuestión de la infancia se remite frecuentemente a la de un paraíso perdido marcado por la inocencia; un adjetivo que aparece asociado al ideal de felicidad ininterrumpida. Desde esta perspectiva, se pasa por alto que los niños y niñas también se angustian, cuando algo

les *hace falta* y, además, en contextos como el nuestro, años de conflicto armado interno les hicieron partícipes de la violencia y de la muerte, tanto en calidad de espectadores como de actores. Incluso, si se opta por referenciar las teorías científicas, no es la misma infancia la que aparece plasmada en los diarios elaborados por naturalistas como Darwin, a partir de estudios de caso, a las modernas teorías del desarrollo caracterizadas por el trabajo con grandes poblaciones, facilitado a partir de la cuantificación.

Consecuentemente, la infancia no corresponde a una categoría unívoca sino a una *noción construida socialmente*, influenciada por condiciones económicas, políticas, culturales; lo que no excluye a la actividad científica, pues el conocimiento también es producido socialmente y su utilidad es cuidadosamente evaluada de acuerdo con las particularidades del momento histórico en el que emerge. Es, a la luz de lo anterior, que la noción de infancia de la terapia cognitivo-conductual (TCC), en su práctica clínica con niños, puede ser pensada en tanto pregunta de investigación; pregunta que concierne al presente proyecto de grado y que será abordada en este capítulo, centrándose específicamente en delimitar sus características.

Para tal fin, se hará mención de los cambios que ha tenido la noción de infancia en diferentes momentos históricos, incluyendo lo referente al contexto colombiano; recorrido desde el que se argumentará una lectura de la noción de infancia orientada en la noción de *formación discursiva*⁴ de Michel Foucault, lo que permite situar algunas de las coordenadas que delimitan su emergencia y su uso en la actualidad. Lo anterior facilitará, a su vez, el rastreo del interés científico por el niño en tanto objeto de estudio, destacando el lugar que ocupa la terapia cognitivo-conductual y la función que cumplen las producciones discursivas elaboradas por la psicología del desarrollo. En lo que respecta al último apartado de este capítulo, a manera de conclusión, se

⁴ Esta noción orientadora se aclarará en un apartado posterior del presente capítulo.

formalizarán propiamente las características de la noción de infancia desde lo cognitivo-conductual, derivadas del rastreo previamente descrito.

De los adultos pequeños al *sentimiento de la infancia*

Pensar la infancia en tanto noción construida socialmente permite preguntarse por el modo en que ésta era entendida en tiempos anteriores y de qué manera dichas concepciones sirven de antecedente para la infancia de este tiempo. El trabajo del historiador francés Phillippe Ariés, en su obra *El niño y la vida familiar en el antiguo régimen* (1992), constituye un referente ineludible al tratarse de una de las investigaciones pioneras en este campo. El autor parte de diversas fuentes como la iconografía popular, la literatura y la poesía para dar cuenta de la imposibilidad de rastrear una perspectiva unívoca y estática de la infancia. Así pues, el interrogante desde el que parte su investigación tiene que ver con la representación de niños y niñas en grabados medievales; ilustraciones en las que, a pesar de avances en las técnicas, el niño es plasmado como un adulto en miniatura. Ariés (1992) se pregunta, entonces, “¿cómo se llega de ahí a los chiquillos de Versalles, a las fotos de niños de todas las edades de nuestros álbumes de familia?” (p.59); interrogante que conserva su vigencia, en una época en la que la imagen del niño constituye un referente frecuente en la publicidad y en los medios de comunicación, dando cuenta de la centralidad que han adquirido los asuntos de la infancia.

El recorrido del autor le permite destacar que, durante la alta edad media, una vez los niños podían valerse por sí mismos eran introducidos en las labores, los juegos y las actividades de la vida adulta; las altas tasas de mortalidad en los primeros años de vida hacían de la muerte de un infante una cuestión natural y, rara vez, se conmemoraba haciendo uso de ritos fúnebres

elaborados, obituarios o monumentos. Sólo hasta el siglo XVII parece emerger en las representaciones culturales un interés por lo propiamente infantil, un *sentimiento de la infancia*, dice Ariés (1992), reflejado en palabras para referir el balbuceo y las expresiones del niño, la aparición de prendas de vestir y juguetes dirigidos exclusivamente a los infantes.

¿Qué permite, a la noción de infancia, pasar de la indiferencia a cierta centralidad en dicho momento histórico? El autor destaca tres transformaciones que permitieron su emergencia: La primera de ellas corresponde a nuevas costumbres y prácticas de higiene que llevaron a una disminución de la mortalidad infantil, facilitando que una mayor atención fuese prestada a los niños pequeños por parte de sus padres; hipótesis que Ariés (1992) argumenta a partir de la aparición, no sólo de ilustraciones familiares en las que los hijos aparecen como el elemento central, sino de retratos de niños que fallecían. Ahora bien, los cuidados dirigidos a la población infantil, en dicho momento histórico, se encuentran relacionados con la segunda transformación destacada por el historiador; esta tiene que ver con la transición de modos de interacción predominantemente comunitarios, en los que el niño ingresaba rápidamente a círculos sociales amplios, en razón de su vinculación laboral, a la emergencia de la *familia nuclear*, la privacidad que esta implicaba y su nueva función como agente de formación moral y espiritual.

Lo anterior conserva una estrecha relación con la cristianización de las costumbres y el énfasis de la iglesia en la familia sagrada como *ideal*. No en vano, el historiador destaca que es, a partir de la maternidad de la virgen María, que “la pequeña infancia entra en el mundo de las representaciones” (Ariés, 1992, p.60); haciendo del niño Jesús, el modelo de lo infantil en la historia del arte. Modelo que además tuvo resonancias en la representación de la infancia como inocente, cándida, tierna, alegre y ajena a la sexualidad; adjetivos que conservan su actualidad en el saber popular y la publicidad, cuestión que será argumentada más adelante en este capítulo.

La tercera y última transformación mencionada por Ariés (1992) tiene que ver con modificaciones en las instituciones educativas. Pues, a diferencia de las primeras escuelas catedráticas o episcopales, en las que los niños tomaban clases junto a los adultos; un aumento en el número de asistentes contribuyó a que se difundiera la práctica de categorizar a niños y niñas en clases diferenciadas de acuerdo con su edad. De este momento histórico en adelante, las instituciones escolares adquieren una posición protagónica, no sólo en la formación y el disciplinamiento, sino en la definición normativa de la infancia como una etapa de la vida; punto al que se retornará en apartados posteriores respecto del *interés científico* por el niño en tanto objeto de estudio.

Otros investigadores pioneros en el rastreo histórico de la noción de infancia se han centrado en fuentes diferentes a las empleadas por Ariés: los modelos de crianza, los modos de socialización, entre otros; situando su emergencia en otros momentos históricos. No obstante, como señala María Victoria Alzate Piedrahita en *La infancia: concepciones y perspectivas* (2003), prevalece la perspectiva de la infancia como una categoría producto de prácticas sociales diversas; prácticas que atraviesan las instituciones, la religión, la política, la economía y las costumbres. Incluso, en el contexto colombiano, el trabajo de las antropólogas Cecilia Muñoz de Castillo y Ximena Pachón (1988), correspondiente a un análisis de la prensa bogotana en el período de 1900 a 1989, les lleva a plantear que a comienzos del siglo XX la noción de infancia empieza a visibilizarse desde las instituciones religiosas y militares.

En relación a lo anterior, la representación del niño estaba asociada a una marcada ambivalencia: era *angelito* y *don de Dios*, pero estaba cargado de impulsos perniciosos que debían ser dominados con disciplina férrea; disciplina tomada del modelo militar y estrictos principios religiosos. Consecuentemente, la escuela y la familia se estructuraban de forma jerárquica, con una

autoridad ejercida de manera distante; *el padre*, quien no departía en el día a día con los hijos pero imponía las normas, y *el maestro*, cuyo lugar en el salón de la clase correspondía a la tarima cercana al tablero, desde la que impartía el saber a los estudiantes.

Ahora bien, Muñoz y Pachón (1988) plantean que, a mediados del siglo XX, condiciones políticas como el triunfo del partido liberal y el gobierno de López Pumarejo, quien propuso una reforma fiscal, permitieron el fortalecimiento del estado a nivel político y administrativo. Entonces, un incremento en el presupuesto estatal facilitó la puesta en marcha de proyectos sociales dirigidos a las necesidades de niños y niñas; proyectos que ya no eran orientados por principios religiosos sino por el saber científico proveniente del creciente número de profesionales en el país. Lo que también se vio reflejado en una nueva concepción de la infancia, desde la que el niño poseía características especiales concernientes a las esferas del pensamiento, lo emocional, lo conductual e incluso la sexualidad. En concordancia con lo anterior, el trato pasó de autoritario y disciplinario a abierto y conciliador; pues, como lo describen algunos periódicos de la época revisados por las autoras, el ideal ya no era un niño obediente sino *independiente*.

Para concluir este apartado, resulta pertinente formalizar los aportes del rastreo histórico realizado; aportes que pueden ser sintetizados en tres puntos clave para la pregunta de investigación. Primeramente, los virajes en los modos de representarse la infancia están relacionados con cambios a nivel político, económico y cultural; por otro lado, dichas representaciones, al caracterizar lo que *es* un niño, establecen lo que este *debería ser*, el ideal en un momento histórico determinado. Finalmente, el tercer punto clave alude a que tanto las representaciones como el ideal que se instaura influyen significativamente en las prácticas con niños y niñas. Entre ellas, la terapia cognitivo-conductual; pues, aunque no fue posible identificar una discusión conceptual explícita respecto de lo que se entiende por infancia, más allá de la

especificación de determinados rangos etarios a manera de criterios de inclusión en investigación, como evidenció el estado de la cuestión, ello no implica que el ideal de niño no opere en el quehacer del psicólogo clínico.

Ahora bien, los puntos clave mencionados resultan útiles en el rastreo de las características de la noción de infancia que concierne al presente trabajo; en particular aquella que orienta la práctica clínica TCC. No obstante, si no se cuenta con lineamientos metodológicos que orienten la lectura crítica de los manuales y protocolos de intervención clínica, el ejercicio analítico podría centrarse, fácilmente, en sacar a la luz una supuesta *versión oculta* de lo que se entiende, desde este enfoque, por infancia y cómo esto se relaciona linealmente con intereses exteriores al campo científico. Razón por la que, asumiendo una orientación de trabajo distinta, se propone una lectura de la noción de infancia entendida como una *formación discursiva*; recurso metodológico formalizado por el filósofo francés Michel Foucault en su obra *La arqueología del saber* (1970). En el siguiente apartado se explorarán los alcances de dicho recurso para la presente investigación y aquello que aporta al objetivo específico del capítulo.

La infancia, formación discursiva.

¿Qué implica leer la infancia en tanto *formación discursiva*? Aunque este interrogante se desarrolla con mayor detenimiento en el capítulo correspondiente a la propuesta metodológica del proyecto de grado, se consideró pertinente incluir determinadas aclaraciones en este capítulo; lo anterior, con el fin de precisar que, más que caracterizar a los niños y niñas de la contemporaneidad, el ejercicio analítico del capítulo se orienta a dar cuenta de *la infancia* en tanto

conjunto de enunciados que prefiguran determinadas prácticas o modos de proceder de la TCC con niños y niñas.

Ahora bien, dichos enunciados no provienen de una disciplina en particular sino de un entramado de *discursos*⁵, entre los que, además de la psicología clínica cognitivo-conductual, se encuentran la medicina, la pedagogía, la publicidad, el derecho, entre otros. Discursos que se entrecruzan, siguiendo determinadas reglas y configurando “las condiciones de ejercicio de la función enunciativa” (Foucault, 1970, p.198); esto es, aquello que puede ser dicho en relación, no a un niño en particular, sino al *ideal de niño*, en tanto sujeto típico de su época. Consecuentemente, optar por un abordaje de la infancia en tanto *formación discursiva* posibilita rastrear el modo en el que esta va tomando forma en la dispersión, se constituye en una multiplicidad que desborda el dominio particular de la psicología y de la salud mental, atravesando lo económico, lo político y lo ideológico.

Atendiendo a lo esbozado en este apartado, se considera pertinente ofrecer algunas coordenadas respecto del *ideal* de infancia en esta época, con el fin de formalizar la posición que ocupan las TCC y la función que cumplen respecto del mismo.

Entre la vulnerabilidad y la peligrosidad.

Parece innegable la importancia que ha cobrado la infancia en la presente época; no en vano, la *Declaración de los Derechos del Niño*, proclamada el 20 de noviembre de 1959, es

⁵ La noción de *discurso* es tomada también desde Foucault, lo que implica reconocer que no se trata meramente de una formación lingüística que remite a un objeto o una realidad instaurada de antemano, sino una práctica que va formando sistemáticamente los objetos de los que se habla a partir de determinadas reglas.

enfática en que “la humanidad debe al niño lo mejor que puede darle” (Humanium, 2013 p.1). Apuesta que se ratifica en las primeras páginas del documento correspondiente a la *Convención internacional sobre los Derechos del Niño CIDN* (1989), donde la posición privilegiada de los derechos del niño se justifica aludiendo a que, de su protección y adecuado desarrollo, “depende la supervivencia, la estabilidad y el progreso de todas las naciones y, de hecho, de la civilización humana” (UNICEF, 2006 p.3). En concordancia con lo anterior, a manera de hipótesis, podría plantearse que la centralidad adquirida por los asuntos de la infancia en los discursos entrecruzados de lo político y lo jurídico, desde un enfoque eminentemente proteccionista, tiene que ver con que se sitúa en cada niño un proyecto social. Por tanto, como plantean Vergara y Bustos (2003), cada niño puede “estar en peligro o ser peligroso” (p.131); ya que, debe ser protegido para minimizar las probabilidades de exposición a condiciones que disminuyan su potencialidad futura; pero, además, estrictamente vigilado, en razón de cualquier indicio de fracaso en la labor socializadora o atisbo del *niño problema*.

De manera semejante, el discurso publicitario y el de los medios de comunicación representa al niño, no sólo en calidad de *objeto de protección*, sino de *objeto de control*. Cuando se trata de destacar su *vulnerabilidad*, se le caracteriza desde la inocencia y la espontaneidad; es la infancia como sinónimo de felicidad perpetua, el niño que ríe en el comercial de pañales y, también, el que, debido a su fragilidad, está en constante riesgo o amenaza. Por otro lado, los noticieros, los programas radiales, los periódicos y las redes sociales aluden al *menor infractor*, el que es partícipe de bandas de acción criminal, de tráfico de estupefacientes o sicariato; niño peligroso que debe ser rápidamente intervenido.

Además, siguiendo los planteamientos de Gómez y Blanco (2005), quienes realizaron un estudio de las representaciones sociales sobre la infancia en los anuncios televisivos, “los niños

son vistos como potenciales consumidores adultos, sobre los que las compañías pretenden suscitar una relación de lealtad” (p.71). Así, el niño como *futuro consumidor* es introducido en los valores del mercado: el *ser* por la vía del *poseer* objetos, las promesas de una felicidad duradera y una juventud eterna; valores que funcionan desde una lógica del *para todos*, razón por la que la *normalización* cobra una importante función, la de hacer de cada uno un individuo *unisex* y *unigoce* ⁶ (Oleaga,2015).

Lo anterior, a partir de arreglos que buscan negar aquello que hace sufrir: la imposibilidad de relacionarse especularmente con el otro, aminorada a partir de medios tecnológicos que respaldan un ideal de comunicación transparente, y la mortalidad, velada por el culto al cuerpo. Arreglos que, de acuerdo con lo planteado por Oleaga (2015), fácilmente pueden tornarse a la lógica de la adicción, en la que el sujeto, más que *consumidor*, termina *consumido*; deviene en posición de objeto.

En el contexto bosquejado anteriormente, no es de extrañar que se multipliquen las normas, los dispositivos de control y vigilancia de la infancia; orientados a producir, como refiere el psicoanalista francés Eric Laurent (2012), “un niño sin ningún defecto, el *cero defecto*” (p.4). Proyecto en el que varias prácticas discursivas hacen su aporte; entre ellas, la institución educativa contemporánea, cuya finalidad se circunscribe a preparar al educando “para su vinculación con la sociedad y el trabajo” (Art. 20 Ley 115 de 1994). No en vano, adopta un enfoque importado del sector laboral-productivo, el enfoque por competencias, entendidas como “un saber hacer en situaciones concretas” (Ministerio de Educación, 2012, p.12). Así, se expone a los niños, desde

⁶ El goce es un concepto formalizado por el psicoanalista francés Jacques Lacan en su enseñanza; cabe resaltar que no debe ser confundido con el uso común del término, entendido como una experiencia de alegría o satisfacción, pues, este se relaciona con el *más de satisfacción* de la pulsión, un empuje que transgrede los límites del organismo, poniendo en tensión lo placentero y lo doloroso. En este caso, se trataría de instaurar el exceso en el consumo, el *más es mejor*, incluso cuando esto supone poner en riesgo la propia vida.

muy temprana edad, a una serie de exigencias (adquisición de varios idiomas, desarrollo de talentos apreciados por la comunidad, ampliación de las competencias sociales) pensadas desde el “*llegar a ser*” un adulto exitoso.

La medicina hace su aporte, los avances en las *tecnologías de la reproducción humana* no sólo permiten procrear a quienes orgánicamente se encuentran limitados para hacerlo; también permiten un *diagnóstico genético de preimplantación* (DGP), un test realizado por un experto que, al extraer una o dos células de un embrión, puede detectar la probabilidad de desarrollo de anomalías genéticas (American Society For Reproductive Medicine, 2012). Por otro lado, como señala Fraser (2006), la venta de óvulos y espermatozoides constituye un rentable mercado en el que el precio aumenta de acuerdo con las características físicas del donante y las probabilidades de que determinado color de cabello o de ojos pueda ser heredado. Incluso, cuando la procreación se da, inicialmente, sin intervención médica alguna; la ecografía es una práctica reglamentaria del control prenatal en la que se materializa la primera aparición del niño y también su primer examen. Por lo que, siguiendo a Gérard Wacjman en *El ojo absoluto* (2011), el niño, que venía a la existencia antes de nacer por la vía del lenguaje, hablado e imaginado, tiene lugar ahora en lo visible, por la vía de la mirada; cuestión que no es sin efectos.

En lo que respecta al psicólogo, hace parte de otro arsenal de profesionales, “evaluadores de toda clase que justiprecian las posibilidades que tiene el nene de ir a la cárcel a los quince años” (Wacjman, 2011, p.36). No en vano, la identificación de determinantes sociales para diversas problemáticas corresponde a un campo de investigación prolífico y respaldado por numerosas instituciones. A partir del recorrido realizado, se ha intentado argumentar que la centralidad de la infancia en ésta época se relaciona con la significancia que ha cobrado respecto del éxito o el fracaso de un proyecto social; proyecto que se constituye en determinado ideal de hombre: el

consumidor. Por consiguiente, cada niño encarna una dualidad: objeto de protección-objeto de control y, desde ésta lógica, se multiplican las prácticas de vigilancia y de normalización que, desde el ideal, intervienen con niños y niñas singulares.

Atendiendo a lo anterior, los aportes de los saberes científicos como la medicina, la educación y la psicología tienen un lugar privilegiado. En el siguiente apartado se esclarecerá de qué manera se relacionan estos tres discursos; lo anterior, con el fin de rastrear cuál es el lugar de la TCC y qué relación tiene esto con la noción de infancia que orienta su práctica. Pues, siguiendo a Foucault en *Verdad y poder* (1971), la producción de *verdades*, bajo la forma del discurso científico, “está sometida a una constante incitación económica y política” (p.143), lo que posibilita una extensiva difusión y consumo de aquello que estos discursos producen como objeto de estudio.

Sobre el interés científico por la infancia, produciendo el *Cero defecto*.

Previo al desarrollo del apartado, resulta pertinente aclarar que, en adelante, se retomarán conceptos, teorías, técnicas y procedimientos de investigación considerando que éstos se hacen significativos al interior de *prácticas discursivas*; en las que, haciendo uso de sistemas conceptuales, lingüísticos o representacionales, atravesados por la cultura, se construye sentido. Lo anterior constituye un terreno desde el que se ejercen *relaciones de poder* que determinan el volcamiento de los sentidos contruidos en *verdades*.

Ahora bien, las verdades que ocupan a la medicina, la psicología y la educación son verdades *de* y *sobre* la vida misma; puestas en circulación en el marco de un conjunto de estrategias de saber-poder que, desde su articulación en el siglo XVIII, constituyen procedimientos políticos

centrados en el gobierno y la administración de la vida, consagrándole a la producción (Morales, 2011). Este fenómeno fue rastreado por Michel Foucault y formalizado a partir del concepto de *biopoder*; noción que servirá para esclarecer el lugar que viene ocupando la práctica clínica cognitivo-conductual en los discursos científicos que intervienen para disciplinar la infancia.

La medicina, la psicología y la educación constituyen disciplinas con intereses y objetos epistémicos distintos; no obstante, todas ellas se reconocen, en mayor o menor medida, como *disciplinas científicas*. Es decir, adscritas a un paradigma de verdad, propio de la modernidad, caracterizado, no por la *verdad acontecimiento* (Foucault, 2003) que dependía de su producción en un momento privilegiado: la revelación en el oráculo, los mensajes ofrecidos por los astros, la iluminación divina; sino por una *verdad constatación*, producto de la introducción de lo universal en su producción: “cualquiera puede tener acceso a ella porque ella está presente por doquier y siempre” (Foucault, 2003, p. 290); producción que comprende la generación de fenómenos constatables, susceptibles de replicación por todo aquel dispuesto a conocer.

Una vez hecha ésta aclaración, a continuación, se ilustra la red de relaciones entre medicina, psicología y educación. Partiendo, entonces, por la dupla *medicina-psicología*; alianza que ha permitido, a la psicología que se orienta por lo cognitivo-conductual, legitimar científicamente su discurso. Sin embargo, esta legitimación se presenta, hasta la contemporaneidad, como una empresa inalcanzada, cuyo principal propósito constituye la construcción de una posición discursiva homologable a la medicina.

De ésta manera, la psicología deviene en *ciencia de la salud* y el sujeto en paciente; a partir de la adaptación de formas de proceder propias del ámbito médico, como es el caso del modelo, ampliamente difundido, de *Medicina Basada en la Evidencia*, cuya principal característica es la de proponer el uso de la evidencia, integrada a las características propias de cada paciente, para

tomar decisiones clínicas (Sacket et al. 1996). Modelo que ha sido adaptado para constituir una “práctica psicológica basada en la evidencia”, con el objeto de “integrar ciencia y práctica” (APA, 2006, p. 273) y lograr la estandarización de tratamientos o formas de proceder en la clínica, de acuerdo con el diagnóstico de los pacientes.

Ahora bien, para comprender la inclusión de la educación en la dupla medicina-psicología, habrá que demarcar algunas coordenadas históricas, referenciando nuevamente el trabajo del historiador Phillipe Ariés (1992), quien ubicó la emergencia de la noción de infancia en el siglo XVII como un constructo social propio de la modernidad. Es, precisamente, en dicho momento histórico, en oposición a la inocencia y jocosidad que en épocas anteriores revestía lo infantil, donde surge el interés, propio de moralistas y educadores, por “penetrar la mentalidad de los niños para adaptar mejor a su nivel los métodos de educación” (p.185).

No es de extrañar que algunos de los primeros estudios de la infancia provengan de pedagogos y filósofos; entre ellos, figuras importantes como las de Locke y Rousseau (Delval,1998). Sin embargo, en la modernidad, el funcionamiento de la institución escolar sufre importantes transformaciones; entre ellas, su emergencia como “una especie de aparato de examen ininterrumpido que acompaña en toda su extensión la operación de la enseñanza” (Foucault, 2009, p.217). Examen entendido en términos de un conjunto de técnicas que permiten calificar al evaluado, clasificarlo en relación a los resultados de otros e intervenirlo; al respecto, dice Foucault en *Vigilar y Castigar* (2009) que dicha estrategia “establece sobre los individuos una visibilidad a través de la cual se los diferencia y se los sanciona” (p.215). Esto es, precisamente, lo que da un lugar a la educación en la dupla medicina-psicología; dado que, en adelante, la *escuela examinadora* interpelará a estas dos prácticas discursivas, no sólo por modelos teóricos, sino por

técnicas de evaluación que le permitan hacer más efectivas sus prácticas pedagógicas, además de legitimarlas como científicas.

Así pues, como se ha intentado argumentar, es posible rastrear un entrecruzamiento discursivo entre medicina, psicología y educación, en tanto discursos científicos sobre la infancia; caracterizados por la producción de saber que no es ajeno a fines económicos, políticos y sociales. Pues, se trataría de conocer “¿En qué aspectos tal o cual tipo de estimulación, tal o cual forma de vida, tal o cual relación con los padres, los adultos, los otros podrán cristalizar como capital humano” (Foucault, 2008, p.233); pregunta que se relaciona con la identificación de las variables que deben estar presentes para producir un niño *cero defectos*, pensado desde las lógicas del *llegar a ser* un adulto exitoso. Consecuentemente, toda teoría o práctica sobre *la infancia*, en tanto formación discursiva que convoca a éstas tres disciplinas, no puede ser considerada sin hacer referencia a las particularidades de dicho entrecruzamiento; incluso la práctica clínica cognitivo-conductual.

Ahora bien, ¿qué lugar ocupa la clínica cognitivo conductual en los discursos científicos sobre la infancia? ¿qué puede decir ese lugar sobre la noción de infancia implícita en sus modos de intervención? Para dar cuenta de lo anterior, resulta pertinente situar primeramente cómo se define la terapia cognitivo-conductual; pues, la intervención se constituye en razón de esta definición y la noción de infancia debe resultar concordante con esta misma.

El lugar de la TCC en los discursos científicos sobre la infancia

La TCC es definida como una práctica de la psicología clínica, caracterizada por la utilización de metodología experimental en el desarrollo de un conjunto de técnicas y estrategias de intervención⁷, orientadas a “flexibilizar los modos patológicos del procesamiento de la información” (Bunge, Gomar y Mandil, 2009, p.10); dado que uno de los supuestos fundamentales que la rigen es la *interrelación* entre pensamiento, emoción y conducta. Así, pensamientos maladaptativos estarían a la base de reacciones emocionales negativas y *conductas disfuncionales*; entendidas, estas últimas, como aquellas que dificultan el desenvolvimiento del individuo en su actividad social, académica o laboral.

En consecuencia, se trata de un enfoque psicoterapéutico que, siguiendo lo planteado por Hernández (2007) en *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud* (2007), es principalmente *educativo*; en tanto busca enseñar al paciente a identificar pautas de pensamiento o creencias, reconocer la relación de estas con determinadas reacciones emocionales y la emergencia de respuestas conductuales que le impiden funcionar.

Ahora bien, lo planteado anteriormente permite identificar dos puntos claves para situar el lugar que ocupa la TCC en el entramado de discursos científicos que se interesan por la infancia. En primer lugar, la terapia cognitivo-conductual puede ser leída como una práctica discursiva que

⁷ De acuerdo con lo planteado por Becoña y Oblitas (1997), en <<Terapia Cognitivo-conductual: antecedentes técnicas>>, las técnicas y estrategias de intervención utilizadas propiamente por este enfoque pueden ser caracterizadas en tres grupos: las de *reestructuración cognitiva*, las de *habilidades de afrontamiento* y las de *solución de problemas*.

Cabe aclarar que en la presente investigación no se considerarán técnicas pertenecientes a la denominada *generación conductual*; correspondiente a un grupo de terapias, surgidas a finales de la década de los 90 como respuesta a las limitaciones del modelo TCC. Entre las que se encuentran: la terapia de aceptación y compromiso, la terapia de conducta dialéctica, la terapia cognitiva con base en el mindfulness, entre otras. Su exclusión del análisis realizado obedece a que la práctica propiamente cognitivo-conductual, correspondiente a la segunda generación de terapia conductual, sigue siendo la que cuenta con mayor respaldo institucional, derivado de su validación científica, justificada a partir de numerosas investigaciones experimentales que comprueban empíricamente su efectividad (Hoffman, Sawyer & Fang, 2010). En adición a lo anterior, las estrategias de evaluación y técnicas de intervención de esta generación ocupan un lugar predominante en los manuales de formación clínica.

adopta la metodología experimental aplicada al contexto de la psicoterapia; por lo que se orienta a la estandarización y la replicación de procedimientos de intervención, en el marco del proyecto, previamente mencionado, de legitimación científica de la psicología. No en vano, siguiendo lo precisado en el estado de la cuestión, una revisión en bases de datos permite identificar que numerosos artículos de investigación se centran en determinar la *eficacia terapéutica*; entendida como la eliminación de la conducta que impide funcionar al paciente o la sintomatología atribuida a determinado trastorno, la duración de este efecto mientras se mantiene la terapia, una vez esta ha culminado y los costes de dicha intervención.

Lo anterior ha permitido que la práctica cognitivo-conductual sea incluida dentro de los tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica clínica basada en la evidencia para un diverso tipo de problemáticas que van desde la intervención en trastornos de la conducta alimentaria, depresión, trastornos de ansiedad hasta el tratamiento con ofensores sexuales (Echeburúa, Salaberría, Corral y Polo, 2010). El segundo elemento a resaltar corresponde al énfasis en la modificación de pensamientos o creencias disfuncionales; pues, de esta manera, se minimizarían las respuestas emocionales y las *conductas desadaptativas*, aquellas que no permiten a quien consulta trabajar, estudiar, desenvolverse adecuadamente en su contexto. Así, el fin último de la intervención terapéutica cognitivo-conductual, el de *adaptar* al paciente, fácilmente puede ser relacionado con la construcción de *capital humano* en el adulto y la producción del *cero defecto* en la infancia. Esto ha tenido gran consecuencia en los niños, a quienes se les exige tempranamente que operen desde las lógicas del rendimiento y la competencia.

A la luz de lo anterior, no es de extrañar que la terapia cognitivo-conductual sea una práctica de apoyo en ámbitos hospitalarios; espacios en los que su intervención se orienta a modificar pensamientos, creencias e interpretaciones del paciente que dificultan el tratamiento

médico o la adherencia a la prescripción del experto. Por otro lado, al tratarse de un enfoque educativo o psicoeducativo, sus intervenciones incursionan en los ambientes escolares, en problemáticas que generan malestar a las instituciones; entre ellas, el fracaso escolar y las dificultades de convivencia. Lo anterior, a partir de la aplicación de las técnicas procedentes de la práctica clínica, pero adaptadas al trabajo con grupos.

La aplicación de la TCC en espacios tan diversos, debido a la utilidad de su propuesta terapéutica entendida como adaptación del individuo al contexto, junto con el respaldo que le ofrece el discurso científico, le han permitido hacerse a una importante posición institucional; incluso, en algunos países como Reino Unido, el desarrollo de políticas públicas en salud mental privilegia exclusivamente el acceso gratuito a sesiones de TCC y otras terapias psicológicas avaladas por el modelo de psicología basada en la evidencia (Health and Social Care Information Centre, 2015).

Ahora bien, lo esbozado en relación a aquello que caracteriza la TCC y el lugar privilegiado que ocupa en los discursos científicos, hace posible formular dos coordenadas respecto de la noción de infancia que orienta su práctica. En primer lugar, dicha noción debe ser *flexible a la estandarización y la replicación* que supone la validación a partir de procedimientos experimentales; pues, como señalan Echeburúa y Corral (2001), los ensayos clínicos para probar la eficacia de intervenciones terapéuticas requieren de la aplicación de tratamientos claramente descritos, con un número de sesiones determinadas y un conjunto de técnicas orientadas a tratar al menos 30 pacientes con características similares, un mismo diagnóstico y/o sintomatología. En segundo lugar, el fin último de la intervención es la adaptación del paciente a su contexto o el adecuado desenvolvimiento del mismo en las áreas sociales, laborales y/o educativas. En este

sentido, la noción de infancia que orienta la práctica clínica cognitivo-conductual no es ajena a la construcción del niño sin ningún defecto, el ideal del *cero defecto* previamente mencionado.

En el siguiente apartado, se formalizan otros indicios derivados de la revisión de manuales de intervención clínica cognitivo-conductual y guías de intervención.

Bordes de una noción de infancia según la TCC, algunos deslizamientos en los manuales.

Primeramente, es importante destacar que se revisaron seis manuales⁸ de terapia cognitivo-conductual con niños; textos cuya selección fue realizada considerando que su contenido es ampliamente citado en artículos de investigación relacionados con la intervención clínica y, adicionalmente, son incluidos en las referencias bibliográficas de guías cátedra pertenecientes a programas de formación, tanto a nivel de pregrado como de posgrado. Cabe resaltar que en ninguno de los documentos fue posible identificar un concepto claro de infancia o una discusión

⁸ Los textos consultados corresponden al *Manual de terapia cognitivo conductual para niños y adolescentes* de Szigethy, Weisz y Finding (2012), publicado en inglés por la Asociación Psiquiátrica Americana (APP); la segunda edición de *Handbook of Cognitive Behavioral Therapies* (Dobson, 2003), específicamente el octavo capítulo titulado *Cognitive Behavioral Therapy with youth* y elaborado por los doctores en psicología clínica infantil Lauren Braswell y Philip C. Kendal; el manual práctico de terapia cognitivo conductual para niños y adolescentes, titulado *Pensar bien – sentirse bien*, del director de investigaciones en psicología clínica infantil de la Universidad de Bath en Reino Unido, Paul Stallard (2007).

En lo que respecta a los tres documentos restantes, aunque en su título no incluyen explícitamente la terapia cognitivo-conductual, la orientación se hace explícita en el contenido de los mismos. Estos son, *El manual de psicología clínica infantil y del adolescente*, compilado bajo la dirección y coordinación de Vicente E. Caballo y Miguel Ángel Simón (2006); la segunda edición de *Tratamientos conductuales en la infancia y la adolescencia. Bases históricas, conceptuales, metodológicas, situación actual y perspectivas futuras*, compilada por Olivares, Méndez y Maciá (2003) y publicada en Madrid por Ediciones Pirámide. Finalmente, la guía de intervención titulada *Terapia de conducta en la infancia* de Inmaculada Moreno García (2002), doctora en psicología de la Universidad de Sevilla, y publicada también por la editorial española Pirámide.

respecto del mismo. No obstante, la pregunta por las características específicas de la TCC aplicada a niños y la psicopatología infantil constituyen dos problemáticas abordadas en mayor o menor medida por los documentos; problemáticas que ofrecen indicios respecto de la pregunta por la noción de infancia que orienta la propuesta cognitivo-conductual.

En lo que respecta a las características específicas de la clínica cognitivo-conductual aplicada a niños, dentro de los aspectos que le definen y diferencian de la terapia aplicada a adultos, los documentos revisados señalan la necesidad de adaptar el plan de tratamiento y las técnicas aplicadas considerando las habilidades de quien consulta; habilidades que son caracterizadas, no desde la particularidad de cada caso, sino de acuerdo a la edad: “La TCC tiene que ser divertida, interesante y atractiva, además de incluir unos materiales y unos conceptos correspondientes al nivel apropiado a la edad” (Stallard, 2007, p.42); lo anterior, con el fin de maximizar los efectos de la intervención. No obstante, se recomienda al terapeuta evaluar con mayor exactitud el grado de desarrollo de las capacidades atencionales, de razonamiento conceptual, la comprensión y la fluidez verbal a partir de instrumentos estandarizados (test y escalas psicométricas), con el fin de determinar que se adecúen a un *patrón de desarrollo normativo*. Siendo, este último, un concepto que se relaciona estrechamente con la segunda problemática formalizada en los manuales, la de la psicopatología infantil.

En concordancia con lo anterior, el concepto de *desarrollo normativo* aparece asociado a la pregunta por establecer un límite entre un funcionamiento anormal y normal en el niño; no en vano, Caballo y Simón (2006) plantean que cualquier juicio sobre la desviación o atipicidad de una conducta infantil debe estar orientado por una “comprensión del funcionamiento normativo de desarrollo, tanto con respecto a la actuación del niño relativa a iguales del mismo sexo/edad como con respecto a la propia línea base del desarrollo del niño” (p.35). Incluso, en algunos de los

textos se propone reemplazar la noción de trastorno en la infancia por la de *fracaso adaptativo*⁹, entendido como una desviación, una exageración de tendencias, una interferencia en el progreso normal o un fracaso en conseguir determinada habilidad de acuerdo con lo esperado para determinado momento cronológico del desarrollo; en síntesis, “la desadaptación es una pausa, una regresión o una desviación en el desarrollo” (Caballo y Simón, 2006, p.40).

De manera que *la psicología del desarrollo* aparece en los documentos como una constante; cumpliendo principalmente dos funciones, la de permitir la adaptación de los métodos y técnicas de intervención para maximizar su efecto y la de ofrecer criterios para la categorización de una conducta como *anormal*, considerando un patrón de habilidades que deben ser adquiridas en determinados momentos cronológicos. ¿Qué implicaciones tiene esto para la pregunta que concierne a esta investigación? En primer lugar, la revisión de los manuales permitió identificar la influencia de las teorías de la *psicología del desarrollo* en la caracterización de la noción de infancia que orienta la práctica clínica cognitivo-conductual; pues, más que formalizar una definición propia de infancia, se acude a los conceptos, las teorías, los métodos y las técnicas de la perspectiva desarrollista. Por otro lado, la relación establecida en los documentos entre los modos de intervención y las características atribuidas al paciente, de acuerdo con su edad o ubicación en determinada etapa del desarrollo, permite entrever que la noción de infancia, aunque no se haga explícita, tiene efectos sobre el modo en el que se aborda al niño en la clínica y la posibilidad de que le sea brindado un espacio para producir un saber sobre aquello que le genera malestar; pues, dicha noción orienta la manera en que se le escucha y es considerada su queja.

⁹ Cabe preguntarse quién fracasa en el llamado *fracaso adaptativo*, ¿fracasa el niño por no alienarse a las expectativas?, ¿fracasan los padres?, ¿fracasan los educadores y demás profesionales, en la producción de un niño *cero defecto*? Más aún, ¿quién logra estar a la altura del ideal de la época? y, en este orden de ideas, ¿quién se salva del *fracaso adaptativo*? Estos interrogantes serán retomados en el apartado de conclusiones del presente capítulo.

En razón de lo anterior, los siguientes apartados se centran en esclarecer los aportes de la psicología del desarrollo en la construcción de la noción de infancia que orienta la clínica cognitivo-conductual. Considerando que, al igual que lo discutido respecto a otros discursos científicos que se interesan por la infancia, sus prácticas no son ajenas a intereses políticos, económicos y a los ideales de la época; por el contrario, estos constituyen *condiciones de emergencia* de determinados aportes teóricos, metodologías e instrumentos de investigación. No en vano, los minuciosos estudios de caso con los que se dio inicio a la psicología del desarrollo han sido reemplazados mayoritariamente por investigaciones en las que se trabaja con grandes poblaciones; ¿qué es lo que permite este viraje? ¿cuáles son sus implicaciones? Con el fin de formalizar algunos elementos respecto de estos interrogantes, se incluye una síntesis de los antecedentes históricos de la psicología del desarrollo; posteriormente, se retoman algunas de las teorías mayormente respaldadas en la actualidad y los métodos e instrumentos de investigación usados para su validación. Lo anterior, con el fin de rastrear las coordenadas de la noción de infancia que se propone y de qué manera dicha noción encaja en la propuesta de la TCC.

Edades de la vida, edades de la civilización, normalidad, anormalidad. Anotaciones sobre los antecedentes de la psicología del desarrollo.

En la introducción del presente capítulo ya había sido mencionado el modo en el que durante la edad media *las edades de la vida* eran caracterizadas a partir de los signos del zodiaco, las cuatro estaciones e, incluso, los meses del año. Se trataba de mostrar la correspondencia entre la biología humana y los principios de la naturaleza; dice Ariés (1992) que la estructura cíclica de las edades de la vida correspondía a “una continuidad inscrita en el orden general y abstracto de

las cosas, más que en la experiencia real, pues pocos hombres tenían el privilegio de atravesar todas las edades de la vida” (p.44).

Del siglo XIV al siglo XVIII este saber sobre la continuidad cíclica de las edades de la vida es comúnmente representado en la iconografía popular; las *escalas de la vida* correspondían a ilustraciones en las que de manera ascendente se mostraba desde el niño jugando con su caballito de madera hasta el viejo sabio barbudo a la espera de la muerte. Siguiendo a Ariés (1992), cabe resaltar que la insistente repetición de estas láminas en almanaques, objetos familiares y elementos decorativos respondía a la función de las mismas: la de perpetuar un orden en la sociedad; pues, en ellas, la vida aparecía delimitada en segmentos que “correspondían a formas de actividad, tipos físicos, funciones, formas de vestirse” (p.46).

Ahora bien, el surgimiento del *sentimiento de la infancia* a finales del siglo XVII y comienzos del siglo XVIII y, en relación a esto, el papel protagónico tanto de las instituciones escolares como de la emergente familia nuclear, dieron lugar a dos tipos de trabajos que no se limitaban a representar el niño en escenas cotidianas de juego. Primeramente, las *biografías infantiles*, diarios escritos por padres o cuidadores en los que se consignaba el día a día del niño durante sus primeros años; tomando nota de sus movimientos, el balbuceo, sus primeras palabras, sus juegos, sus preguntas. En segundo lugar, los trabajos de filósofos y pedagogos que constituían un esfuerzo por caracterizar las condiciones y los modos de proceder en materia de educación para maximizar sus efectos.

En este momento histórico, hacen su aporte personajes como Jean Jacques Rousseau, cuya obra *Emilio o De la educación*, publicada en 1762, constituye un referente ineludible. Pues, contribuyó significativamente a la emergencia de la representación de la infancia como un estadio con *características propias* en el que, si bien la debilidad y la carencia de razón son predominantes,

el niño posee la capacidad innata de alcanzar logros superiores que le conduzcan progresivamente a la adultez; dice Rousseau (1973), “nosotros nacemos capacitados para aprender, pero no sabiendo ni conociendo nada” (p.25). Ahora bien, como señala Alzate (2003), el saber pedagógico en dicho momento histórico contribuyó significativamente a la consolidación de la institución educativa moderna, ya que fundamentó la necesidad de crear espacios diferenciados para la educación del niño; lo que llevaría, a su vez, a los movimientos a favor de la escolarización completa de la infancia y la creación de las instituciones necesarias para tal fin.

Sin embargo, es propiamente a finales del siglo XIX donde se puede situar la emergencia de la psicología en tanto ciencia. Es la época de los primeros experimentos sobre la conciencia y los procesos sensoriales básicos, llevados a cabo por el fisiólogo alemán Wilhelm Wundt en su icónico laboratorio de Leipzig; además de la publicación de la obra de Charles Darwin *La expresión de las emociones en los animales y en el hombre*, texto en el que se ilustraba el uso de métodos de investigación como la comparación con modelos animales, la observación de niños que no hubieran adquirido determinadas habilidades, entre otros. En este contexto, va a surgir un renovado interés por estudiar la infancia, el niño en tanto objeto de estudio; interés que, siguiendo lo planteado por Foucault en *El poder psiquiátrico* (2003), va a permitir la difusión de la *función psi*, su extensión a instituciones de carácter disciplinario ¹⁰ como la escuela, el ejército, el taller o la fábrica en las que el saber del psiquiatra, el psicólogo, el psicopedagogo va a cumplir una función de control, al introducir un discurso de normalización.

¹⁰ Lo disciplinario es una noción tomada también de Michel Foucault. Se trata, entonces, de un concepto que alude a determinada forma de poder orientada al control del cuerpo, con el fin de hacerle dócil y útil. Así pues, la función principal del poder disciplinario es *enderezar conductas* con el fin, no de reducir las fuerzas del individuo, sino de “multiplicarlas y usarlas” (Foucault, 2009 p.99) en la producción. Lo que se logra a través de mecanismos como la *vigilancia jerárquica*, relacionada con el ver sin ser visto; la *sanción* de la falta, entendida como una ineptitud en el alcance de determinado nivel requerido y orientada a la corrección como normalización y, finalmente, el *examen*, instrumento que permite la categorización de un individuo con respecto a un grupo y la delimitación de la intervención que permitiría su optimización.

Ahora bien, la génesis de este discurso se relaciona estrechamente con el estudio del niño; propiamente, con la emergencia de categorías como el *niño idiota* y el *niño retrasado*. Nociones que, como señala Foucault (2003), la nosología psiquiátrica empezó a diferenciar de la locura; pues, se trataba de una detención o de una disminución en la velocidad del desarrollo, entendido como una dimensión temporal común a todos, “una especie de óptimo, una regla de sucesión cronológica con un punto ideal de culminación” (p.237). Así, la construcción discursiva de una regla, de un camino prefigurado, permitió establecer la diferencia entre lo normal y lo anormal, además de creación de diferentes instituciones para la reclusión y tratamiento de quienes se alejaban de la norma. Lo anterior tuvo importantes resonancias en la consolidación de determinados modelos sociales, políticos y económicos; a manera de ejemplo, como lo señala Erica Burman, en su libro *Deconstructing developmental psychology* (2008), el estudio comparativo entre el desarrollo de los niños y el de <<los salvajes>> o miembros de culturas caracterizadas como primitivas, ofreció una justificación al *imperialismo*, estableciendo una jerarquía que suponía la racionalidad del hombre occidental como superior y, por consiguiente, justificaba la intervención de este.

La naciente psicología también hizo su aporte a la construcción de la norma del desarrollo. A finales del siglo XIX, como señala Delval (1988) en *Sobre la historia del estudio del niño*, la psicología de corte desarrollista empieza a consolidarse como un campo de investigación reconocido. No en vano, emergen y se difunden obras como *El alma del niño* del fisiólogo inglés William Preyer, publicada en 1882, y en la cual se retoma el método de la observación con el que se construyeron las primeras biografías infantiles. No obstante, el autor será uno de los primeros en cuestionar el estatuto científico de dicho método, proponiendo la sistematización y la experimentación como complemento del mismo; razón por lo que el texto se considera fundante

para los psicólogos del desarrollo. De otro lado, el trabajo del educador y psicólogo norteamericano Stanley Hall, quien en 1883 diseñó un cuestionario para identificar los conocimientos que los niños poseían al entrar a la escuela; el instrumento se aplicó a doscientos niños en la ciudad de Boston e inauguraría el esfuerzo creciente por adoptar el análisis de grandes datos como parte importante de la investigación y la injerencia formal de la *función psi* en la institución educativa.

No en vano, alrededor de 1890, Alfred Binet inicia los estudios que le llevarían a formalizar, en 1905, uno de los primeros test de inteligencia; instrumento que introducía la novedosa posibilidad de situar al evaluado en relación a otros de su misma edad y que, en adelante, constituiría el modelo a seguir para argumentar la pertinencia de los criterios cronológicos en el establecimiento de la *norma del desarrollo*. Cabe resaltar que, en adelante, al psicólogo le será encargada la función de determinar con exactitud quien debe acceder a instituciones educativas regulares y quien debe recibir atención especializada, orientada a que su desempeño se aproxime al esperado para su edad. Lo anterior, a partir del instrumento disciplinario del *examen*, cuya principal característica es hacer visible al evaluado de manera que pueda ser calificado, clasificado e intervenido a partir de procedimientos estandarizados; esto, con el fin de ideal entendido como *cero defectos*.

El siglo XX dio lugar, por una parte, a los trabajos teóricos más significativos en psicología del desarrollo; entre ellos, Piaget y su reconocida teoría del desarrollo cognoscitivo, cuyo lugar en la formación de *profesionales psi*, enfermeras, médicos, trabajadores sociales, educadores, entre otros profesionales que trabajan con niños, sigue siendo predominante. Además de los trabajos de Vygotsky, de cuya teoría se rescatan algunos conceptos para argumentar la importancia del contexto social en el desarrollo de la cognición y el comportamiento. Por otro lado, siguiendo lo

planteado por Delval (1988), una creciente corriente de investigaciones que destacaban la importancia de comprobar experimentalmente, con grandes poblaciones, los modelos teóricos generados; no en vano, figuras como la de Gesell, quien introdujo técnicas como el registro cinematográfico de la conducta infantil y las cámaras con espejos unidireccionales para facilitar la observación, tuvieron un importante lugar en la consolidación de la psicología evolutiva.

Así pues, el campo de investigación evolutivo o del desarrollo no sería ajeno al esfuerzo por legitimar científicamente el discurso de la disciplina psicológica. En concordancia con lo anterior, los años posteriores se caracterizan por numerosas investigaciones orientadas a validar experimentalmente la adquisición de ciertas habilidades en determinados momentos cronológicos; además de ratificar la validez de dichos modelos teóricos para diversas culturas y a la luz de la injerencia de otros discursos como el de la inteligencia artificial o las tecnologías del procesamiento de la información.

Hasta aquí, ha sido posible dar cuenta de algunas de las condiciones que propiciaron el nacimiento de la psicología del desarrollo y, entre ellas, la más importante, su aporte significativo a la construcción de criterios diferenciales entre lo normal y lo anormal; criterios que han permitido y justificado el nacimiento de numerosas instituciones especializadas, así como la injerencia de profesionales *psi* en la escuela, la fábrica, las organizaciones gubernamentales, entre otras. Adicionalmente, se ha argumentado la relación de dicho aporte con determinadas agendas políticas y económicas a lo largo de la historia; relación que se ejemplificó referenciando el estudio comparativo entre el desarrollo de los niños y el de <<los salvajes>> o miembros de culturas caracterizadas como primitivas, cuyos resultados establecieron una jerarquía que suponía la racionalidad del hombre occidental como superior y, por consiguiente, justificaba la intervención de este en otras culturas. En lo que respecta a la problemática que concierne al presente capítulo,

cabe decir que la noción de infancia aportada por la psicología evolutiva, en tanto normativa, se relaciona también con la construcción de un punto ideal; ideal del *cero defectos* al que ya se había aludido previamente, lo que explica además su importancia en la delimitación de la psicopatología infantil.

Por otro lado, el recorrido formalizado anteriormente, permitió dar cuenta del modo en el que el esfuerzo por legitimar el discurso de la psicología del desarrollo, bajo el paradigma de la *verdad científica*, supuso la transformación y el predominio de determinados métodos y técnicas de investigación. La observación que dio lugar a las primeras biografías infantiles no es la misma que se ve perfilada en el método clínico empleado por Piaget para dar forma a su teoría, tampoco en los estudios basados en los registros de video o aquellos en los que el investigador cuenta con una rejilla de variables a las que debe prestar atención. En relación a lo anterior, siguiendo lo planteado por Burman (2008), los métodos de investigación implementados construyen objetos de estudio; razón por la que el siguiente apartado se centrará en los métodos y técnicas de investigación usados actualmente por la psicología del desarrollo y los indicios que estos pueden ofrecer respecto de la noción de infancia que se perfila en este discurso.

El niño: objeto de estudio. Sobre los métodos de investigación en psicología del desarrollo.

Cabe resaltar que, durante el proceso de investigación, de manera similar a lo ocurrido con el estudio de la TCC, se decidió tomar como fuente de información manuales¹¹, considerando su

¹¹ Los manuales utilizados corresponden a la undécima edición del texto *Desarrollo humano* de Papalia, Wendkos y Duskin (2009), publicado por la editorial McGraw Hill; la séptima edición de *Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia* de Berger (2006), publicada en español por Editorial médica Panamericana y *Psicología del desarrollo, desde el nacimiento a la primera infancia*, compilación elaborada por Giménez y Mariscal (2008), psicólogas del

lugar protagónico en la formación de estudiantes universitarios de distintos niveles. Adicionalmente, en lo referente a las técnicas de recolección de la información, fueron rastreadas algunas investigaciones que permitieran dilucidar el uso de las mismas y lo que estas nos pueden aportar al rastreo de la noción de infancia perfilada en el discurso de la psicología del desarrollo.

La totalidad de los textos consultados incluyen un apartado dedicado a la investigación en la psicología del desarrollo, caracterizándole a partir del método científico o *hipotético deductivo*; entendido como una serie de pasos lineales, entre los que destaca el planteamiento de determinada problemática, el desarrollo y la prueba de una hipótesis elaborada como respuesta tentativa a la pregunta de investigación, la extracción de argumentos que permitan sostener o refutar la hipótesis planteada, la discusión respecto de otros hallazgos similares y la publicación de lo encontrado. Cabe resaltar que, a diferencia de lo planteado a lo largo del presente capítulo, no se discute explícitamente la investigación científica como una práctica discursiva, situada en determinado momento histórico, bajo coordenadas económicas, políticas y culturales que le delimitan. Siendo esta, una omisión que soslaya el interrogante por *la utilidad* de las conclusiones formalizadas; no en términos de la pregunta “¿puede solucionar los problemas reales de la vida?” (Berger, 2006, p.18), sino en términos de a qué intereses responde solventar la problemática en cuestión.

En este contexto, la observación cobra un lugar protagónico, en tanto técnica de recolección de la información para el campo de investigación denominado *psicología del desarrollo*. Como había sido mencionado, esta ha pasado por importantes transformaciones. En un primer momento, predominaba la *observación directa* del individuo en su contexto, lo que supuso la emergencia de la pregunta por la relación entre el observador y aquel que es observado. En razón de lo anterior, siguiendo a Papalia, Wenkos y Duskin (2009), durante la década de los sesentas, la *observación*

en el laboratorio correspondía a la técnica más utilizada, dado que “permitía ejercer un control más riguroso” (p.39) de elementos del contexto; incluso, con el uso extendido de la *cámara de Gesell*, consistente en una habitación de dos espacios separados por un vidrio de visión unilateral, creada por el psicólogo y pediatra Arnold Gesell, el propósito era neutralizar cualquier alteración causada por la presencia de un tercero. No obstante, este viraje supuso la emergencia de la pregunta por la influencia del contexto, cuidadosamente diseñado, en el comportamiento del objeto de estudio, más aún cuando se trataba de ambientes con los que no se encontraba familiarizado.

En tiempos recientes, la introducción de tecnología de captación y registro de vídeo, el uso de cámaras de vídeo cada vez más pequeñas y con mayor capacidad de almacenamiento, ha permitido un retorno de la *observación en el contexto*; entendida como la variante de la observación “más exacta y objetiva” (Papalia, Wenkos y Duskin, 2009). Ahora bien, este esfuerzo por ver sin ser visto, por instaurar una única mirada que permita verlo todo permanentemente, constituye un “*microscopio de la conducta*” (Foucault, 2009, p.203) que facilita su descomposición y categorización, orientado al control. No en vano, los dispositivos de grabación encubiertos constituyen complejos sistemas de vigilancia en contextos que sobrepasan a lo experimental; en la fábrica, las cámaras tienen la función de permitir que ningún momento sea desperdiciado en procesos ajenos a la producción.

Ahora bien, Delval (1988) propone que la observación constituyó la técnica de recolección predominante en el estudio del niño; pues, la aplicación de los métodos introspectivos que los primeros psicólogos experimentales usaban, no resultaba factible. Así, el *infans*, término en latín que alude a la incapacidad de hablar, de hacer uso de la palabra, era observado por los *profesionales Psi* de la misma manera que el naturalista o el etnólogo se aproximaba a la conducta de una especie animal, en tanto objeto de estudio, o el antropólogo tomaba registro de los

intercambios que acontecían al interior de tribus. En la actualidad, como ha sido mencionado en los párrafos anteriores, la técnica conserva aún un lugar predominante; incluso en investigaciones en las que los niños que hacen parte de la muestra ya hacen uso de la palabra.

En razón de lo anterior, podría decirse que el niño, en tanto objeto de estudio, es hablado; pues, aquello que es observado debe ser categorizado e interpretado por el investigador para que pueda ofrecer información respecto de lo que se plantea investigar. Toda observación se hace desde una posición y, por consiguiente, *un ojo que hablaría*, como plantea Foucault (2012) en el *Nacimiento de la clínica*, una mirada equivalente al lenguaje, que pudiera describir neutralmente la completud de un fenómeno es una construcción mítica que sostiene la objetividad como principio de la investigación científica; excluyendo la discusión por los intereses que atraviesan dicha práctica en determinado momento histórico.

A manera de ejemplo, en la investigación de Méndez, Palacios, Sahagún y Hermosillo (2015), sobre conductas de autorregulación infantil ante dos tareas, se propuso un método centrado en la videograbación de 72 niños de educación primaria, entre los 7 y los 13 años, mientras resolvían dos tareas distintas: una tarea lúdica (construcción de una figura con un rompecabezas) y una tarea académica (resolución de problemas académicos). Posteriormente, los investigadores observaban lo registrado en vídeo y clasificaban las conductas en dos categorías: las que se orientan a reducir la tensión (movimientos rítmicos, morder o masticar) y las que buscan facilitar la realización de la tarea (mirar y mover objetos, tomar puntos de referencia, entre otras). A manera de conclusión, los autores proponen, respecto de los niños, que “los comportamientos que tienen al estar realizando una tarea les ayudan al mantenimiento de la autovaloración” (p.59).

En relación a la investigación referenciada en el párrafo anterior, la aplicación de la observación como principal técnica de recolección de la información posibilita ilustrar las ideas

plasmadas previamente. Incluso, cuando se intenta minimizar la influencia del investigador en tanto observador directo de las acciones de los niños, este es quien categoriza lo observado a partir de determinado sistema de codificación y elabora conclusiones. ¿por qué determinadas conductas se asocian a la autorregulación o la autovaloración y no otras? Esto permite indagar si hay una producción discursiva de parte de quienes investigan; producción que hace hablar las acciones de los niños y niñas grabados, hace emerger un discurso a partir de su conducta.

Ahora bien, cuando los niños, en tanto objetos de estudio, tienen la oportunidad de hablar, como ocurre con la aplicación de la entrevista; se escuchan cuestionando la validez de sus relatos y destacando la necesidad de que la información proporcionada sea triangulada o comparada con la obtenida a partir de otras técnicas como la observación o la aplicación de cuestionarios a educadores, padres de familia, entre otros. Incluso, siguiendo a Kyronlampy y Maatta (2011), investigadoras de la facultad de educación de la Universidad de Lapland, Finlandia, en su artículo *Using children as research subjects: How to interview a child aged 5 to 7 years*, en los procedimientos de investigación pocas veces se pregunta a los niños si desean o no ser entrevistados.

Recientemente, los *Nuevos estudios sociales de la infancia*, desde aproximaciones como la investigación participativa y la investigación centrada en el niño, plantean la importancia que tiene, para el investigador, adentrarse en el mundo de los niños (Kyronlampy y Maatta, 2011 p.99), con el fin de acceder a sus significados y no los que imponen los adultos que les rodean. No obstante, respecto de este abordaje, cabe preguntarse por el lugar que tiene la singularidad en el mencionado *mundo de los niños*; si bien, la investigación hace posible formalizar elementos comunes, cada niño se relaciona de una manera particular con las coordenadas de lo que implica la infancia en determinado momento histórico.

Adicionalmente, como señala el investigador colombiano Diógenes Carvajal (2012), en los últimos 20 años se ha popularizado el uso de software que apoya el análisis de la información obtenida durante las entrevistas. Así, investigaciones de corte cualitativo incluyen en su propuesta metodológica el uso de programas computarizados que permiten realizar un conteo de las palabras, categorización de las mismas en códigos y significados generados por el investigador, la posibilidad de rastrear la repetición de dichos códigos en múltiples transcripciones de entrevista y generar redes que ilustren la relación entre códigos. En este contexto, fácilmente se deja de lado el *más de sentido* que porta cada palabra, la polisemia, el malentendido y el uso singular de la lengua; inscribiendo la situación de entrevista en el ideal de comunicación; ideal desde el que el investigador sabe aquello que quiere decir el entrevistado cuando hace uso de determinada expresión.

La tercera técnica de recolección de la información, mencionada en los manuales revisados, alude a las *medidas de la conducta y el desempeño*; medidas que son tomadas haciendo uso de instrumentos o test psicométricos cuyos procedimientos de aplicación se encuentran especificados, con el fin de facilitar la posibilidad de que sean replicados bajo condiciones similares. En relación a lo anterior, los procedimientos de calificación también se encuentran estandarizados; pues, en la mayoría de los casos, ofrecen una puntuación numérica que permite la comparación respecto de una *tabla de baremos*, construida a partir de los resultados de un *grupo normativo o de referencia*. Este último concepto alude a “personas del mismo sexo y/o edad cronológica y/o nivel socioeconómico y/u otro tipo de variables” (González, 2007, p.13); variables seleccionadas por quien diseña el test, con el fin de excluir factores ambientales, contextuales o individuales atípicos a los que pudiera atribuirse determinado nivel de desempeño en la tarea planteada. Teniendo en cuenta lo esbozado, es posible hacer emerger la pregunta por la selección de determinadas

variables sobre otras y la relación de estas con el ideal previamente discutido del niño *cero defectos*.

En adición a lo anterior, uno de los principales supuestos de las técnicas psicométricas es la estabilidad de los atributos internos o rasgos medidos, en determinado intervalo etario; pues, de esta manera es posible plantear la *confiabilidad* del instrumento, entendida como la posibilidad de obtener un mismo resultado si se realizan diferentes aplicaciones al mismo individuo. Consecuentemente, el uso de esta técnica permite entrever una noción de infancia caracterizada por la adquisición de determinadas habilidades o aptitudes que permanecen estables en rangos de edad específicos.

En lo que respecta al análisis de la información obtenida a partir de las tres técnicas previamente mencionadas, Papalia, Wendkos y Duskin (2009) destacan el abordaje de la misma en tanto datos “objetivamente mensurables” (p.43), bajo el modelo ofrecido por la investigación cuantitativa; tradición metodológica cuyo principal aporte al enfoque del desarrollo corresponde a los diseños de *investigación transversales*, caracterizados por el establecimiento de semejanzas y diferencias entre grupos de diferentes edades al compararles en un momento puntual de medición, y *longitudinales*, en los que se llevan a cabo diferentes mediciones del mismo grupo a lo largo del tiempo, con el fin de “rastrear patrones individuales de continuidad y cambio” (p.55).

Diseños de investigación fundamentados, principalmente, en el *análisis estadístico*, recurso metodológico que posibilita el compendio de los datos recolectados y la inferencia respecto a la validez de determinadas condiciones para toda una población (Villazón y Cerezo, 1992); se trata, entonces, de propender por la comunicabilidad de los fenómenos haciendo uso de “ese <<lenguaje>> universal que serían los números” (Benedito, 1975, p.161), lo que facilitaría la comparabilidad de los datos obtenidos, dado que se puede prescindir de los objetos de estudio

concretos y trabajar con los números que les representan; además de la verificabilidad, siguiendo procedimientos estandarizados de investigación que garantizarían la replicación de los resultados.

Así, la cuantificación constituye un recurso metodológico que otorga un status científico a la investigación; pues, como plantea Foucault en *La investigación científica y la psicología* (1994), esta no es científica por derecho propio, sino que “se sitúa por sí misma bajo la constelación de la objetividad” (p.2) valiéndose de “modelos transpuestos de objetividades vecinas” (p.18). En este caso, lo que no se tiene en cuenta con suficiente detenimiento es que la aplicación de estadísticos para describir, analizar y realizar predicciones respecto de lo estudiado implica “asignar números de acuerdo a ciertas reglas” (Benedito, 1975, p. 161) pertenecientes a modelos matemáticos; entre ellas, el *isomorfismo* o la correspondencia de estructura entre las características del fenómeno a medir y las propiedades del número, “¿es la estructura del sistema numérico similar o no a la de los objetos medidos?” (Namakforoosh, 1995, p.221), cuestión que implicaría la construcción de una definición operativa desde la que se le pudieran asignar grados o intensidades a la propiedad objeto de estudio.

En consecuencia, la cuantificación aplicada a la investigación en psicología del desarrollo implica “dividir infinitamente la vida, el cuerpo, la subjetividad y la materialidad ligada a ella” (Blanco, 2009 p.33); pues, a manera de ejemplo, no se trataría de estudiar el modo singular en el que un niño se relaciona con otros, sino de construir y aplicar un instrumento, como el *Cuestionario de habilidades de interacción social* CHIS, que permita verificar la emisión de determinadas conductas socialmente aceptadas “Hace elogios, cumplidos, alabanzas y dice cosas positivas de otras personas; inicia juegos y otras actividades con otros niños y niñas” (Monjas y Caballo, 2007) y, de acuerdo a su frecuencia, otorgar determinado valor numérico a cada una de ellas, obteniendo una puntuación total que permita ubicar a ese niño en relación a otros.

Respecto al ejemplo planteado anteriormente, se pudieran introducir los siguientes interrogantes: ¿Por qué se eligió ese conjunto de conductas y no otras?, ¿qué implica la noción de habilidad social desde la que se construyó el instrumento?, ¿verificar que un niño obtiene una puntuación correspondiente a déficit en las habilidades sociales nos dice algo del por qué, en su caso particular? Ahora bien, el modo en el que determinada noción de infancia, implícita en la práctica clínica cognitivo-conductual, se relaciona con los métodos de evaluación, las técnicas y el proceso de intervención planteado será abordado con mayor profundidad en el segundo capítulo de la presente investigación.

A modo de conclusión, el recorrido por las técnicas de recolección de la información, los métodos de análisis y los diseños metodológicos implementados en psicología del desarrollo permiten rastrear la manera en que se ha construido la noción de infancia, en tanto objeto de estudio, a partir de criterios etarios que se relacionan con la adquisición de determinadas habilidades o aptitudes. En adición a lo anterior, destaca la relegación de la palabra del niño, pues su abordaje supone un cuestionamiento de la validez de lo dicho; razón por la que se propone hacer uso de otras técnicas como la observación o la entrevista a informantes adultos. Consecuentemente, destaca el papel predominante de técnicas que postulan el uso de dispositivos de captación de video y, cuya pretensión de ver sin ser visto, se relaciona con la obnubilación del lugar del investigador como aquel que construye un discurso que *hace hablar* las conductas registradas.

De otro lado, atendiendo a los planteamientos de la investigación centrada en el niño y los Nuevos estudios sociales de la infancia, la palabra es tomada desde el ideal de la comunicación y, por consiguiente, aunque los niños sean abordados como actores sociales que construyen sentido, la pregunta por el modo particular en el que cada niño se relaciona con el ideal de infancia que

perfilan las coordenadas de determinada época es reemplazado por la codificación y la categorización de lo dicho.

Finalmente, la cuantificación, además de constituir un recurso que contribuye a la validación científica de la psicología del desarrollo, permite establecer una versión numérica de la normalidad; derivada del trabajo con un gran número de individuos que constituyen el, ya mencionado, *grupo de referencia* y cuya relación con el ideal de niño de determinado momento histórico fue previamente resaltada. En concordancia con lo planteado, el uso de modelos estadísticos, orientados a inferir la validez de determinada variable y su generalización para una población, es una aproximación que permite tanto la construcción de escalas como la posibilidad de ubicar al evaluado en un punto de la misma. Así, los métodos y técnicas de investigación implementados por la psicología del desarrollo aportan a la construcción de un conjunto de criterios que facilitan la comparación del evaluado con pares de la misma edad para determinar si ha alcanzado o superado determinado nivel de habilidades o aptitudes. Además de determinar si debe o no ser intervenido para ayudarle a alcanzar los logros predeterminados para su edad; lo que evidencia la importancia de la psicología del desarrollo en la psicopatología que orienta la práctica clínica cognitivo-conductual, al aportar los estándares de normalidad.

Ahora bien, la revisión de los manuales permitió identificar otro elemento clave para rastrear la noción de infancia planteada por la psicología del desarrollo. Este corresponde al *enfoque del desarrollo del ciclo vital*, orientación que se propone como el marco teórico con mayor respaldo científico para el estudio del desarrollo (Giménez y Mariscal, 2008). En el siguiente apartado se discuten los principios que establece dicho enfoque para el abordaje del desarrollo y el modo en el que ellos perfilan la noción de infancia que concierne a la investigación.

Desarrollo *para todos*: El enfoque del ciclo vital.

El enfoque del desarrollo del ciclo vital, como es descrito por Baltes, Reese y Lipsist (1980), algunos de sus más destacados precursores, en *Life-Span developmental psychology*; es una orientación caracterizada por “la descripción, explicación y modificación (optimización) de los procesos del desarrollo en el curso de la vida humana desde la concepción hasta la muerte” (p. 65). En consecuencia, la tarea que ocuparía a quienes se dedican a la producción de conocimiento bajo los presupuestos epistemológicos de éste enfoque corresponde a “identificar la forma y el curso de los cambios comportamentales como ocurren en diferentes puntos del ciclo vital, con el objeto de establecer un patrón de sus relaciones temporales” (Baltes et al. 1980 p.70) desde el marco de la ontogenia, término propio de la biología, usado para dar cuenta del abordaje del desarrollo de un organismo, considerando la interacción diacrónica de éste con el ambiente.

Ahora bien, Baltes, Lindenberger y Staudinger (2006) plantean una serie de proposiciones teóricas que diferencian el enfoque del ciclo vital respecto de otras aproximaciones al desarrollo, centradas exclusivamente en la descripción de cambios que ocurren durante la infancia y la adolescencia. En primer lugar, aluden al desarrollo como un *proceso* que se extiende a lo largo de los diferentes períodos etarios que conforman la vida humana; adicionalmente, destacan la influencia de factores biológicos y culturales, clarificando que el peso de dichas variables se modifica de acuerdo al período etario que atraviesa el individuo: “con el pasar de los años, se hace necesaria una mayor cantidad de recursos culturales (materiales, sociales, económicos, psicológicos) con el fin de generar y mantener altos niveles de funcionamiento” (p.476).

Así pues, el desarrollo se caracteriza por tres funciones, en relación a las habilidades y aptitudes entendidas como recursos; estas son el *incremento* de las mismas, el *mantenimiento* de

cierto nivel y la *regulación* de la pérdida. La predominancia de dichas funciones también se modifica con la edad; mientras la infancia se caracteriza por la potencialidad y el incremento de los recursos, se hace necesario un incremento progresivo de las otras dos funciones cuando se alcanza la adultez. Desde esta perspectiva, el desarrollo óptimo se caracteriza por una lógica económica: una maximización de las ganancias y una minimización de las pérdidas; clarificando que dicha dinámica está delimitada por factores culturales y personales, además de la posición en la que se encuentra un individuo respecto del ciclo vital: “una ganancia en el desarrollo puede ser considerada disfuncional en un contexto o un tiempo ontogénico diferente” (p.484).

En este contexto, los autores destacan los procesos de *selección*, relacionados con la direccionalidad y la orientación a determinados resultados o metas; la *optimización*, entendida como el refinamiento y el mantenimiento de medios para adquirir recursos o los recursos en sí mismos y la *compensación*, noción que alude a una respuesta funcional respecto de la pérdida o la disminución de determinados recursos. Desde esta lógica, el desarrollo es un proceso que da cuenta de la *plasticidad individual* o la variabilidad entre un individuo y otro; variabilidad que puede ser delimitada en términos de rangos, cambios y limitaciones relacionadas con períodos etarios. Consecuentemente, para el enfoque del ciclo vital, la noción de *adaptación* corresponde a la coordinación de los diferentes procesos previamente mencionados, lo que caracteriza el desarrollo como multidimensional, multidireccional y multifuncional; siendo estos, principios que se incluyen en todos los manuales revisados.

Ahora bien, de acuerdo con lo planteado en este apartado, el enfoque del ciclo vital supone que el desarrollo, en tanto proceso, es *para todos*; constituyendo, entonces, un camino en el que, incluso, la plasticidad o las diferencias entre un individuo y otro son susceptibles de caracterización y predicción. Cabe resaltar el entrecruzamiento de términos originarios de la biología, como los

de adaptación y ontogenia, con nociones derivadas de la economía (recursos, ganancia, pérdida); lo que permite establecer una relación con la noción previamente discutida de *capital humano* y el modo en el que la producción discursiva de la psicología del desarrollo no se encuentra al margen de un entrecruzamiento de discursos que pone en evidencia diversos intereses. En lo que respecta a la infancia, los principios del enfoque del ciclo vital le caracterizan como un período en el que la adquisición y optimización de recursos es predominante, apoyados por un conjunto de factores biológicos de base y variables contextuales¹² que sirven a manera de catalizadores o inhibidores de las potencialidades; pues, influyen positiva o negativamente en la velocidad con la que emergen las habilidades o aptitudes en potencia.

En consecuencia, la infancia es leída como un momento caracterizado por la ganancia, la potencialidad y la adquisición continua; este es, pues, el aporte del ciclo vital a la construcción de criterios de normalidad que delimitan lo que se entiende por psicopatología infantil y el ideal que está implícito en sus supuestos. Así pues, un niño que no avanza, cuyos procesos no operan de acuerdo a la velocidad promedio de los pares de su misma edad, que se resiste a adquirir recursos o habilidades que aumenten su probabilidad de convertirse en un adulto exitoso es un niño que debe ser rápidamente intervenido; pues, como había sido previamente elaborado, puede virar de la vulnerabilidad a la peligrosidad, de estar en peligro a ser peligroso. Finalmente, la revisión de los apartados en los que explícitamente se aborda la noción de infancia, en los manuales de psicología del desarrollo trabajados, permitió destacar ciertas características y evidenciar el modo en el que

¹² Cabe resaltar que, desde este enfoque, no hay una distinción entre las nociones de lo contextual, lo ambiental y lo cultural; no en vano, los autores plantean la noción de *co-evolución biológica y cultural* (Baltes, Staudinger y Lindenberger, 1999). Así, las lógicas de la adaptación y la evolución se aplican al universo simbólico que constituye el registro de lo cultural, suponiendo que este avanza teleológicamente a un mayor perfeccionamiento. Ahora bien, a manera de contrapunto, cabe preguntarse respecto del modo en el que es posible leer lo cultural desde las lógicas homeostáticas de la naturaleza; más aún, cuando las coordenadas de este tiempo evidencian, no un equilibrio, sino un empuje al exceso, incluso cuando esto supone poner en riesgo la vida.

estas se relacionan con lo mencionado previamente. En el siguiente apartado se formaliza lo encontrado.

La infancia, una etapa cronológica, un camino prefigurado.

Ahora bien, si el enfoque del desarrollo usa la estadística como una herramienta para analizar datos mensurables en busca de patrones comportamentales a lo largo de diferentes rangos etarios, la definición de infancia está condicionada a dicha orientación metodológica; así pues, prevalece el uso de criterios cronológicos para delimitar la transición de una etapa del desarrollo a otra, fundamentados en la adquisición de determinadas habilidades físicas, cognitivas y psicosociales (Papalia, Wendkos y Duskin, 2009). No en vano, Santrock (2007), en *Desarrollo infantil*, define la infancia como: “periodo del desarrollo que se extiende desde el nacimiento hasta alrededor de los 18 a los 24 meses de edad” (p.17), intervalo cronológico en el que se espera el niño emita sus primeras palabras; siendo este, un punto de corte que pudiéramos relacionar con la etimología de la palabra infancia, pues su raíz latina *infans* refiere a aquel que *no habla*.

Cabe resaltar que, en comparación con otras etapas del desarrollo, en la infancia predomina la descripción de *procesos biológicos*; la transición del cigoto, al feto y al recién nacido es descrita en términos minuciosos respecto de lo que ocurre con el organismo en formación. Así, los factores sociales o culturales son incluidos en tanto variables que aumenta o disminuyen la probabilidad de la emergencia de determinadas alteraciones; a manera de ejemplo, la presencia de estresores en la cotidianidad de la madre, como tener otros hijos o atender a responsabilidades, es mencionado en relación a la derivación de posibles efectos adversos como “labio leporino o fisura palatina, aborto espontáneo o trabajo de parto prematuro” (Berger, 2006, p.109) y el desarrollo de la depresión puerperal en la madre.

En relación a lo anterior, es posible establecer un contrapunto destacando que, aunque el *infans* aún no puede hacer uso de la palabra, es *hablado* por quienes van a hacerse cargo de su cuidado. Además, este va a insertarse en una estructura familiar en la que cumplirá determinada función y, en esta medida, ocupará un lugar particular marcado por las expectativas, los dichos y hasta las propias experiencias de la infancia de quien decida *hacerse madre* o *hacerse padre*. Esta es una perspectiva que no puede ser rastreada en los manuales de psicología del desarrollo revisados, pues excede al abordaje investigativo planteado desde la cuantificación y la estandarización.

De otro lado, cuando se aborda, ya no al *infans*, sino al niño, a aquel que empieza a proferir sus propias palabras, la descripción vira del organismo a la centralidad de los procesos psicológicos, ubicando su aparición en un rango etario predeterminado. No en vano, los aportes de teóricos como Piaget, en relación al desarrollo cognitivo, y Kohlberg, en relación al desarrollo del juicio moral, son sintetizados en *matrices*; representaciones gráficas en las que, al lado del rango etario, se describe la habilidad que debe ser adquirida, ejemplificándole a través de una viñeta que ilustra su emergencia. Esta representación cobra vital importancia, pues contribuye a la operacionalización de los conceptos, necesaria para comprobarlos a partir de la construcción de instrumentos estandarizados y el análisis estadístico de la información en busca de patrones. Adicionalmente, facilita la aplicación de dichos instrumentos como técnicas de evaluación en la práctica clínica; permitiendo la comparación entre el individuo y otros de su misma edad. En relación a esto, siguiendo los planteamientos de Burman (2008), cabe destacar que los manuales no incluyen una discusión respecto de las posibles implicaciones epistemológicas que suponen el

paso de una teoría, cuyos orígenes están fundamentados en estudios de caso, a instrumentos estandarizados aplicados a un gran número de individuos.

Lo anterior tiene importantes repercusiones; pues, la reducción a criterios cronológicos caracterizados por la adquisición de habilidades o procesos cognitivos, dificulta la emergencia de interrogantes respecto de la lógica del *para todos*, *para todos* determinados recursos que facilitarán, a futuro, éxito social entendido como la inserción en la producción y el consumo. Esto último puede verse reflejado en relación a una de las teorías del desarrollo cognitivo con mayor difusión: la teoría de Jean Piaget, la cual plantea que las operaciones lógicas emergen progresivamente, antes de que se adquiriera el lenguaje, y constituyen la base del pensamiento. Su propuesta es frecuentemente reducida a cuatro etapas delimitadas por rangos de edad específicos, en los que deberían desarrollarse en el niño ciertas habilidades de carácter cognitivo: la representación de objetos, la simbolización, la idea de masa o peso, el razonamiento hipotético-deductivo; lo que facilitaría su adaptación, entendida como el equilibrio entre el individuo y el medio. Esta es, pues, una teoría de la adquisición espontánea y constante de facultades por parte del niño; es una teoría en la que, como señala Ramírez (2012) en *Psicoanálisis con niños y dificultades en el aprendizaje*, el niño existe solo, dado que, el lugar de los otros y de las relaciones que establecen con él queda relegado al plano de una variable que aceleraría o retrasaría el camino prefigurado del desarrollo.

Con base en lo anterior surge un interrogante, ¿qué sucede con el niño que no tiene ningún traumatismo o enfermedad cerebral, que tiene todas las condiciones ambientales a su favor, que se supone debería estar en una progresiva complejización de sus procesos cognitivos y, aun así, no avanza, no rinde en la escuela? La psicología es llamada, entonces, en su vertiente clínica, para que realice un diagnóstico de las variables que están retrasando la emergencia de las

potencialidades en el niño, intervenga y contribuya a que él o ella pueda andar al ritmo esperado para su edad.

A la luz de lo formalizado en este apartado, la noción de infancia que propone la psicología del desarrollo y que sostiene la clínica cognitivo-conductual puede ser pensada como *un camino prefigurado* que cada niño o niña debe seguir; no de cualquier modo, sino igualando o superando la velocidad con la que hace el recorrido *el niño ideal*, el promedio resultante de la medición de muchos otros niños pertenecientes a un mismo rango etario. Camino prefigurado que está conformado por una serie de habilidades, cuya característica común es que aumentarán la probabilidad de que ese niño o niña particular sea un éxito; siguiendo las coordenadas que cada época ofrece para dicha categoría.

En el siguiente apartado, a manera de conclusión, se ofrece una síntesis correspondiente a las características de la noción de infancia que orienta la TCC; características que resultaron del recorrido realizado en el presente capítulo.

La infancia, “un llegar a ser”.

A la luz de lo delimitado en los párrafos anteriores, la noción de niño que orienta la clínica cognitivo-conductual deriva de los sistemas teóricos ofrecidos por la psicología del desarrollo: un niño es, esencialmente, un *llegar a ser*, un mosaico de funciones, habilidades y competencias que se complejizan progresivamente con la edad; recursos cuya importancia no escapa a lo que las coordenadas de un momento histórico proponen como ideal. No en vano, el camino prefigurado del desarrollo se relaciona con la psicopatología infantil, al establecer un criterio de *normalidad* desde el que es posible justificar la intervención de un *profesional psi*.

A manera de ejemplo, el niño que no le va bien en la escuela, ya sea porque sus calificaciones no son equiparables o superan la media aritmética de las de la clase, porque es reticente y resistente a la autoridad del maestro o porque se relaciona con sus pares de un modo diferente al esperado, tiene *un problema* en algún proceso psicológico. Esto es, precisamente, lo que se interviene, con el fin de “proporcionar al niño recursos que vayan más allá de su problema para que faciliten en el futuro su ajuste escolar, social y personal” (Servera, 2008, p.28).

Ahora bien, el *camino prefigurado* del desarrollo es una construcción discursiva que deriva de la aplicación de instrumentos estandarizados, la cuantificación y el análisis estadístico de la información en la investigación. Por consiguiente, la noción de infancia perfilada desde este abordaje funciona desde la lógica del *para todos*, todos pueden ser medidos y ubicados en algún punto de la escala, comparados en relación a un grupo de individuos con características similares. Pues, aunque difícilmente dos evaluados obtengan una misma calificación y se ubiquen en un mismo punto de la escala, las posibilidades están limitadas por esta y las diferencias individuales son caracterizadas a partir de la influencia de variables ambientales o contextuales. No en vano, la psicología del desarrollo destaca la importancia de la predicción, explícita en áreas de investigación como la de las *vías del desarrollo*, orientada a calcular las probabilidades que tiene un individuo con determinados comportamientos en la infancia, en adición a la exposición a variables ambientales desfavorables, de desarrollar un trastorno mental en la edad adulta.

Incluso, cuando un niño crece en un medio caracterizado por factores considerados como negativos (bajos recursos económicos, exposición al maltrato físico, grupos familiares que difieren del modelo de familia nuclear) y, desafiando el cálculo de probabilidades, iguala o supera el grado de habilidades predeterminado para su edad; éste niño es abordado desde la noción de *resiliencia*. Concepto entendido como “la capacidad de mostrar un desarrollo saludable pese a enfrentar

muchas dificultades” (Samernoff, 2005), para el que también se han identificado determinantes de carácter *ambiental*, entre los que se cuenta la posibilidad de establecer un lazo con un adulto que funcione en tanto figura significativa; además de *variables individuales* significativas: la autoestima, el locus de control y un estilo de afrontamiento capaz de adaptarse al contexto.

En el contexto esbozado, la finalidad de la TCC, entendida como la adaptación en relación al medio; lograda a partir del fomento de pensamientos, emociones y conductas *funcionales*, además de la adquisición de determinadas habilidades en criterios cronológicos de carácter normativo, corresponde a una propuesta clínica pensada, no desde el ser un niño, sino desde el *llegar a ser* un adulto exitoso. Siendo esta, una labor *disciplinar* que no ha de confundirse con lo *terapéutico*; pues, ilustrando lo anterior con un ejemplo, respecto del tratamiento del niño que no logra escribir un pequeño texto, con el mismo nivel de complejidad que el promedio. Este es diagnosticado con un déficit en el proceso de composición escrita y la labor del psicólogo sería la de “presentar una serie de ayudas externas o sugerencias por medio de tarjetas para llevar a cabo los procesos de planificación y revisión de forma correcta” (Caballo y Simón, 2006, p.176), con el objetivo de que desarrolle las habilidades cognitivas y metacognitivas propias de los escritores competentes. Por consiguiente, queda por fuera todo interrogante por la relación que cada niño tiene con la escritura, su posición frente a eso que no anda en él o ella o la angustia que esto puede llegar a generarle.

En el siguiente capítulo se abordará a profundidad la relación que tiene la noción de infancia que orienta la TCC con sus prácticas de evaluación e intervención; profundizando la manera en que dicha noción, construida desde las lógicas del *para todos* y en relación a un ideal, permite establecer una distinción entre los dominios de lo *terapéutico* y lo *disciplinar*, como fue bosquejado brevemente en el párrafo anterior.

Capítulo 2. Disciplinando el niño problema, silenciando el problema del niño

“Se le mide, se le observa, se le compara con otros, pero no se le escucha”

(Dueñas, 2011, p.211)

La noción de infancia rastreada en el primer capítulo no es ajena a los métodos y técnicas de intervención en Terapia Cognitivo-Conductual; esta es constituida en razón de las mismas y, a la vez, delimita dichas prácticas. En concordancia con lo anterior, este capítulo se orienta a describir la aplicación de la noción de infancia en las diferentes estrategias que componen la propuesta TCC¹³. Cabe resaltar que el ejercicio analítico desde el que se aborda lo cognitivo-conductual le considera en tanto *práctica discursiva*¹⁴ sobre la salud mental; cuya validez científica e ideal de objetividad no le excluye de tener una función protagónica en la constitución, normalización y control de lo individual y social. Función que responde a las condiciones de un momento histórico en particular; aquellas que delimitan el predominio de determinadas apuestas clínicas sobre otras, el lugar que se les otorga en las instituciones y los modos en los que las

¹³ En adelante, la abreviatura TCC hace referencia a la Terapia Cognitivo-Conductual.

¹⁴ La lectura de la terapia cognitivo-conductual en tanto *práctica discursiva* corresponde a una elección metodológica de la presente investigación, orientada por el trabajo de Foucault en *La arqueología del saber* (1970) y justificada en razón de las posibilidades de análisis que brinda la misma. Se trata, entonces, de abordar dicho enfoque clínico, no como una formación de enunciados que remiten a un objeto o una realidad instaurada de antemano, sino una práctica que va formando sistemáticamente los objetos de los que habla (paciente, conducta problema, infancia, etc...) a partir de determinadas reglas, condicionadas por las posibilidades que ofrecen las coordenadas económicas, políticas e ideológicas de un momento histórico determinado. Así, el ejercicio analítico se orienta a situar el modo en el que la posición predominante de las nociones, los conceptos, los modelos teóricos, los procedimientos y las técnicas de carácter cognitivo-conductual se relaciona con la función de este enfoque clínico en la presente época.

estrategias que les constituyen se mantienen vigentes en la formación y el ejercicio profesional del psicólogo.

En razón de lo planteado previamente, la inclusión de determinadas estrategias de evaluación y técnicas de intervención en manuales y protocolos de clínica infantil, documentos ampliamente usados en la formación universitaria, permite entrever el modo en el que éstas prácticas, además de reflejar cierta noción de infancia, comportan un esfuerzo por acercar el individuo al ideal de niño de este tiempo; ideal que, como fue trabajado en el capítulo anterior, corresponde al del niño *cero defectos*, aquel con potencial para convertirse en un *adulto exitoso*.

Dado que, como se desarrollará a profundidad en apartados posteriores, las estrategias utilizadas en el proceso de TCC se estructuran en razón del diagnóstico o la conducta problema de quien consulta, se decidió limitar el rastreo a las propuestas de evaluación e intervención de los *trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta*; categorizados por la quinta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 como un espectro de afecciones que se manifiestan en dificultades de regulación del comportamiento y de las emociones. Problemáticas que, para ser clasificadas dentro de esta categoría, deben traducirse en conductas que “violan los derechos de los demás o llevan al individuo a conflictos importantes frente a las normas de la sociedad o las figuras de autoridad” (Asociación Americana de Psiquiatría APA, 2014 p.461); además, como se afirma en el manual, otra de sus características predominantes corresponde a su inicio en la infancia y en la adolescencia. Se trata, entonces, de un conjunto de trastornos que dan cuenta del *niño problema*, aquel que constituye un desafío para padres, educadores y expertos en la construcción del ideal *cero defectos*.

Previo al análisis de las estrategias de intervención y su relación con la noción de infancia descrita en el primer capítulo, se contextualiza la emergencia de la práctica clínica en psicología considerando las condiciones que permitieron el viraje de los laboratorios al consultorio y sus implicaciones en el abordaje del malestar de quien consulta; además de retomar el interrogante por el lugar protagónico que ocupa la TCC en la actualidad. Acto seguido, se describe el marco general que estructura el proceso de intervención cognitivo-conductual en fases, situando el modo en el que éste abordaje concuerda con las coordenadas de replicación y estandarización identificadas en la noción de infancia.

Posteriormente, se analizan¹⁵ cada una de las fases del proceso de intervención, centrando la indagación en las estrategias de evaluación, la formulación clínica de caso y las técnicas cognitivo-conductuales; siendo estas, un conjunto de prácticas que se orientan por otra de las coordenadas de la noción de infancia trabajadas en el primer capítulo: el carácter normativo implícito y la relación del mismo con un ideal. A la luz de lo anterior, se analiza la noción de *adaptación*, en tanto finalidad de la intervención cognitivo-comportamental; ejercicio que da pie al cierre del capítulo con una discusión respecto del sentido de lo *disciplinar* en dicha apuesta clínica, articulado a la pregunta por la función que cumple la noción de infancia, previamente rastreada, como fundamento de una clínica puesta en el *llegar a ser*.

¹⁵ Cabe aclarar que el ejercicio analítico de las diferentes fases del proceso de intervención cognitivo-conductual estuvo orientado en dilucidar la forma en la que dichas prácticas encajan en la noción de infancia formalizada a lo largo del primer capítulo; de carácter replicable y normativo. En adición a lo anterior, dado que dicha noción opera desde las lógicas del *para todos*, se incluyó un componente crítico al análisis; correspondiente al rastreo de aquello que queda excluido en razón de este abordaje

De los laboratorios al consultorio, condiciones de emergencia¹⁶ de la psicología clínica cognitivo-conductual.

“En la concepción conductista, ahora el hombre puede controlar su propio destino porque conoce lo que debe hacer y cómo hacerlo”

(Skinner, 1975, p.225)

“—Y éste —intervino el director sentenciosamente—, éste es el secreto de la felicidad y la virtud: amar lo que uno tiene que hacer. Todo condicionamiento tiende a esto: a lograr que la gente ame su inevitable destino social”

(Huxley, 1978, p.19)

En el capítulo anterior fue posible situar el aporte de la psicología en un entramado de *discursos científicos* que se interesaban por la infancia en tanto objeto de estudio; discursos cuya producción de saber fue articulada a fines económicos, políticos, sociales e ideológicos. En este apartado se centra el análisis, específicamente, en las condiciones de emergencia del campo de aplicación clínico en psicología y su ejercicio psicoterapéutico; pues, inicialmente, esta emerge en el contexto del laboratorio como un estudio de los procesos de la conciencia y la estructura de la mente. En este sentido, resulta pertinente hacer emerger los siguientes interrogantes, ¿Qué condiciones permiten su paso del laboratorio al consultorio? Y ¿qué implicaciones tiene lo anterior

¹⁶ Las *condiciones de emergencia* es el nombre que Foucault (1970) da a las coordenadas políticas, económicas e ideológicas de un momento histórico particular, coordenadas que dan lugar a determinada práctica discursiva. En esta investigación, dicha noción será utilizada para orientar el trabajo analítico en relación a las siguientes preguntas: ¿por qué la práctica clínica cognitivo-conductual surge en determinada época y no otra? Y ¿por qué esta adquiere una posición privilegiada respecto de otras prácticas clínicas en psicología?

en relación a su propuesta de intervención con niños?; cuyo abordaje permitirá contextualizar la aplicación de la noción de infancia, descrita en el primer capítulo, en las estrategias y técnicas de la TCC.

El siglo XIX se caracterizó por la emergencia de las categorías del *niño idiota* y el *niño retrasado* en la nosología psiquiátrica. Así, como fue trabajado previamente, el estudio del niño dio lugar a la construcción discursiva del *desarrollo*, en tanto camino prefigurado que permite establecer la diferencia entre lo normal y lo anormal; producción discursiva a la que aportó la psicología evolutiva. En razón de la construcción de la normalidad, se hizo posible la incursión del discurso psiquiátrico en la escuela, la fábrica, las prisiones, el ejército y la familia; espacios en los que, se esperaba, fuese posible identificar a quienes se alejaban de *la norma* y, por tanto, necesitaran de una intervención rectificadora. En este contexto, como señala Foucault (2003), la *función psicológica*, derivada del poder psiquiátrico, además de diseminarse, va a dar lugar a la creación de diferentes instituciones. No es de extrañar que, a finales de dicho siglo, en 1896, el economista y psicólogo norteamericano Lightner Witmer, quien había sido formado por figuras prominentes en la psicología experimental y la psicometría: Wilhelm Wundt y James McKeen Cattell, fundara la primera institución con el nombre de *clínica psicológica*, ubicada en la Universidad de Pensilvania.

Cabe resaltar que en dicha institución se atendían, principalmente, a niños y adolescentes con problemas de conducta y dificultades escolares; quienes eran referidos por padres o maestros (Routh, 1996). Una vez derivados, participaban de un proceso de evaluación de cuatro fases (Baker, 1988): entrevista a los padres, con el fin de obtener información respecto de la historia familiar y el desarrollo del niño; un examen médico; la aplicación de una batería de seis pruebas psicométricas centradas en los procesos cognitivos, entre las que estaba el reconocido test de

inteligencia de Stanford-Binet; en caso de ser necesario, pruebas de laboratorio para medir el tiempo de respuesta a los estímulos y, finalmente, una entrevista con la trabajadora social, quien se encargaba de hacer los arreglos necesarios para que se recibieran los servicios sugeridos en el informe de evaluación.

En razón de lo encontrado durante la evaluación, se diseñaba un programa de entrenamiento progresivo para contribuir a que el niño alcanzara niveles de desempeño superiores. De acuerdo con el mismo Witmer, citado en el artículo *The psychology of Lightner Witmer* de Baker (1988), toda intervención respondía a dos pilares: uno disciplinar y otro intelectual; pues, la disciplina contribuía al desarrollo de la obediencia y facilitaba la cooperación del niño para el aprendizaje. Así, se aludía a la importancia del método para el psicólogo clínico, quien debía usar la observación y la experimentación para llegar a un diagnóstico e “intervenir pedagógicamente” (McReynolds, 1987, p.852). En razón de lo anterior, la propuesta de tratamiento desarrollada por Witmer se caracterizaba por el énfasis dado a la evaluación, el entrenamiento y la aplicación de medidas predominantemente educativas; propuesta que, como se desarrollará durante este apartado, conserva su actualidad en la clínica cognitivo-conductual.

No obstante, las dos guerras mundiales del siglo XX serían los acontecimientos que darían un impulso definitivo a la aplicación de la psicología. No en vano, como se destaca en el artículo de revisión histórica de Durán, Restrepo, Salazar, Sierra y Schnitter (2007), el ejército de Estados Unidos financió el desarrollo de pruebas para evaluar el nivel intelectual, aptitudes, estabilidad emocional y descubrir los desórdenes del comportamiento de los reclutas; pruebas que, tiempo después, fueron adaptadas al ámbito organizacional. Posteriormente, se capacitó a *profesionales psi* para intervenir a los soldados que mostraban secuelas relacionadas con sus experiencias en

combate; intervención que conservaba un carácter “psico-educativo y de asesoramiento” (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2003, p.5).

El auge de la psicología aplicada, que contaba con el respaldo económico de diversas instituciones y el aval gubernamental formalizado en políticas públicas, generó disputas al interior de la Asociación Americana de Psicología APA; pues, algunos de sus miembros argumentaban a favor del carácter académico del gremio. No en vano, los *profesionales psi* que empezaban a incursionar en el consultorio, el ejército, la escuela y la empresa se separaron en dos ocasiones de la APA; instituyendo la Asociación Americana de Psicología Aplicada o AAAP, organización que tuvo una duración de ocho años y se destacó por ofrecer diversos servicios de consultoría en los que el psicólogo, en calidad de experto, evaluaba y diseñaba un plan de intervención.

Siguiendo lo planteado por Merani (1976), en *Historia crítica de la Psicología*, la influencia del pragmatismo de mediados del siglo XIX a mediados del siglo XX contribuyó a consolidar la posición de la *psicología aplicada*; pues, la verdad científica empezó a ser considerada en razón de su utilidad: “si algunos procedimientos psicológicos son útiles, configuran un conocimiento verdadero y eso basta” (Merani, 1976, p.536). En relación a lo anterior, la investigación y teorización en psicología viraron del estructuralismo al funcionalismo, del análisis de las estructuras que componen la conciencia a la indagación respecto de los procesos de aprendizaje, la conducta y el desempeño; orientación que facilitó la aplicación de los conocimientos producidos. Así, como señala Van Strien(1998) en *Early applied psychology between essentialism and pragmatism*, el énfasis de los proyectos de investigación empezó a ponerse en la solución de una problemática y no en la construcción de conceptos, teorías o el debate epistemológico de las mismas; lo que ofrecía un fundamento empírico para la utilización de ciertos métodos y técnicas desarrollados en casos particulares. Pero, sin una discusión respecto de los

intereses en juego, ¿para quién constituía un problema aquello que se intentaba solucionar?, ¿a quién se dirigía la solución diseñada? Y ¿cuál es la relación de estos interrogantes con las implicaciones éticas de la propuesta de intervención? Discusión que fue reemplazada por criterios de mercado que validan las prácticas en razón de su efectividad y eficacia: un mínimo de recursos y de tiempo para un máximo de resultados.

Entonces, la validación del conocimiento en razón de su utilidad es un precepto que resulta concordante con la incursión de las lógicas del capitalismo financiero en la producción de conocimiento científico. Pues, aunque las relaciones entre el saber y el poder son immanentes y, por tanto, no emergen en una época específica; ya que han estado condicionadas por coordenadas económicas, políticas e ideológicas a lo largo de la historia. El siglo XX se caracteriza por la configuración de las *empresas tecnocientíficas*, campos en los que “convergen científicos, tecnólogos, industrias, financiamiento público, administraciones gubernativas, organismos militares, laboratorios...” (Núñez, 2003, p.113). Todos estos, actores que representan diversos intereses y cuya interacción contribuye a la instauración de reglas que regulan la producción, la difusión y la aplicación del conocimiento.

No en vano, durante el período de la segunda posguerra, <<La Administración de Veteranos>>, <<El Servicio de Salud Pública Norteamericano>> y otras entidades gubernamentales realizaron donativos a las universidades para que desarrollaran programas de formación en psicología clínica. En adición a lo anterior, la American Psychological Association APA fue llamada a especificar normas de “preparación teórica y de competencia” (Mensh, 1971, p.22) que permitieran la emisión de certificados para el ejercicio profesional. En concordancia con <<esta demanda, se organizó un comité de miembros, dirigido por el psicólogo David Shakow, quienes presentaron un informe final en 1947; documento en el que se formalizaba el *Modelo*

científico-práctico para la formación de psicólogos clínicos, cuya principal característica era “la integración de ciencia y práctica” (Grossman y Walfish, 2014, p.23), lo que fundamentaba el énfasis en la investigación, el método científico y la importancia de sus lineamientos en el desarrollo de protocolos para la aplicación de estrategias de evaluación e intervención.

Dos años después, en 1949, el modelo fue aceptado por miembros de la APA y otros profesionales de la salud, en una conferencia realizada en la Universidad de Boulder, Colorado. Conferencia en la que se ratificó la importancia de utilizar estrategias susceptibles de ser estandarizadas, replicadas y validadas empíricamente; razón por la que la formación de psicólogos clínicos también debía incluir entrenamiento en investigación. Cabe resaltar que, en la actualidad, las resonancias de este modelo mantienen su vigencia; no en vano, en el documento *Evidence-Based practice in psychology*, publicado por la APA en el año 2006, se referencia el informe realizado por David Shakow y la conferencia de Boulder como importantes antecedentes, cuyos aportes son consistentes con la adopción de la *práctica basada en la evidencia*. Siendo este, un modelo desarrollado inicialmente en la medicina y caracterizado por señalar la relevancia de orientar la toma de decisiones en la práctica clínica, a partir de los resultados de investigación reciente; pero, no desde la consideración de principios conceptuales, sino de cifras estadísticamente significativas.

En el contexto descrito anteriormente, siguiendo lo planteado por Pérez (2006) en su revisión histórica de la terapia de conducta, durante la década de 1950, en respuesta a la demanda de validar empíricamente los procedimientos de intervención en las diferentes aplicaciones de la psicología, emerge la *primera generación*¹⁷ de terapia conductual. Expresión con la que se alude a

¹⁷ Cabe resaltar el uso del término *generación* para estructurar diferentes momentos históricos de la terapia de conducta; pues, de acuerdo con la definición ofrecida por la Real Academia Española RAE (2014), este término corresponde a cada una de las fases de una *técnica* en evolución, diferenciada de la anterior por avances e

la aplicación de la psicología del aprendizaje y el estudio de la conducta en el desarrollo de técnicas para el abordaje de diversas problemáticas; a partir de “una vocación ambientalista o contextual y a la vez, ideográfica, atendiendo a casos individuales” (Pérez, 2006 p.160). Así pues, se trataba de evaluar qué variables ambientales favorecían o se asociaban a la emergencia de la conducta problema en el individuo, aquella que dificultaba la adaptación al medio y, por tanto, debía ser intervenida; no en vano, Joseph Wolpe (1961), psiquiatra sudafricano y uno de los pioneros en este enfoque, enfatizaba: “la cura en terapia conductual se alcanza tratando el síntoma en sí mismo, esto es, a partir de la extinción de una respuesta condicionada¹⁸ inadaptativa” (p.971).

Ahora bien, la intervención centrada en la modificación de la conducta, en pro de su adaptación al medio, encuentra sus raíces en el *Behaviourism* o *Conductismo*; un discurso científico en el que emergieron diversos marcos conceptuales y aproximaciones metodológicas. Desde la propuesta de Watson en *La psicología tal como la ve el conductista* (1913), quien argumentaba a favor de la redefinición de la psicología como el estudio del comportamiento, observable, y no de “procesos mentales en el mundo mental de la conciencia” (Skinner, 1975, p.15), hasta el *Conductismo radical* propuesto por el psicólogo estadounidense B.F Skinner; quien le caracterizó como “una filosofía de la ciencia que se ocupa del contenido y los métodos de la psicología” (Skinner, 1972, p.111), no de cualquier psicología sino del *análisis experimental del*

innovaciones. Desde esta perspectiva, la construcción de conocimiento se inscribe en una progresión lineal, desde la que los conceptos, las teorías y los métodos se transforman como respuesta a las falencias de aquellos que les antecedían. No obstante, siguiendo lo planteado por Foucault en *La arqueología del saber* (1970), puede decirse que este modelo centrado en la continuidad, uniforme y teleológico vela la multiplicidad, la influencia de intereses económicos, políticos e ideológicos que condicionan la producción y la transformación del saber.

¹⁸ Una *respuesta condicionada* es una conducta aprendida, a partir de la relación entre estímulos ambientales; producto de su presentación conjunta de los mismos en sucesivas oportunidades. Se trata de un concepto retomado del *condicionamiento clásico*, un mecanismo que explica el proceso de aprendizaje por asociación en los organismos.

comportamiento o el estudio del mismo en ambientes controlados con el fin de establecer la relación comportamiento-ambiente.

No obstante, lo que permanecía como regularidad corresponde a la apuesta por estudiar la conducta humana valiéndose del método desarrollado para las ciencias de la naturaleza, con el fin de formular leyes que permitieran la explicación, la modificación, la predicción y el control. Desde esta perspectiva, mente, conciencia y pensamiento; al no poderse situar en el registro de lo observable, lo susceptible de cuantificación y estandarización, debían ser traducidos en otros términos. A manera de ejemplo, en *Sobre el conductismo* de Skinner (1975) el pensamiento, la creatividad, la memoria, la toma de decisiones y la motivación son reformulados como *comportamiento encubierto*; argumenta el autor, “el pensamiento tiene las dimensiones del comportamiento, no las de un imaginario proceso interno que encuentra su expresión en el comportamiento” (p.112) y, en este orden de ideas, emerge en razón de determinadas condiciones ambientales.

En relación a lo anterior, otro de los elementos comunes a las diferentes variantes del conductismo lo constituía el énfasis en las condiciones del ambiente como factores causales y reguladores de las respuestas conductuales de los individuos; perspectiva que encontraba su fundamento en los aportes del evolucionismo y la psicología comparada, desde los que la noción de *continuidad de las especies* reivindicaba “la existencia de continuidad entre los animales humanos y los humanos” (Domjan, 2010). Así pues, el hombre constituía un organismo, con determinadas condiciones genéticas, anatómicas y fisiológicas; quien adquiriría un repertorio de conductas en razón de procesos de condicionamiento o de aprendizaje, derivados de la asociación entre estímulos ambientales; además de la relación establecida entre determinadas respuestas conductuales emitidas y sus consecuencias a lo largo de la historia vital.

Dichos procesos de aprendizaje ocurrían en el marco de un *ambiente social*, término con el que la multiplicidad de lo cultural quedaba reducido a un conjunto de reglas o leyes que determinaban la emisión de *refuerzos*, para aumentar la probabilidad de emisión de una conducta, o *castigos*, orientados a reducir dicha probabilidad. Consecuentemente, la función del psicólogo comprendía el *diseño del comportamiento* humano, la modificación de determinadas condiciones ambientales para intervenir en las respuestas de los individuos y facilitar su adaptación, su supervivencia en el ambiente social; propuesta que podía ser aplicada tanto a nivel individual como colectivo.

Consecuentemente, la terapia conductual no se erige en tanto apuesta terapéutica, al facilitar la producción de un saber que sirva para lidiar con un sufrimiento; esta es caracterizada principalmente como una administración de la conducta humana:

El control del comportamiento se oculta o se disfraza en la educación, la psicoterapia y la religión cuando se dice que el papel del maestro, el terapeuta o el sacerdote es guiar, dirigir o aconsejar en lugar de administrar. (Skinner, 1975, p.181)

Nótese que el término administrar se inscribe en la economía y alude a la organización o la disposición de bienes. Pues, siguiendo lo planteado por el filósofo francés George Canguilhem (1997), en la formulación y la aplicación de las leyes del aprendizaje, orientadas a facilitar la adecuación del individuo, se encuentra implícita la idea de la utilidad del hombre, su naturaleza en tanto instrumento. No en vano, los desarrollos del conductismo encontraron gran acogida en el mundo laboral, la industria, la publicidad, la escuela y las instituciones carcelarias, contribuyendo significativamente a la psicología aplicada; en adición a lo anterior, desde sus primeros años de desarrollo, entre las décadas de 1920 y 1940, los conceptos y teorías de corte conductista no sólo

se difundieron en medios dirigidos a la comunidad científica, sino también a quienes estaban fuera de ella.

Lo anterior repercutió significativamente en los discursos sobre la infancia, en los que el niño emergía como un ser pasivo; pues, su conducta podía ser fácilmente modificada a partir del control de las variables del ambiente y la aplicación de reforzadores o castigos, con el fin de maximizar su desempeño y su adecuación al medio social. Estas lógicas incursionaron en el salón de clases y en el seno mismo de la familia, a partir de libros y artículos centrados en las prácticas de crianza; textos en los que se formalizaban prescripciones para hacer de cada niño un futuro adulto exitoso. Adicionalmente, las publicaciones incluían criterios etarios que facilitaban la evaluación del trayecto del niño en relación al camino prefigurado del desarrollo considerado como normal. Consecuentemente, padres y educadores fueron instruidos en la identificación del niño que no andaba al mismo ritmo que sus pares, a quien se debía remitir al experto para que aplicara técnicas especializadas de modificación de conducta.

En lo que respecta a las primeras técnicas de intervención, pertenecientes a la generación de terapia conductual de 1950, siguiendo lo planteado por Benjamin *et al.* (2012) en *History of Cognitive-Behavioral Therapy in Youth*, estas emergieron orientadas por dos paradigmas. Primeramente, el *condicionamiento clásico*, un mecanismo que explicaba la emergencia de respuestas conductuales debido a la asociación entre estímulos ambientales. Paradigma que derivó en la técnica de la *desensibilización sistemática*, desarrollada por Wolpe a partir de su investigación con respuestas de ansiedad en animales; ésta se fundamentaba en la hipótesis de la *inhibición recíproca*: la asociación entre la respuesta ansiógena y el estímulo desencadenante desaparecería o disminuiría si dicho estímulo era asociado a una respuesta incompatible con las manifestaciones fisiológicas de la ansiedad (relajación); desde la que se diseñaban planes de

intervención para tratar la ansiedad y la fobia en niños. De otro lado, la teoría del *condicionamiento operante* ponía el énfasis en las consecuencias de la conducta y el modo en el que éstas aumentaban o disminuían las probabilidades de emisión de la misma; así, su aplicación en el consultorio se reservó exclusivamente a la identificación de las condiciones ambientales que reforzaban los comportamientos indeseables en el niño problema y la instrucción de los padres en técnicas que permitieran el moldeamiento conductual.

Ahora bien, desde ambas estrategias, el niño referido al consultorio del experto devenía en una posición pasiva. Pues, más que posibilitarle la producción de un saber sobre el malestar que le aquejaba y la dilucidación del modo en el que él o ella se encontraba involucrado en este; la intervención se orientaba a los estímulos ambientales que funcionaban a manera de determinantes. Cabe resaltar que ambas técnicas, la desensibilización sistemática y la aplicación del condicionamiento operante en el análisis de la conducta, siguen siendo usadas en la terapia cognitivo-conductual. La primera de ellas, en el tratamiento de fobias o miedos; en lo que respecta al análisis de la conducta, este hace parte de la fase de evaluación de la TCC, mientras que la aplicación de reforzadores o castigos se recomienda en el tratamiento de la conducta agresiva/disruptiva (Universidad Autónoma de Madrid, 2015).

Así pues, la primera generación de terapia de conducta contribuyó a la validación científica del discurso de la psicología; además de justificar su aplicación en el consultorio y fuera de él, a razón de su propuesta de intervención centrada en la rápida modificación de la conducta. Propuesta que, siguiendo lo planteado por Rutherford (2003), repercutió significativamente en la cultura norteamericana de mitad del siglo XX, gracias a su difusión en medios de comunicación masiva dirigidos a quienes no hacían parte de la comunidad científica; revistas, artículos de periódicos y programas radiales invitaban a revolucionar las pautas de crianza, el salón de clases y la empresa

a partir de los principios ofrecidos por la ciencia de la conducta. Todo esto, enmarcado en el esfuerzo neoliberal¹⁹ por constituir y optimizar el *capital humano*, el individuo en tanto fuerza de producción y de consumo. En este sentido es posible afirmar que, como plantea Foucault en *El nacimiento de la biopolítica* (2008), lógicas económicas, como la de *la inversión*, son utilizadas para abordar las intervenciones en salud mental y educación, dirigidas a la infancia; así, se trataría de maximizar los efectos con un mínimo de recursos, destinados a la construcción del niño *cero defectos*.

Sin embargo, durante finales de la década de 1950, la influencia de los estudios en teoría de la comunicación, la crítica de los lingüistas a la traducción del lenguaje en conducta verbal y el desarrollo de los primeros computadores permitieron la emergencia del *cognitivismo* o la ciencia cognitiva en psicología. Siendo esta, una aproximación que centraba su atención en identificar los procesos necesarios para el funcionamiento de la atención, la memoria, el razonamiento, la toma de decisiones, el lenguaje, la solución de problemas, entre otros (Smith, 2001); procesos conceptualizados a partir de una analogía entre la mente humana y el computador. Dado que, de acuerdo con lo planteado por los psicólogos cognitivos Gigerenzer y Goldstein (1996) en *Mind as a computer: Birth of a Metaphor*, la descomposición de la complejidad de una tarea en subrutinas y reglas de producción sencillas, concepto básico de la programación computacional, permitía explicar el funcionamiento de procesos cognitivos a partir de su separación en subprocesos.

¹⁹ Siguiendo lo planteado por Foucault (2008) en *El nacimiento de la biopolítica*, el neoliberalismo constituye una corriente económica y política de corte capitalista, que emergió y se consolidó durante el siglo XX, sustituyendo el intercambio por la competencia como mecanismo imperante. Así, aunque se presenta como un régimen no intervencionista respecto de los efectos del mercado, este interviene “sobre la sociedad misma en su trama y espesor” (p.207), convirtiéndole en una sociedad de empresa; generalizando este modelo a nivel del individuo mismo y su constitución como *capital humano*.

Cabe resaltar que dicha aproximación resultaba congruente con las teorías de la psicología del desarrollo, respecto de la adquisición de procesos cognitivos; pues, estas se centraban en la formalización de *etapas*, momentos cronológicos en los que se adquirirían, progresivamente, habilidades cada vez más complejas. No en vano, como evidencia Delval (1988) en *Sobre la historia del estudio del niño*, las emergentes teorías del procesamiento de la información llevaron al redescubrimiento de obras como las de Piaget; cuyos planteamientos fueron objeto de una relectura a partir del modelamiento computacional.

Ahora bien, del mismo modo en el que los modelos teóricos de la psicología del desarrollo contribuían a la construcción de la *normalidad*, al establecer niveles de desempeño y grados de adquisición de habilidades promedio por edad, la caracterización de los procesos cognitivos permitía dar cuenta de errores, deficiencias y distorsiones en los mismos. Premisa que, más adelante, durante finales de la década de 1960, tendría gran influencia en modelos psicopatológicos de orientación cognitiva, como el formulado por el psiquiatra norteamericano Aaron Beck; quien atribuía el comportamiento disfuncional y las respuestas emocionales excesivas de un individuo a “formas inapropiadas de interpretar la propia experiencia” (Weinrach, 1980, p.160).

Así, la función del terapeuta consistía en identificar el proceso cognitivo distorsionado y centrarse en su modificación. Paradigma del que emergieron dos propuestas de intervención ampliamente usadas en población infantil, incluso desde sus desarrollos iniciales (Craighead y Meyers, 1984). La primera de ellas, el entrenamiento en auto-instrucciones, fue desarrollada por el psicólogo norteamericano Donald Meichenbaum a partir de su trabajo de condicionamiento operante con pacientes esquizofrénicos; quienes repetían las instrucciones dadas por el experto, previo a la emisión de la respuesta aprendida. En consecuencia, se planteó la posibilidad de una técnica que permitiera entrenar a los individuos en la producción interna de auto-afirmaciones y el

hablarse a sí mismos para regularse; lo que llevaría al desarrollo de un programa orientado a niños con dificultades en el manejo de los impulsos, a quienes se les enseñaba a generar instrucciones que les llevaran a la ejecución de conductas socialmente adecuadas.

En lo que respecta a la segunda propuesta de intervención, el entrenamiento en resolución de problemas, esta fue desarrollada por D’Zurilla y Goldfried, quienes se basaron en la teoría del procesamiento de la información para formular una serie de pasos que llevaran al individuo de la identificación de su problema, a la generación de múltiples alternativas de solución, la evaluación de sus consecuencias en términos de pérdida-ganancia y la ejecución de la mejor opción disponible. Cabe resaltar que, desde este modelo, la discusión respecto de las implicaciones éticas de determinada decisión queda soslayada, dado que esta no se inscribe en las lógicas del cálculo económico; más bien, corresponde a un ejercicio reflexivo en el que se vuelve sobre lo dicho y lo hecho, con el fin de tomar una posición que le permita al niño implicarse y no excusarse. Las primeras aplicaciones de esta técnica en población infantil se orientaron a mejorar la adaptación de niños y niñas a los ambientes escolares, tanto a nivel del desempeño escolar como de la socialización con profesores y pares (Craighead y Meyers, 1984).

Resulta pertinente destacar que, tanto la propuesta de Meichenbaum como la de D’Zurilla y Goldfried, se inscriben en la lógica de un *entrenamiento*, una preparación o adiestramiento en la ejecución de conductas socialmente aceptadas, de acuerdo con un modelo que el saber experto sitúa como óptimo; empresa que puede ser situada, no en el esfuerzo por permitir la invención de un saber singular respecto de aquello que genera malestar por parte del niño, sino en la aproximación de este al ideal del *cero defectos*.

En el contexto delimitado anteriormente, dos discursos con raíces epistemológicas y objetos de estudio diferenciados daban lugar a apuestas clínicas distintas. De un lado, el conductismo caracterizaba la intervención psicológica en el *niño organismo* como la identificación y la modificación de las variables ambientales que mantenían conductas desadaptativas, con el fin de aumentar la probabilidad de emisión de otras más funcionales. De otro lado, el cognitivismo planteaba el abordaje del *niño ordenador* desde la identificación de errores o distorsiones en el procesamiento de la información, que daban lugar a reacciones emocionales y conductuales problemáticas; consecuentemente, la terapia apuntaba a una corrección de dichas distorsiones.

Si bien, ambas apuestas clínicas centraban su propuesta en objetos diferentes, el recorrido realizado en este apartado permitió identificar dos estrategias que funcionan de manera similar en la terapia de conducta y la terapia cognitiva. En primer lugar, el *examen* o la *evaluación*, cuyo fin es el de *hacer visible* al evaluado de manera que pueda ser calificado en relación a la norma y clasificado en categorías pre-establecidas (Foucault, 2009). Lo anterior, a partir de procedimientos que traducen el malestar de quien consulta y su narrativa de vida en un texto finito, compuesto de términos como: determinantes ambientales, reforzadores, castigos, esquemas mentales, distorsiones, entre otros; texto desde el que se justificará el uso de determinadas técnicas en la práctica clínica.

En lo que respecta a la segunda estrategia, esta corresponde al carácter *normalizador* de ambas propuestas clínicas; pues, más que dar lugar a quien consulta para que produzca un saber respecto de lo que le aqueja, lo que le permitiría implicarse con su problemática, la intervención se orienta a corregir aquello que no le permite al individuo adaptarse al medio social; adaptación entendida en términos de funcionalidad y productividad. En el caso particular de la infancia, como fue trabajado en el capítulo anterior, el examen del niño se rige por el camino prefigurado del

desarrollo, compuesto por una serie de etapas cronológicas que signan la adquisición progresiva de determinadas habilidades y competencias. Así pues, el niño que no anda al mismo ritmo, que no logra los mismos niveles de desempeño que sus pares, debe ser intervenido por el *profesional psi*; quien, haciendo uso de su saber experto, modificará las condiciones ambientales o le entrenará para maximizar su potencial. Siendo esta, una empresa pensada desde el *llegar a ser* un adulto exitoso, cercano al ideal de hombre del momento histórico en el que se encuentra.

No es de extrañar que, a pesar de las críticas que algunos exponentes del conductismo dirigieron al cognitivismo, calificándole como una vuelta al mentalismo (Skinner, 1977), y las diferencias epistemológicas entre ambas propuestas, a finales de la década de 1970, emerge la *segunda generación* de terapia conductual; más propiamente, la *terapia cognitivo-conductual* (TCC), nombre que alude a la incursión de nociones derivadas del cognitivismo como variables causales del comportamiento humano (Díaz, Ruiz y Villalobos, 2012). Consecuentemente, el objeto del tratamiento seguía siendo la modificación de la conducta; pero, lo cognitivo, las estructuras, los esquemas de pensamiento constituían determinantes de procesos fisiológicos, emocionales y comportamentales. Así, la modificación de los procesos cognitivos no excluía las intervenciones propiamente conductuales; por el contrario, contribuía a la emergencia y el mantenimiento de los cambios comportamentales: “la mejoría en la condición clínica se ve asociada con los cambios en la estructura cognitiva de la experiencia” (Beck, 1988).

Cabe destacar que la integración cognitivo-conductual se fundamentó, principalmente, en su utilidad clínica. De ahí que algunos autores señalen la dificultad de ofrecer una definición consistente; tal es el caso de Knapp y Beck (2008), quienes señalan que la TCC es un *término paraguas* o una denominación global que incluye “terapia cognitiva estándar y combinaciones

ateóricas²⁰ de estrategias cognitivas y conductuales” (p.55). En adición a lo anterior, de acuerdo con lo planteado por Benjamin et al. (2012), a partir de una búsqueda en bases de datos, gran parte de los trabajos de investigación sobre la TCC se centran en soportar empíricamente la eficacia de sus intervenciones para determinados trastornos o problemáticas; eficacia entendida en términos de disminución o eliminación de conductas específicas, a partir del uso de instrumentos estandarizados que permiten cuantificar la intensidad o la gravedad de lo presentado por el paciente. Lo anterior, se replica en la terapia cognitivo-conductual dirigida a niños y niñas, como fue evidenciado en el estado de la cuestión de esta investigación.

En consecuencia, resulta pertinente hacer emerger la pregunta por la relegación de la discusión epistemológica en la clínica; pues, una crítica rigurosa de los fundamentos teóricos, a la luz de lo que acontece en la práctica, permite refinar los conceptos, hacer de estos orientadores para el terapeuta y no categorías rígidas que se imponen a quien consulta. En adición a lo anterior, el ejercicio crítico permite tomar una posición respecto del *hacer clínico*, no sólo en términos del cómo y porqué funciona determinada estrategia, sino también del *para qué*, del fin último de la psicoterapia y su relación con empresas de carácter económico, político e ideológico que atraviesan el discurso científico.

Ahora bien, siguiendo lo planteado por Gaudiano (2008) en el artículo *Cognitive-Behavioral Therapies: Achievements and Challenges*, durante las décadas de 1980 y 1990, la acumulación de investigaciones, centradas en la validación empírica de intervenciones cognitivo-

²⁰ El *ateoricismo* corresponde, en este caso, a la utilización de estrategias de evaluación e intervención de propuestas que atienden a coordenadas epistemológicas distintas (lo cognitivo y lo conductual); justificando lo anterior en razón, no de una discusión rigurosa de las posibles articulaciones conceptuales, sino de su utilidad en la práctica, la cual puede ser comprobada empíricamente. Resulta pertinente introducir aquí un interrogante por la rigurosidad de la práctica clínica y el lugar de los conceptos a manera de orientadores en el abordaje de las problemáticas, dado que esto no queda solventado en las cifras estadísticamente significativas de la efectividad.

conductuales, contribuyó a la progresiva inclusión de las mismas en protocolos de acción para una diversidad de trastornos; además de su posicionamiento en compañías de seguro y políticas públicas como opción terapéutica privilegiada. Lo anterior, a razón de su propuesta clínica estructurada en un número determinado de sesiones, previamente diseñadas; características que facilitan la replicación, necesaria para la validación empírica de la eficacia del tratamiento en corto tiempo. Adicionalmente, la naturaleza psicoeducativa de la TCC, orientada a la corrección de conductas y/o pensamientos considerados como disfuncionales o des-adaptativos, contribuyó significativamente a la aplicación de estrategias de intervención en el desarrollo y la implementación de programas de promoción y prevención; fundamentados en la posibilidad de identificar y controlar variables asociadas a la emergencia de determinadas problemáticas sociales.

En la actualidad, las TCC conservan su lugar protagónico; lo que, como fue desarrollado en el primer capítulo, aplica también para el trabajo clínico con niños y niñas. Cuestión que se ve reflejada en el *plan de acción sobre salud mental 2013-2020* de la Organización Mundial de la Salud OMS (2013) donde, aunque no se especifica explícitamente el uso de intervenciones cognitivo-conductuales, se elige como enfoque transversal el uso de *prácticas basadas en evidencias*, de intervenciones cuya eficacia pueda ser sometida a un procedimiento de validación fundamentado en la replicación y la cuantificación; premisa que excluye la importancia de la discusión epistemológica, privilegiando los aspectos técnicos.

Lo anterior resulta concordante con la noción contemporánea de salud mental, entendida como un *completo estado de bienestar* desde el que, al ser consciente de sus capacidades y ser capaz de afrontar las *tensiones normales de la vida*, el individuo logra trabajar de forma productiva y fructífera, aportando a la comunidad de la que hace parte (OMS, 2013). Definición que puede ser situada en las lógicas económicas de la construcción de *capital humano* previamente

mencionada; pues, estar saludable mentalmente es contar con las condiciones que faciliten la inserción en el aparato productivo, sin contar necesariamente con el deseo de quien consulta. No en vano, la ley 1616 del 21 de enero de 2013, mediante la cual el congreso de la república de Colombia expide las disposiciones legales en materia de salud mental, caracteriza esta misma como un tema de gran importancia, al tratarse de un *bien de interés público*, término jurídico que se inscribe en las lógicas del *para todos*, al intentar unificar intereses divergentes y fragmentarios en el ideal del *bien común* (Cores y Cal, 2012). En este contexto, la intervención en población infantil es considerada prioritaria; pues, como había sido trabajado en el primer capítulo, el niño se aborda desde el *llegar a ser* productivo y también consumidor.

A partir del recorrido esbozado en este apartado es posible formalizar algunas puntualizaciones respecto de la propuesta cognitivo-conductual, relacionándolas con la noción de infancia delimitada en el primer capítulo y destacando las implicaciones de las mismas en el trabajo con niños y niñas. En primer lugar, la incursión de la psicología en tanto práctica clínica se inscribe en una lógica rectificadora, legitimada a partir de criterios de *normalidad*; cuya construcción, en el marco del discurso científico, no les excluye de estar relacionados con el ideal de hombre que configuran las coordenadas económicas, políticas e ideológicas de determinado momento histórico. En este orden de ideas, es posible vincular la emergencia de la clínica psicológica de Witmer, a finales del siglo XIX, y su consolidación académica e institucional, durante el siglo XX, con el proyecto neoliberal de construcción de *capital humano*; desde el que la producción de individuos-fuerza-de-trabajo y, más importante aún, consumidores, se lleva a cabo a partir de la incursión del discurso económico en esferas como las relaciones interpersonales, la familia, la educación y la salud.

De ahí que la definición de salud mental se estructure en torno a la capacidad de trabajar y/o aportar a la comunidad. Cuestión que atraviesa tanto la propuesta conductista de modificar la conducta desadaptativa como la cognitivista, centrada en la flexibilización y corrección de pensamientos o esquemas mentales disfuncionales. Lo anterior se refleja en la permanencia de dos estrategias en ambos enfoques: la primera de ellas corresponde a la *evaluación*, desde la que se traduce el malestar de quien consulta en nociones que facilitan la cuantificación y la comparación, realizadas con el fin de establecer la posición que ocupa la conducta o el pensamiento del individuo en el espectro normalidad-anormalidad; la segunda es el carácter de la intervención, dado que no se trata de una apuesta por producir un saber que permitiera tomar una posición respecto de aquello que hace sufrir, sino de eliminar o aminorar rápidamente el malestar con fines de incrementar el rendimiento productivo de aquel que es intervenido.

No es de extrañar que la unión cognitivo-conductual sea justificada en razón de su utilidad en la clínica; utilidad comprobada a partir de modelos investigativos empíricos, adoptados del modelo de validación médico, cuya ejecución requiere de la estandarización, la replicabilidad, la brevedad y la predictibilidad de las intervenciones. Siendo estas, características principales de la TCC que le han garantizado una posición privilegiada en las instituciones, los sistemas de salud y las políticas públicas; pues, facilitan la inscripción de la psicoterapia en las lógicas de la maximización de ganancias con un mínimo de pérdidas. En adición a lo anterior, como fue desarrollado previamente, el ateoricismo y la ausencia de una discusión epistemológica respecto de conceptos, nociones, métodos y estrategias utilizadas en la clínica tiene consecuencias éticas; pues, comprobar que se elimina o se disminuye la probabilidad de emisión de determinada conducta o pensamiento, caracterizado como disfuncional, no responde al cómo, por qué y, más

importante aún, el *para qué* de la intervención, ¿a qué intereses sirve? Y ¿qué efectos tiene esto sobre la persona que consulta?

En lo que respecta a la TCC con niños, esta opera a partir de la noción de infancia ofrecida por la psicología del desarrollo; noción que, como fue argumentado en el primer capítulo, alude a intervalos cronológicos en los que el niño debe adquirir determinadas habilidades o cierto grado de competencia en la ejecución de las mismas. En consecuencia, el camino prefigurado del desarrollo da cuenta de un ideal, el del niño *cero defectos*, aquel que puede ser posicionado en el promedio de las curvas de desarrollo o, incluso, superar el nivel esperado; pues, este es el que tiene una mayor probabilidad de *llegar a ser* un adulto productivo. En lo que respecta al *niño problema*, aquel que se resiste a ceder en su *singularidad*, entendida como aquello que lo diferencia del conjunto conformado por los pares de su misma edad, se le inscribe en un mecanismo que explica su hacer desde la lógica de los determinantes; se hace de él un *conocido anormal* que puede ser tratado aplicando determinadas técnicas correctivas.

Así, como se argumentó en el recorrido realizado, las estrategias de intervención se inscriben en lo psicoeducativo, el entrenamiento y la corrección; lógicas que responden al ejercicio del poder disciplinar, entendido como aquel que “tiene como función principal la de <<enderezar conductas>>; o sin duda, de hacer esto para retirar mejor y sacar más” (Foucault, 2009, p.157), para multiplicar o potenciar lo que hay de capital en cada individuo. Apuesta que tiende a la homogenización, obviando que el borramiento de lo más propio de cada niño, lo singular, aquello que se resiste a ser inscrito en el ideal del *cero defectos*, anula también la posibilidad que él tiene de producir un saber propio que le implique en su problemática.

A la luz de lo formalizado, en los siguientes apartados se realizará una lectura de las estrategias de evaluación e intervención cognitivo-conductuales dirigidas a los *trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta*²¹; rastreando los efectos de entender la infancia desde una perspectiva desarrollista, orientada por estándares que comportan un ideal de niño, en la práctica clínica.

Niños replicables: sobre el proceso de intervención cognitivo-conductual.

La revisión de manuales y protocolos de terapia infantil de orientación cognitivo-conductual permitió identificar que esta corresponde a un “proceso estructurado en momentos o etapas consecutivas” (Moreno, 2002, p.85). Etapas que son justificadas aludiendo a la adopción del método científico *experimental*, no sólo en la validación empírica de la eficacia del tratamiento, sino en los modos de conducir el mismo. En concordancia con lo anterior, Olivares, Méndez y Maciá (2003), en *Tratamientos conductuales de la infancia y adolescencia*, plantean que la TCC

²¹ Cabe resaltar que, como evidencian los manuales y protocolos revisados, las estrategias y técnicas utilizadas en el proceso de terapia cognitivo-conductual se seleccionan en razón del diagnóstico o la conducta problema de quien consulta. Para esta investigación, se limitó el rastreo a las propuestas de evaluación e intervención de *los trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta*; definidos por el DSM-5 como un espectro de afecciones que se manifiestan en dificultades de regulación conductual y emocional, de inicio en la infancia y adolescencia, que llevan al individuo a “conflictos importantes frente a las normas de la sociedad o las figuras de autoridad” (APA, 2014, p.461).

Dicha elección metodológica se realizó considerando los criterios diagnósticos correspondientes a este conjunto de trastornos, dado que constituyen categorías orientadas a englobar el malestar que comporta *el niño problema*, aquel que constituye un desafío para padres, madres, educadores y figuras de autoridad. Así, el análisis de las estrategias, propuestas por la terapia cognitivo-conductual para su abordaje, facilita evidenciar la aplicación de determinada noción de infancia, fundamentada en estándares y el ideal contemporáneo del *cero defectos*, en la práctica clínica. Siendo este, el objetivo específico a desarrollar en el presente capítulo.

es en sí misma un proceso de “elaboración y verificación de hipótesis” (p.185) por parte del terapeuta experto.

Así, aunque en algunos textos se desglosa el proceso en un número mayor de etapas, siguiendo lo planteado por Moreno (2002), los componentes básicos del mismo son: la fase de *evaluación*, en la que se identifica, se selecciona y se describe la conducta problema del niño; una fase de *formulación clínica*, en la que se elaboran hipótesis explicativas y se diseñan objetivos terapéuticos en concordancia con las mismas. Posteriormente, el *diseño y la aplicación de un plan de acción*, en el que se incluyen diferentes técnicas o estrategias en razón de lo identificado en las fases anteriores. Finalmente, se considera la *evaluación de los efectos* de la terapia; evaluación que debe centrarse en comprobar la modificación de la problemática en cuestión.

Cabe resaltar el modo en el que esta estructura, correspondiente al proceso de intervención cognitivo-conductual, se asemeja a la reducción del *método hipotético-deductivo* en una serie de pasos lineales: delimitar la problemática a investigar, recolectar información sobre esta (fase de evaluación), formular hipótesis en términos que permitan prever la observación de determinados hechos (formulación de caso), verificar si en las condiciones planteadas se observa lo previsto (intervención) y, en razón de lo anterior, considerar válidas las hipótesis que hayan podido ser comprobadas (evaluación de los efectos). No obstante, siguiendo lo planteado por Pasternac (1982) en *Introducción al problema de los métodos en psicología*, hacer del método, no un camino que construye el investigador en la aproximación a la problemática que le concierne, sino “una aplicación mecánica de un recetario” (p.116) constituye una simplificación desde la que se dificulta la captación de *lo inesperado* que pueda revelar el fenómeno investigado, eso que no

encaja en el procedimiento rígido y que es lo más propio de la subjetividad ²² del niño traído a consulta.

Esta es una cuestión que ha sido discutida, incluso, en el campo de las ciencias naturales; a manera de ejemplo, puede referenciarse el trabajo del físico alemán y pionero de la teoría cuántica Werner Karl Heisenberg en su obra *La imagen de la naturaleza en la física actual* (1975), quien hace una crítica a los modelos explicativos de carácter determinista y la pretensión de aprehender una realidad puramente objetiva. Puesto que, argumenta el autor, durante el proceso de observación y medición de componentes mínimos de la materia, estos resultan perturbados por los propios mecanismos o instrumentos usados para tal fin; efecto que introduce un margen de incertidumbre en la medición. En consecuencia, concluye respecto de las leyes naturales que se formulan matemáticamente en la teoría cuántica: “estas no se refieren ya a las partículas elementales en sí, sino a nuestro conocimiento de dichas partículas” (p.12).

En relación a lo anterior, resulta pertinente interrogar la estructuración de la intervención terapéutica cognitivo-conductual en términos de un procedimiento constituido por etapas sucesivas; más aún, cuando no se trabaja con partículas subatómicas, sino con el *ser hablante*. Ser atravesado por el lenguaje; aquel que le permite *decir*, pero *no-todo*. En consecuencia, las palabras comportan un *más de sentido* que introduce la incertidumbre, el malentendido y, también, la posibilidad de posicionarse de un modo distinto respecto de lo *ya dicho*.

²² La noción de subjetividad es abordada en la presente investigación desde los referentes teóricos del psicoanálisis; esta se caracteriza detalladamente en el tercer capítulo. No obstante, dado que constituye un concepto que orienta el análisis crítico de las estrategias de evaluación y las técnicas de intervención cognitivo-conductuales, se aclara que la subjetividad no es un estado, es una *posición* que emerge como efecto de lo inesperado, de aquello que desafía las certezas y, por consiguiente, hace emerger interrogantes. Un sujeto es alguien que resulta dividido, preocupado ante la caída de las certezas; el niño no es ajeno a esto, él puede tomar una posición ante lo que le sucede y eso da cuenta de su subjetividad.

Esto es, precisamente, lo que escapa a la rigidez del procedimiento; no en vano, se recomienda al psicólogo que, durante los primeros momentos de la intervención, se sirva de lo expresado por informantes (padres, cuidadores, educadores y pares) para generar una lista de conductas problema del niño, lista que orientará la búsqueda y la contrastación de información durante la fase de la evaluación. Aquí, se excluye que, la descripción de la conducta problema del niño, la puesta en palabras que esto comporta, no es meramente aséptica u objetiva; se inscribe en el registro del *más de sentido* al que se aludía previamente y aquello que el informante dice respecto del hacer del niño da cuenta de una posición. Pues, eso que interpreta tiene que ver con lo que para él o ella significa ser niño, con sus propias experiencias de la infancia. Cuestión que, en el capítulo anterior, también fue considerada respecto de la observación en tanto técnica de recolección de la información; pues, incluso cuando se minimiza la influencia del investigador haciendo uso de ayudas tecnológicas, lo registrado en vídeo es categorizado, codificado, se pone en palabras por parte del experto, allí hay una producción discursiva que hace hablar las acciones del niño.

Igualmente, la linealidad del procedimiento, justificada a partir de la estandarización como condición para comprobar empíricamente la eficacia del tratamiento, resulta concordante con una noción de infancia reducida a criterios cronológicos, caracterizados por la adquisición de determinadas habilidades o competencias. Un procedimiento estandarizado para abordar un *niño replicable*; pues, aunque se enfatice en la importancia de una evaluación ideográfica, centrada en las diferencias individuales²³, estas son cuantificadas, inscritas en el camino prefigurado del

²³ Cabe resaltar el uso del término individuo; cuya definición, de acuerdo con el diccionario de la Real Academia Española, alude a un ser organizado respecto de la especie a la que pertenece. Así, las diferencias entre un individuo y otro son susceptibles de clasificación, de inscripción en la norma; cuestión que resulta concordante con la exclusión de la singularidad, al inscribir toda diferencia en la lógica de los determinantes y la estandarización.

desarrollo y, en caso de incomodar, de comprometer la adaptación social y académica del niño, de generar una repercusión social más adversa deben ser rectificadas, normalizadas.

Ahora bien, ante la pregunta por los intereses en juego en la apuesta normalizadora que supone la clínica cognitivo-conductual, se alude al empleo del método científico como “la mejor forma de proteger al cliente de intervenciones perjudiciales” (Olivares, Méndez y Maciá, 2003, p.185). No obstante, siguiendo lo planteado por Pasternac (1982), no es el método el que, al ser en sí mismo científico, da un valor de rigurosidad al conocimiento que se produce; este debe ser considerado en el seno de una red de conocimientos, supuestos y conceptos teóricos, una producción discursiva que puede ser interrogada. A la luz de lo anterior, seguir un procedimiento estandarizado no es garante de científicidad ni ofrece una respuesta a interrogantes como: ¿a quién sirve la intervención psicológica?, ¿sirve al niño, a los padres, a los educadores, al sistema educativo, al sistema de salud? Dado que estos requieren de una revisión crítica de las nociones que orientan la práctica clínica, revisión que permitiría una toma de posición respecto de la misma. De lo contrario, la práctica clínica deviene en una técnica cuya utilidad, comprobada empíricamente, más que terapéutica, apunta a la normalización, poniéndose al servicio de los ideales del momento histórico en el que se ejerce.

En este apartado se analizó el modo en el que se estructura la propuesta clínica cognitivo-conductual con niños, relacionando la concordancia de su carácter estandarizado con una noción de infancia reducida a criterios cronológicos, determinados por la adquisición de ciertas habilidades o competencias. Ahora bien, seguidamente, se presentará lo formalizado respecto al análisis de las estrategias de evaluación.

La evaluación ¿El niño problema o el problema del niño?

“De hecho, el poder produce; produce realidad; produce ámbitos de objetos y rituales de verdad. El individuo y el conocimiento que de él se puede obtener corresponde a esta producción”

(Foucault, 2009, p.180)

En primer lugar, resulta pertinente destacar que la evaluación no es una estrategia exclusiva de la propuesta clínica cognitivo-conductual; esta hace parte de la práctica médica, psiquiátrica, pedagógica e, incluso, de la selección de personal al interior de las organizaciones. En concordancia con lo anterior, los niños y niñas están sujetos a constantes evaluaciones incluso antes de nacer; no en vano, la *Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y el desarrollo en el menor de 10 años*, documento emitido por la dirección general de promoción y prevención del Ministerio de Salud de Colombia (s.f), indica a los profesionales de la salud que se debe monitorear cuidadosa y frecuentemente la estatura, el peso, la talla y el perímetro encefálico. Pero también, factores de riesgo psicológicos y sociales, propios del entorno en el que se desarrollará el niño: número de hermanos, nivel educativo de los padres, estrato socioeconómico, entre otros. En adición a lo anterior, al ingresar a la escuela, se evaluará regularmente si alcanza las competencias lingüísticas, matemáticas, lógicas, ciudadanas, entre otras esperadas para su edad y el grado en el que se encuentra ubicado; lo que garantizará la preparación del educando “para su vinculación con la sociedad y el trabajo” (Art. 20 Ley 15 de 1995).

Así, el imperativo de la evaluación por estándares se relaciona estrechamente con los dispositivos de control y de vigilancia de la infancia, orientados a producir el niño *cero defectos*. Ideal que, como había sido trabajado en el primer capítulo, constituye el fin último de un proyecto social en el que participan diversos actores e instituciones; desde la familia hasta disciplinas científicas como la medicina, la pedagogía y la psicología. Y, si la evaluación constituye una estrategia predominante, esto es en razón de su función, la de constituir una “mirada normalizadora, una vigilancia que permite calificar, clasificar y castigar” (Foucault, 2009, p.171); permite, entonces, comparar un individuo con la norma, a partir de la inscripción de su historia y el malestar que le aqueja en determinadas categorías pre-establecidas, con el fin de determinar si requiere o no de una intervención rectificadora.

En consecuencia, siguiendo lo planteado por Dueñas (2011) en *Cuestionando prácticas desubjetivantes en salud y educación*, la evaluación hace de aquel que no encaja en el estándar, del desconocido, un *conocido anormal*, un caso previsto por la norma; pues, esta corresponde a un “modo de unificación de una diversidad, de reabsorción de una diferencia” (Canguilhem, 1971, p.187). Cuestión que fue abordada en el primer capítulo, en relación al camino prefigurado del desarrollo como construcción discursiva en la que las diferencias entre un individuo y otro son explicadas a partir de las variables ambientales o contextuales; incluso, cuando un niño pareciera desafiar este constructo, es abordado desde la noción de resiliencia, para la que también han sido identificados determinantes.

Ahora bien, la norma constituida por el camino prefigurado del desarrollo, aquella que orienta la psicopatología en la terapia cognitivo-conductual, es construida a partir de la cuantificación y la estadística aplicada al análisis de la información en investigación. Recursos que se presentan como objetivos e indiscutibles; pues, se pasa por alto que las cifras numéricas no

constituyen un reflejo de la realidad, sino que se inscriben en un proceso de medición, fundamentado en premisas y supuestos de carácter discursivo, sujetos a condiciones de emergencia económicas, políticas, ideológicas. No es de extrañar que, durante los primeros momentos de la fase de evaluación en la TCC con niños, los manuales y protocolos de intervención revisados incluyan como una tarea fundamental “identificar y definir las conductas perturbadoras y/o problemáticas actuales, describiendo sus características paramétricas relevantes (frecuencia, duración, intensidad)” (Caballo, 2005, p.291); ¿cada cuánto ocurre la conducta problema del niño?, ¿cuánto tiempo toma la misma? Y ¿qué tan grave es la misma? considerando los efectos sobre el desempeño del niño en el ámbito familiar, social, educativo. Ya que, estos criterios medibles y observables facilitarán la comparación *objetiva* del niño singular, aquel que es llevado a la consulta, con ese ideal que constituye el *niño promedio*; comparación de la que resulta el dictamen de un diagnóstico, etiqueta que signa un exceso o un déficit respecto de lo prefigurado.

Lo esbozado anteriormente resulta concordante con una noción de infancia determinada por momentos cronológicos, que caracterizan la adquisición progresiva de funciones, habilidades, competencias y comportamientos. Noción que se evidencia, además, en el uso de cuestionarios estandarizados como una de las estrategias predominantes en la evaluación clínica cognitivo-conductual; instrumentos en los que se pide a padres y educadores calificar la presencia y la frecuencia de determinados comportamientos observables en el niño. A manera de ejemplo, puede referenciarse el Child Behavior Checklist (CBCL), cuestionario sobre el comportamiento de niños(as) entre los 6 y los 18 años, desarrollado por el psiquiatra norteamericano Thomas Achenbach como estrategia de recolección de información en sus investigaciones sobre psicopatología infantil y ampliamente usado en la clínica (Fernández y Fernández, 2012).

Este se compone de dos partes: una conformada por 20 ítems que evalúan las *habilidades sociales* del niño a partir del rendimiento escolar, la participación en pasatiempos, la cantidad y la calidad de sus relaciones sociales; a manera de ejemplo, se pregunta ¿cuánto tiempo invierte y cómo se desenvuelve en hobbies o juegos?, ¿ha repetido algún curso?, ¿cuántos amigos cercanos tiene? interrogantes que no dan cuenta de la posición²⁴ que tiene el niño respecto de las actividades en las que le involucran ni de la singularidad que caracteriza cada uno de los vínculos que establece con un otro. Cuestiones que cobran importancia a la luz de las coordenadas del tiempo presente, entre las que se incluye la inscripción de niños y niñas en una multiplicidad de actividades pensadas desde el *llegar a ser* un adulto exitoso; así, sale de la escuela para el curso de idiomas, de danza, la liga deportiva, entre otros. La lógica del *más es mejor* permea la formación y la socialización, se ingresa al niño en esta misma; lo que puede abrumarle, sumiéndolo en la pasividad como respuesta, o dejarle a merced del aburrimiento cuando ya no tiene nada que hacer. Dado que, como se le ha programado en numerosas actividades, pensadas desde la lógica de la estimulación en tanto variable que aumenta la probabilidad de un desarrollo óptimo, no puede inventarse nada por sí mismo para ocupar el tiempo libre. A manera de ejemplo, no es lo mismo jugar un vídeo juego, donde los caminos a seguir se encuentran predeterminados, a *jugar de* doctor, de súper héroe; esto requiere de todo un despliegue creativo que moviliza las posiciones fijas, que invita a la curiosidad y las preguntas.

En lo que respecta a la segunda parte del CBCL, esta se compone de 118 ítems que evalúan la presencia de determinadas conductas y actitudes problemáticas: llora demasiado, no puede

²⁴ La *toma de posición* en el niño implica la posibilidad que él o ella tiene de distanciarse de lo dicho y lo hecho para volver sobre esto mismo, preguntándose de qué manera se encuentra o no implicado en aquello que constituye su decir y su hacer. Ejercicio que queda excluido cuando el experto se centra en cuantificar las conductas para compararlas en razón de estándares; ya que de la posición que toma el niño se sabe a partir de sus enunciados, de la producción de su propio decir.

estarse quieto o se muestra hiperactivo, sueña despierto o se pierde en sus pensamientos, miente o engaña, es desobediente en la escuela, entre otras. Cabe preguntarse, ¿por qué se incluyen estas conductas como problemáticas y no otras?, ¿para quién resultan problemáticas? Cuestiones que exceden a la validación empírica del instrumento; pues, requieren de una práctica clínica advertida de la singularidad que comporta el problema de cada niño traído a consulta, eso que escapa a la estandarización y la lógica de los determinantes ambientales. Además de la influencia que tiene el ideal de infancia de esta época, el del *cero defectos*, en la posición de cuidadores y educadores respecto de los comportamientos del niño; más aún, cuando este puede resultar incómodo, al no encajar con lo esperado.

Ahora bien, aunque en algunos de los manuales se hace referencia a la problemática descrita anteriormente, ésta se resuelve referenciando la triangulación de los datos recolectados; técnica retomada de la investigación cualitativa, cuyo origen, siguiendo lo planteado por Mora (2004), se relaciona con los procedimientos utilizados en el campo de la navegación, la estrategia militar y la topografía para “situar una posición específica respecto de puntos definidos” (p.4). Así, las concordancias y discrepancias entre las versiones de los diferentes informantes son utilizadas en la construcción de una única versión. No es de extrañar que los instrumentos estandarizados, entre ellos el CBCL, incluyan escalas que deben ser completadas, individualmente, por cada padre de familia, cuidador, docente e, incluso, el niño evaluado; en caso de que cuente al menos con 8 años de edad, momento cronológico determinado en razón de las teorías del desarrollo cognitivo. A partir de las puntuaciones de cada uno de los cuestionarios aplicados se deriva un valor numérico promedio, cifra que permite ubicar al niño en la “zona clínica” (Polaino, 1988, p.379), la zona anormal, sugiriendo la necesidad de una intervención rectificadora por parte del *profesional psi*.

Pareciera, entonces, que en el promedio se hacen coincidir las diferentes versiones sobre la problemática del niño; la de la madre, el padre, el profesor y el niño mismo. La cifra habla por ellos, presentándose como una versión objetiva, aséptica; no obstante, esta se inscribe en un proceso de medición, fundamentado en determinados supuestos, que también pueden ser interrogados. En adición a lo esbozado previamente, la técnica de la triangulación también es utilizada en la entrevista; así, se sugiere al terapeuta que contacte a más de un informante²⁵, con el fin de identificar las variables ambientales que influyen en la emisión de la conducta problema del niño: “al hablar con los padres, profesores, hermanos y cuidadores, el evaluador debe ser capaz de conseguir una comprensión más completa del problema conforme se manifiesta a lo largo de diferentes ambientes”(Reeves y Gross, 2005, p.66).

En consecuencia, el experto se orienta en la detección de variables relacionadas con la conducta del niño; escucha para identificar en *lo dicho* factores ambientales, individuales, del desarrollo, intentos de solución o experiencias previas de tratamiento, frecuencia, duración e intensidad de la problemática. No es de extrañar que se sugiera dar a la entrevista un carácter semi-estructurado, orientándola a partir de una pauta; organizada en categorías que van desde el motivo de consulta hasta la motivación de los padres por el tratamiento, pasando por el funcionamiento cognitivo del niño, su rendimiento escolar y la capacidad que tiene para desempeñarse en situaciones sociales. Así, se pregunta a los padres o cuidadores: ¿qué les ha traído hasta la consulta?, ¿desde cuándo sucede el problema?, ¿en qué lugares ocurre?, ¿qué sucede justo antes y

²⁵ Destaca el uso del término *informante*; pues, su definición hace referencia a quien tiene encargo y comisión de hacer las informaciones (RAE, 2010), en tanto conocimiento que permite ampliar el que se posee sobre una materia determinada. Así, este modo de nominar al padre, la madre, el hermano, el educador cumple la función de obnubilar la implicación afectiva que cada uno de ellos tiene, en razón del vínculo singular que ha construido con el niño. No puede obviarse que aquello que dicen no corresponde a la transmisión aséptica de información sobre la conducta problema; pues, también comporta la posición que toma cada uno respecto de aquello del niño que les hace ruido, les interroga, les angustia.

después de que empiece el problema?, ¿cómo es el ambiente en casa? (Universidad Autónoma de Madrid, 2015, p.17); interrogantes predeterminados que se ingresan en las lógicas del ideal de la comunicación, en el que el emisor impone el sentido y el receptor se localiza en una posición pasiva. No obstante, es el oyente quien define el significado de lo dicho; en términos de la entrevista clínica, sería el psicólogo quien da por sentado el significado de aquello que ha escuchado, desde el saber que le valida como experto; lo que dificulta la producción, por parte del padre, la madre o el cuidador, de una versión que le permita posicionarse de una manera distinta respecto del malestar del niño, dando cuenta del modo en el que este lo implica, lo divide o lo angustia.

En lo que respecta a la aplicación de la entrevista clínica con el niño que asiste a consulta; esta se estructura también a partir de una pauta, en la que se replican algunas de las categorías y preguntas descritas en el párrafo anterior: ¿sabes por qué has venido aquí?, ¿cuál es el problema?, ¿te pasa más de una vez al día?, ¿dónde ocurre?, ¿con quién estás cuando ocurre?, ¿cómo es de importante lo que ocurre?, ¿te ocasiona problemas con tu familia? (Universidad Autónoma de Madrid, 2015, p.17). Sin embargo, se parte del cuestionamiento de aquello que el niño puede poner en palabras, en razón de la edad y la etapa del desarrollo cognitivo en la que se encuentra: “las entrevistas con niños menores de cinco años se consideran poco útiles y poco fiables las entrevistas con menos de diez” (Fernández y Muñoz, 2005, p.297); dado que, siguiendo lo planteado por la *guía de intervención clínica infantil* de la Universidad Autónoma de Madrid (2015), sólo hasta cierto momento cronológico, entre los 8 y los 10 años, se supone que la capacidad de recordar del niño es equiparable a la de un adulto, este tiene una idea de sí mismo, desarrolla la capacidad de “pensar sobre lo que piensan los demás” (p.7) y de identificar la diferencia entre verdad y mentira.

Lo que este abordaje desarrollista pasa por alto es que el lenguaje pre-existe al niño, él es hablado incluso antes de nacer, nombrado a partir de un conjunto de palabras que lo recibirán a su llegada: bebé, niño, niña, tesoro, príncipe, princesa; siendo estas, palabras que dan cuenta del lugar que va a ocupar en el deseo de quienes lo reciben. Pues, en oposición a las concepciones naturalistas de la parentalidad, del llamado “instinto materno”, ningún niño logra criarse si no es alojado en el deseo de un otro; ya sea una mujer que decide hacerse madre, un hombre que decide hacerse padre o un otro que, sin vínculo biológico directo alguno, se propone encarnar alguna de estas funciones.

Entonces, para sobrevivir, el niño deberá alienarse a lo que espera el otro, quien lo va introduciendo en las restricciones propias de la cultura y el orden simbólico, el *no-todo*: no todo se puede comer y no se puede comer de cualquier manera, no todo momento es adecuado ni todo lugar para liberar los desechos del organismo; cuando aprenda a hablar, se dará cuenta que, aunque las palabras le permiten hacer un llamado, *no todo* puede expresarse en las mismas, siempre hay un *más de sentido* que se escapa. A manera de ejemplo, la ausencia de la madre es la que invita al niño a emitir un llamado para hacerla presente, a enunciar las palabras que le han sido dadas con el fin de nombrarla; pero, éstas también servirán para separarse de ella, para dar pie al malentendido, al desencuentro.

Considerando lo anterior, es posible comprender las profundas resonancias que tiene el lenguaje en el niño; pues, aquello que dice, más allá de constituirse en verdad o mentira, producto de un desarrollo espontáneo y progresivo de habilidades cognitivas, da cuenta de cómo se posiciona respecto de las diferentes renunciaciones que debe hacer para separarse de la alienación al deseo del otro y empezar a desear por sí mismo. Así, un niño puede tener el aparato fonador en perfecto estado, haber recibido la estimulación necesaria para el desarrollo de habilidades

lingüísticas y, aun así, optar por evitar el *no-todo* que supone la simbolización, negarse a la renuncia de la presencia del objeto concreto que permite representárselo a través de la palabra; entonces, puede responder con un mutismo selectivo o por la vía del acto, donde la agresividad y la inquietud motora se constituyen en llamados.

De manera que, si se escucha al niño desde el cuestionamiento de la fiabilidad o la veracidad de aquello que dice, cabe preguntarse ¿qué función cumple la entrevista clínica con él o ella en la evaluación cognitivo-conductual? Esta aparece justificada como un recurso para “crear alianza terapéutica (enganchar con el niño)” (Universidad Autónoma de Madrid, 2015, p.19); un factor que se considera significativamente influyente en los efectos de las técnicas de intervención aplicadas, al facilitar la cooperación del niño. Sin embargo, en los manuales y protocolos de intervención revisados se plantea que esto requiere de determinados atributos y destrezas por parte del terapeuta, con el fin de lograr adentrarse en el mundo infantil, “aproximarse al contexto infantil, integrándose de forma sincera, congruente y genuina” (Muñoz, 2005, p.137); entre ellas, la capacidad de transmitir seguridad, confianza y aceptación incondicional al niño. Incluso, se sugiere seguir pautas de conversación de acuerdo con el rango etario del niño: de los 3 a los 4 años se debe intercalar juegos durante la conversación, haciendo uso de objetos o cuentos; de los 6 a los 8 años hay que reforzar la iniciativa en la conversación, de los 8 a los 9 se debe prestar cuidadosa atención a las respuestas por complacencia (Universidad Autónoma de Madrid, 2015, p.14).

Lo anterior resulta concordante con la noción de infancia de carácter replicable, determinada por momentos cronológicos que signan la adquisición de ciertas habilidades e inscrita en una lógica del *para todos*. Siendo esta, una aproximación que vela la posibilidad de abordar al niño traído al consultorio reconociendo su singularidad, aquello que le es más propio y que no se deja inscribir en el promedio ni explicar a partir de determinantes probabilísticos. En consecuencia,

más que intentar adentrarse al <<*mundo infantil*>>, desde un recetario de interacciones prefiguradas, el terapeuta podría permitirse considerar cada intervención, cada palabra dirigida *al niño y por el niño* en razón de aquello que puede servirle a él o ella, movilizándole a producir un saber que lo implique en la problemática. Este modo de proceder le permitiría orientarse en *el problema del niño*, aquello que le genera malestar a él o ella, y no en *el niño problema*, en tanto resulta incómodo para el orden preestablecido y debe ser corregido.

Ahora bien, en adición a la identificación de determinantes ambientales, biológicos o individuales, la entrevista se considera una estrategia útil para obtener información que permita llegar a un diagnóstico. Después de un contacto inicial, se sugiere al terapeuta la posibilidad de aplicar un formato de entrevista más específico, estructurado a partir de criterios diagnósticos; pues, aunque se enfatice en que la fase de evaluación no se limita a la clasificación de acuerdo con los sistemas internacionales de trastornos mentales, esta permite “utilizar un lenguaje común en cuanto a la operativización de los problemas psicológicos que presenta el paciente” (Graña, 2005, p.111). Adicionalmente, en los manuales y protocolos de intervención revisados se presentan las diferentes estrategias de evaluación e intervención, organizadas en razón de categorías diagnósticas; razón por la que estas se constituyen en orientadores del resto del procedimiento clínico cognitivo-conductual. Así, no se trata del saber que pueda producir el niño respecto del malestar, de los nombres a los que puede hacerse para dar cuenta de aquello que le aqueja, sino del diagnóstico. Pues, este se presenta como una nominación objetiva y atórica, desde la que es posible plantear objetivos y justificar el uso de ciertas técnicas, validadas empíricamente en niños con determinado rango etario y cuyas problemáticas han sido reducidas bajo la misma categoría.

A manera de ejemplo, una vez se han considerado los *trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta* como espectro diagnóstico más probable en un caso, además de

orientarse en el diagnóstico diferencial; es decir, esclarecer si se trata de un <<trastorno oposicionista desafiante>>, uno <<explosivo intermitente>>, un <<desorden de conducta>> o, para aquellos que no encajan en el número de criterios establecidos, un <<trastorno *no-especificado*>>. Se sugiere al terapeuta como estrategia de evaluación predominante que, si ya ha identificado los factores disposicionales del niño (desarrollo de habilidades adaptativas, las condiciones biológicas, entre otros), indague sistemáticamente en las *condiciones estimulantes antecedentes y consecuentes de la conducta problema*, ¿en qué contextos es más probable que la conducta problema ocurra?, ¿qué cambios ambientales controlan su presencia? Y ¿qué consecuencias la mantienen? (Fernández y Muñoz, 2005, p.295). Para tal fin, una de las estrategias implementadas consiste en los registros conductuales, tablas diseñadas para la recolección de información a partir de la observación del comportamiento del niño; la mayoría de los modelos incluyen una casilla para especificar la fecha, la situación o el contexto, el comportamiento del niño, las reacciones de quienes se encuentran presentes y las consecuencias. Este mismo formato se adapta para ser respondido por profesores, cuidadores y el niño mismo, a quien se le pide que se observe a sí mismo y ofrezca una menor cantidad de datos.

Esta estrategia de recolección de la información, caracterizada por la predominancia otorgada a la identificación de variables contextuales, resulta concordante con la posición pasiva que es otorgada al niño en la propuesta clínica cognitivo-conductual; pues, se asume que las modificaciones en el ambiente físico o social, producidas antes de la conducta problema, “potencialmente pueden controlar su aparición” (Fernández y Muñoz, 2005, p.295). Consecuentemente, más que escuchar al niño y permitirle involucrarse en aquello que resulta problemático, gran parte de la intervención se centra en la modificación de dichas variables; cuestión que será retomada en el quinto apartado.

A manera de conclusión, el recorrido formalizado respecto de la evaluación permitió rastrear el modo en el que esta se orienta por el ideal del *cero defectos* y, en relación al mismo, la norma constituida por *el niño promedio*, aquel que encaja en el camino prefigurado del desarrollo; logrando la adquisición de determinadas habilidades o cierto nivel de competencia en momentos cronológicos estipulados. De ahí que la cuantificación, evidenciada en la cuidadosa delimitación de los parámetros de la conducta problema (frecuencia, duración e intensidad) y el uso de instrumentos estandarizados que ofrecen cifras numéricas, constituya una estrategia necesaria para ubicar al niño en la zona clínica, la de aquellos que no alcanzan o exceden el rango promedio y, por consiguiente, deben ser intervenidos. Más aún, cuando sus acciones no le permiten desempeñarse adecuadamente en la escuela, institución de la que se espera salga preparado para vincularse al mundo laboral, y resultan problemáticas para los padres, demandándoles tiempo y dedicación, en una época en la que estos factores son valorizados en términos económicos.

Así, esta fase de la propuesta cognitivo-conductual se concentra en hacer emerger el *niño problema*, describirlo, inscribirlo en una categoría y determinar los factores contextuales, ambientales, orgánicos o del desarrollo a los que se atribuye su comportamiento, como fue evidenciado en el análisis de las pautas de entrevista y los registros conductuales. Lo que queda por fuera de este abordaje, aquello que es silenciado, corresponde al *problema del niño*, al modo en el que él o ella resulta dividido, angustiado, al percatarse que no logra estar a la altura de aquello que se espera de él y, más que encontrar un espacio que le permita tramitar este malestar, se encuentra con un dispositivo psicológico que también funciona al servicio del ideal.

Previo al análisis de las estrategias de intervención, en el siguiente apartado se describe la fase de formulación clínica; considerando que esta formaliza los resultados obtenidos durante la

evaluación pre-tratamiento y cumple una función significativa en la traducción de la singularidad del niño en la individualidad del caso.

La formulación clínica. Del niño al *caso*.

La formulación clínica constituye el momento final de la evaluación cognitivo-conductual, esta corresponde a la integración tanto de las hipótesis como de los juicios clínicos respecto de las características de la conducta problema del niño y las relaciones funcionales que esta establece con determinados factores contextuales, ambientales o individuales, previamente identificados; lo que contribuye al planteamiento de objetivos de tratamiento, a partir de la estimación de la magnitud del efecto que tendría la modificación de ciertas variables y la relación coste/beneficio de dichas intervenciones (Haynes, 2005). En adición a lo anterior, se sugiere dar fundamento a las inferencias y conjeturas del terapeuta incluyendo “datos de la literatura empírica sobre la psicopatología, la evaluación y el tratamiento de pacientes similares” (Haynes, 2005, p.77); es decir, aquellos que han sido ubicados en la misma categoría diagnóstica, con el mismo rango etario, clasificados e introducidos en las lógicas de la estandarización y la replicación.

No en vano, en lo que respecta a la integración de hipótesis y juicios clínicos, esta ha de realizarse siguiendo determinados modelos que establecen pasos a seguir en la codificación y la formalización de lo encontrado. A manera de ejemplo, entre los más citados por los manuales y protocolos de intervención revisados, se encuentra el modelo analítico funcional clínico de caso (MAFCC) de los psicólogos estadounidenses William O’Brien y Stephen Haynes; propuesta que se caracteriza por establecer como componentes fundamentales los problemas conductuales del

paciente, la importancia de los mismos, los efectos, las variables causales (sociales/ambientales), la modificabilidad de estas, las variables mediadoras y moderadoras²⁶. En adición a lo anterior, se sugiere al terapeuta que considere los diferentes tipos de relaciones que se establecen entre problemas conductuales y variables causales, la manera en la que estas se afectan mutuamente y las cadenas que pueden establecer las mismas; lo que señalaría diferentes puntos posibles para orientar la intervención.

Posteriormente, las variables y relaciones funcionales identificadas deberán ser ilustradas siguiendo determinados parámetros: un rombo para variables causales inmodificables, un círculo para aquellas que pueden ser modificadas y un cuadrado que representa tanto los problemas conductuales como los efectos. Además, el grosor da cuenta de la importancia de la variable, un rango de cifras del 0 al 1 representa la fuerza de la relación y líneas o flechas se utilizan para dar cuenta de los tipos de relación funcional; estas pueden ser, no causales o de covariación, causales unidireccionales, bidireccionales, moderadoras y mediadoras (Haynes y Virués, 2005). De acuerdo con el modelo, el diagrama resultante, además de contribuir a la organización de los juicios e hipótesis clínicas, se espera que facilite la presentación del caso clínico al paciente y la justificación de las variables que elige el experto como objetivo de intervención. Argumento que da cuenta del uso de la imagen, del gráfico, en tanto recurso explicativo que hablaría por *sí mismo*; una radiografía del malestar a partir de la que el experto identifica qué debe intervenir. Siendo este, un

²⁶ Las *variables mediadoras* constituyen una categoría que da cuenta del modo en el que determinado factor causal afecta un problema conductual.

En lo que respecta a las *variables moderadoras*, estas dan cuenta de la disminución o el aumento de “la potencia de la relación entre dos variables” (Haynes, 2005, p.83), razón por la que se contemplan en la intervención; así, el apoyo ofrecido por un otro significativo (variable moderadora) disminuye el grado en el que el divorcio de los padres lleva a un estado de ánimo deprimido en el niño. Como será discutido más adelante en este apartado, la formalización de las relaciones entre variables que propone el MAFCC opera desde la lógica del *para todos*, excluyendo la singularidad del niño que consulta.

indicio que permite evidenciar la adopción del modelo médico en la psicología clínica como un esfuerzo de validar científicamente la práctica; esfuerzo que, como se ha intentado rastrear, carece de una discusión epistemológica rigurosa en torno a los alcances y limitaciones del mismo.

Ahora bien, el modelo de formulación clínica descrito en los párrafos anteriores ilustra la individualización del niño que consulta; pues, más que abordar la singularidad que comporta su malestar, el modo en que él o ella se posiciona respecto del mismo y los efectos de afecto que este tiene sobre los otros con los que se relaciona, la categorización inscribe la multiplicidad en la lógica de las *diferencias individuales*. Lo anterior resulta concordante con lo planteado por Foucault, en su obra *Vigilar y Castigar* (2009), respecto de la función de la codificación en las disciplinas; esta corresponde a una estrategia que permite “transcribir homogenizando los rasgos individuales establecidos por el examen” (p.176) como ocurre con el código médico de los síntomas, código escolar o militar de las conductas y de los hechos destacados. En este caso, ya no se trata de la relación particular que el niño establece con el saber o con aquellos que lo representan en el dispositivo escolar (docentes) sino del rendimiento académico; el modo en que el niño se inscribe en el deseo de cada uno de los padres y cómo esto influye en el ejercicio de la autoridad se reduce a castigos inconsistentes, ausencia o exceso de reforzadores. Pues, desde el camino prefigurado del desarrollo, se asume que no está en capacidad de entender o de tomar una posición.

En relación a lo anterior, cabe preguntarse por los efectos que tiene la presentación de la *formulación clínica de caso* a manera de mecanismo; una explicación de la emergencia y el mantenimiento de la conducta problema que permite, incluso, proporcionar predicciones respecto de las respuestas conductuales del evaluado ante determinadas “situaciones estímulares” (Graña, 2005, p.113). Pues, el saber experto se posiciona como la verdad, última e irrefutable, respecto del *niño problema*; obturando la pregunta que comporta *el problema del niño*. Tanto para el padre, la

madre, el educador y el psicólogo, en quienes sostener dicho interrogante permitiría dar un lugar a la singularidad del niño, aquello que no es posible inscribir en el *para todos* del desarrollo ni en la estandarización de los procedimientos, como para el niño mismo, quien podría dar cuenta del modo en el que está implicado en aquello que hace ruido a quienes le rodean y lo que le hace ruido, le genera malestar a él; cuestiones que no necesariamente coinciden.

Más aún, cuando desde la lógica de los determinantes ambientales, contextuales o individuales, la de los castigos inconsistentes, del medio poco estimulante, el déficit en el desarrollo, entre otros, pudiera quedarse fijado, sumido en una pasividad, en una alienación respecto de lo que se espera de él, cuestión que será discutida en el próximo apartado.

Técnicas de intervención. Disciplinando el *niño problema*.

Una vez el terapeuta ha producido un mecanismo que le permite explicar la conducta problema, el siguiente paso corresponde a establecer objetivos de intervención; objetivos que, como se sugiere en los documentos revisados, deben responder a un acuerdo mutuo entre el niño y el terapeuta. No obstante, se deja claro, el consenso “puede serlo parcialmente por el desarrollo cognitivo alcanzado por el sujeto” (Olivares, Méndez y Maciá, 2003, p.196); razón por la que se sugiere proceder principalmente con los padres, tutores legales del niño y/o educadores. Lo anterior da cuenta del modo en que la noción de infancia, derivada de los sistemas teóricos ofrecidos por la psicología del desarrollo, prefigura la posición que se le otorga al niño. Pues, más que considerar los recursos con los que cuenta para permitirse elaborar la pregunta por el sentido de aquello que le genera malestar, se le aborda desde la noción de *madurez psicológica*; término

que proviene de un paradigma biologicista desde el que el desarrollo de la racionalidad se entiende del mismo modo que el desarrollo del organismo, enmarcado en el paso de una etapa a otra.

Desde esta lógica, se esperaría de un adulto, que ha pasado por las etapas del desarrollo cognitivo satisfactoriamente y no cuenta con determinantes biológicos o ambientales significativos en su contra, se encuentre en la capacidad para discernir aquello que resultaría más beneficioso para él o ella; no obstante, esto no le inmuniza de angustiarse, quedar dividido por el interrogante respecto de las razones que justifican su vivir o la experiencia de haber tomado decisiones que, aunque no comprometieron su adecuación social, le hacen ruido, no le permiten estar completamente satisfecho. Esta última cuestión tiene significativas resonancias en la clínica con niños; pues, aunque los manuales aluden a la problemática de discernir si la intervención solicitada por padres, tutores, pediatras o educadores es beneficiosa para el niño; la encrucijada es resuelta aludiendo a los efectos previsibles de la intervención, en términos de la noción de adaptación: “cuando ésta minimice los comportamientos desadaptativos y maximice los adecuados, el modificador/terapeuta no dudará en aplicarla” (Olivares, Méndez y Maciá, 2003, p.173).

Así, como sugieren Jongsma, Peterson y McInnis (2014) en *The child and adolescent psychotherapy treatment planner*, una vez se ha identificado que se trata de un problema ubicable en la categoría *trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta*, los objetivos terapéuticos principales corresponden a que el niño logre “cumplir con las reglas y las expectativas en el hogar, la escuela y la comunidad de manera consistente; demostrar una mejoría significativa en el autocontrol” (p.41), entre otros. Consecuentemente, la intervención se centra en anular el síntoma, en disminuir o eliminar la probabilidad de emisión de las *conductas problema*, de aquellas

que incomodan a quienes rodean al niño y, además, dificultan su rendimiento en las esferas de lo escolar y lo social.

Para tal fin, uno de los principales focos de intervención corresponde al trabajo con los padres y/o quienes están a cargo del cuidado del niño; dado que se le aborda desde el *déficit*, desde la incapacidad de dar cuenta por su hacer: la intervención con la familia es el primer paso “sobre todo si la conducta disruptiva o agresiva es emitida por un niño pequeño o aquel que no es muy consciente de su comportamiento” (Universidad Autónoma de Madrid, 2015, p.47) y, más bien, responde pasivamente a los reforzadores o los castigos que le vienen de otros significativos. En consecuencia, el terapeuta ha de psicoeducar a los padres en los mecanismos de aprendizaje operante, entrenarlos en el uso de los mismos para contribuir al manejo de la conducta del niño. Así, cuando él emita una conducta adecuada, inmediatamente le deben ser facilitados *reforzadores* para aumentar la probabilidad de mantenimiento de este hacer; reforzadores que pueden ser materiales, de actividad o sociales, entre los que se inscriben las palabras de aprobación de los padres, los aplausos y los gestos de afecto.

Por otro lado, cuando el niño incurre en una conducta indeseable, se entrena a los padres en la facilitación consistente y contingente de *castigos*, estímulos insatisfactorios que disminuirán la frecuencia de emisión de la misma; entre ellos, *estímulos punitivos* (crítica constructiva, reprimendas, realización de actividades poco placenteras), la *sobrecorrección* o la realización sistemática de conductas adecuadas que restituyan los efectos o resulten contrarias a la indeseada y el *coste de respuesta*, entendido como la retirada de una actividad que para el niño resulta placentera (Bados y García, 2011). En caso de que esto no funcione, se propone contribuir a la *extinción* de la conducta problema no prestando atención al niño para que “no obtenga las conductas esperadas y recibidas hasta entonces” (Universidad Autónoma de Madrid, 2015, p.47).

Lo que este abordaje pasa por alto es que, siguiendo lo planteado por Soler (2015) en *Lo que queda de la infancia*, la autoridad no está dada *per se*; esta implica un lazo social, una jerarquía compuesta por alguien en posición de *mandar*, quien tiene la responsabilidad de introducir la restricción, la satisfacción no-toda, y otro en posición de *ser mandado*, cuyo consentimiento está basado en la idealización de aquel que manda, en que este funcione a manera de referente, al que se le supone un saber que no se tiene. Orden que se ve amenazado en el tiempo presente; pues, el *todos por igual* del discurso de los derechos, sin considerar aquello por lo que cada uno debe responder, y el *todos consumidores* del capitalismo, sin medir las consecuencias, posiciona los padres al mismo nivel respecto de los hijos.

Así, los límites se resquebrajan y el niño queda dividido; pues, de un lado, se le enseña que tiene derechos, que su opinión, sus deseos, sus exigencias mandan en la familia y, de otro lado, se le impone ser un niño capaz de *andar a mil*, de responder a la precocidad de demandas que se le presentan, pensadas desde el *llegar a ser* un adulto exitoso, sin dejarse aplastar ni caer en la dispersión. A la luz de lo anterior, no es de extrañar que emerja la indiscreción, la pasividad, la agitación o la agresividad como modos de resistirse; lo que se inscribe en cada niño de un modo singular y, por tanto, comporta un sentido que sólo puede hacer emerger él o ella.

No en vano, como documentan los textos revisados, la psicoeducación en los mecanismos del aprendizaje, dirigida a los padres o cuidadores, no es suficiente en todos los casos. Entonces, si el malestar persiste, se debe intervenir en el niño; labor en la que también predomina la eliminación de la conducta que deviene problemática, aquella que no le permite encajar en la escuela, en la familia ni andar al mismo ritmo que lo dictaminado por el camino prefigurado de las teorías del desarrollo; perspectiva que constituye un modelo estandarizado que define al niño a partir de rangos etarios. Entonces, se plantea hacer uso de un conjunto de técnicas, cuyos efectos

positivos hayan sido comprobados empíricamente en población infantil con determinado diagnóstico perteneciente a los *trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta*. Entre estas, atendiendo a los principios del aprendizaje operante, el *modelamiento*; procedimiento en el que se intenta dar lugar a una conducta adecuada que no se tenía antes, a partir de la delimitación de la misma y su simplificación en pasos, cuya ejecución será mostrada por el terapeuta o el padre de familia para su repetición por parte del niño, a quien se le facilitarán reforzadores en caso de llevar a cabo lo dictaminado de manera satisfactoria.

En adición a lo anterior, considerando que se trata de una de las técnicas más utilizadas para el abordaje del trastorno en cuestión, se sugiere el uso de la *economía de fichas* en la escuela y en el hogar, siendo este “un sistema de refuerzo que permite estipular el valor de una conducta” (Fariz, Mías y Borges, 2004, p.68); dado que, se otorga al niño reforzadores arbitrarios (fichas, caritas felices, puntos) cada vez que lleva a cabo, durante un intervalo de tiempo específico, aquello en lo que se le está entrenando. Una vez se ha recolectado un número determinado de estos reforzadores, estos podrán ser intercambiados por un bien específico, la ejecución de una actividad satisfactoria, entre otros.

De acuerdo con lo planteado por los manuales y los protocolos de intervención revisados, se esperaría que la conducta considerada como adecuada disminuyera sin intervención directa sobre ella; ya que, “se ha construido un nuevo repertorio más adecuado y funcional en sustitución del patrón no deseado, que ya no tiene ninguna funcionalidad en el ambiente del niño” (Fariz, Mías y Borger, 2004, p.68). No obstante, considerando lo planteado en párrafos anteriores, más que una *funcionalidad* en términos de las condiciones contextuales, como se plantea desde la lógica de los determinantes ambientales, los actos del niño comportan un *sentido* que sólo él o ella pueden producir; entonces, no se trata meramente del aprendizaje en términos de una mejora en el

desempeño, como ocurre con la rata de laboratorio que es susceptible de ser entrenada con el fin de obtener alimento, cada vez más rápido, sino de una apuesta por *el saber*, un ejercicio reflexivo que supone el interrogante por el sentido de los propios actos y el modo en el que el niño puede posicionarse como implicado en los mismos.

Por otro lado, la TCC contempla la aplicación del *entrenamiento en autocontrol*, en el que se enseña al niño a identificar los estímulos que aumentan la probabilidad de emisión de la conducta problema: “Es importante que aprenda a identificar cuáles son esas <<señales>> que le avisan de un comportamiento disruptivo o agresivo” (Universidad Autónoma de Madrid, 2005); entonces, una vez se ha facilitado la identificación de dichas variables, se entrena al niño en otras técnicas como *el control de la activación*, a partir del que se espera que pueda manipular variables fisiológicas de su organismo como la respiración y la tensión muscular, con el fin de minimizar la probabilidad de emisión de la conducta problema. También se sugiere el aprendizaje progresivo de las *auto-instrucciones o auto-verbalizaciones*, directrices que, una vez han sido modeladas por el terapeuta, pueden ser usadas por el niño para controlar la ejecución de determinada conducta: “el niño utiliza su lenguaje interno para guiar en silencio su proceder” (Villar, 2007); él o ella se repite las instrucciones que el experto enunció mientras ejecutaba la consulta deseada, imitando su accionar. Cabe resaltar que un abordaje centrado en imitar la conducta de un modelo difiere significativamente de hacer emerger en el niño una pregunta que lo implique en su hacer y su decir.

En concordancia con lo descrito en el párrafo previo, es posible evidenciar la preponderancia de la predicción y el control como fines últimos de la intervención; se ha de entrenar al niño para que se constituya, progresivamente, en el científico manipulador de su propia conducta, capaz de vigilarse a sí mismo desde adentro y poner en marcha acciones que contribuyan a la ejecución de conductas y pensamientos que sean deseables, premiados por quienes le rodean.

Lo que queda velado aquí es la apuesta por el niño en tanto investigador, preocupado por una pregunta, dispuesto a producir un saber, más que predecirse y controlarse²⁷; apuesta que sólo puede emerger si se reconoce lo imprevisible que introduce lo simbólico, las palabras y su *más de sentido*, el pensamiento que insiste, el lapsus que sorprende o el sueño que se desea relatar a un otro, dispuesto a escuchar desde una posición que no sea la del cuestionamiento de la veracidad de lo relatado.

Por otro lado, cabe introducir una pregunta respecto de los efectos de entrenar al niño en el uso de instrucciones para dirigir su conducta; sin considerar la implicación de él o ella en su hacer, la posición que tiene respecto del mismo. No se puede obviar que la dimensión del cumplimiento estricto de lo ordenado no es equiparable a la de la responsabilidad, la de ser capaz de responder por aquello que concierne a cada uno respecto de su hacer, su decir y los efectos sobre los otros. Así, el seguimiento excesivo de la norma no es necesariamente un accionar responsable, cuestión que puede evidenciarse a partir de determinado episodio de la historia; para tal fin, resulta pertinente referenciar la obra *Eichmann en Jesurálén: un informe sobre la banalidad del mal* (2003), de la filósofa alemana Hannah Arendt, quien analizó el juicio perpetrado contra Adolf Eichmann, teniente coronel del partido Nazi y encargado de organizar el transporte de judíos a los campos de concentración; quien sostuvo siempre que “el cumplía con su deber; no sólo obedecía órdenes, sino que también obedecía la ley” (p.83). Siendo esta, una respuesta que permitió a la autora evidenciar, más que determinada condición genética o la presencia de un rasgo que dotara de extraordinaria capacidad de crueldad al acusado, el modo en el que seguir las reglas a manera

²⁷ Este último punto permite establecer una diferenciación entre el dominio de *lo disciplinar*, centrado en la corrección de comportamientos y pensamientos disruptivos, y lo propiamente *terapéutico*, del lado de la producción de un saber que permita lidiar con el malestar y tomar una posición respecto del mismo. Esta distinción fue trabajada por Mendoza (2016), quien rastrea el deslizamiento de lo terapéutico a lo disciplinar en las técnicas implementadas por el enfoque cognitivo-conductual, caracterizado por una transición del arte de curar, desde las lógicas de la singularidad, a la ciencia de normalizar el individuo, inscribirlo en las lógicas del *deber ser*.

de rígido imperativo, sin implicación ni pregunta reflexiva alguna por las mismas, deviene en un exceso nocivo. En el contexto de la presente investigación, los aportes de Arendt permiten interrogar a la práctica cognitivo-conductual por sus efectos; específicamente, por el niño que están produciendo sus intervenciones, considerando los alcances de las técnicas propuestas.

Adicionalmente, en los documentos revisados se sugiere el uso de otras técnicas; entre ellas, la *reestructuración cognitiva*, desde la que se enseña al niño a “evaluar sus percepciones sobre el mundo, sus interpretaciones de los acontecimientos de la vida y sus atribuciones sobre el comportamiento” (Luiselli, 2004, p.49), asumiendo que prescribir un modo determinado de entender la realidad, que no es el propio del niño o la niña, sino aquel que le ofrece el terapeuta, podría facilitar la ejecución de conductas funcionales. Cabe resaltar que todas y cada una de las técnicas previamente mencionadas se orientan a la eliminación rápida de aquello que resulta problemático respecto del niño, aquello que hace ruido, incomoda y divide; no sólo a quienes lo rodean, sino a los diferentes dispositivos de socialización, control y vigilancia de la infancia. Consecuentemente, la preocupación central de la intervención está puesta en el desempeño y la eficacia de la ejecución de conductas deseables, funcionales y adaptativas, entendidas como aquellas que se inscriben en la norma del camino prefigurado del desarrollo y el ideal que esta comporta; se trata de disciplinar el niño problema, de entrenarlo, y no de permitirle implicarse en su hacer, producir un saber que le permita tomar una posición. Cuestión que será abordada con mayor detenimiento en el siguiente apartado de conclusión.

Una clínica del *llegar a ser*.

El recorrido esbozado da cuenta del modo en el que la noción de infancia, a la que se hizo referencia en el primer capítulo, permitió analizar el proceder clínico del enfoque cognitivo-conductual. Así pues, el carácter replicable que comporta dicha noción se rastreó en la propuesta de un procedimiento, de una serie de pasos desde los que se aborda al niño traído a consulta. Pasos inscritos en la lógica del *para todos* y derivados del paradigma hipotético-deductivo de investigación empírica; elección que responde, no a un cuestionamiento epistemológico de la práctica, sino a razón de considerar la aplicación del método como garante suficiente de científicidad, entendida en términos estadísticos, y bienestar para el paciente.

En lo que respecta a las estrategias de evaluación documentadas en los manuales y protocolos de intervención revisados, se evidenció que éstas se orientan en razón de la *norma* dada por los hitos prefigurados del desarrollo y el *ideal de infancia* que esta comporta, delimitado por las coordenadas económicas, políticas, culturales e ideológicas de la presente época; el de *llegar a ser* un adulto exitoso, productor y consumidor. Así, más que dar lugar a la palabra del niño, se le escucha desde el precepto de *inmadurez psicológica*, cuestionando la veracidad y utilidad de aquello que pueda producir respecto de su malestar; razón por la que se contrasta lo dicho por él o ella con los discursos del padre, la madre, el educador, el pediatra, entre otros. Informantes de los que se espera contribuyan a identificar las variables contextuales o ambientales que se relacionan con la emergencia de la conducta disfuncional; sin considerar la posición que toma cada uno, respecto de aquello que le resulta problemático del niño, que le hace ruido y que, a la vez, le resulta desafiante al no encajar en lo esperado.

Posteriormente, durante la fase de formulación clínica, el experto codifica las variables identificadas, las relaciona entre sí y construye un mecanismo que explica la emergencia de la conducta problema en el niño; mecanismo que, además, permite identificar las variables

ambientales, contextuales e individuales a corregir durante la intervención. En consecuencia, las técnicas utilizadas constituyen una apuesta por el aprendizaje de conductas *deseables*; no para el niño mismo, sino en relación a lo que se espera de él o ella, a la maximización de su desempeño en las esferas de lo escolar y lo social. Se le enseña a seguir instrucciones, a identificar los estímulos y las señales que dan cuenta de la emergencia de la conducta problema para que pueda predecir sus reacciones y controlarse a sí mismo; sin embargo, no se considera el modo en el que él o ella se encuentra singularmente preocupado por su hacer.

Por consiguiente, la apuesta normalizadora de la TCC no se orienta en la vía de permitir al niño la posibilidad de hacerse a un saber, que no sea el de el experto; un saber propio que le permita tomar posición y hacerse responsable de aquello que le resulta problemático. Pues, la noción de infancia que orienta la clínica cognitivo-conductual le caracteriza a partir del *déficit*; un individuo que todavía no *es*, que está en la vía progresiva de complejización propuesta por la psicología del desarrollo. Y, si se trabaja con alguien que todavía no *es*, ¿cómo esperar que se pueda reconocer en él o ella un sujeto capaz de implicarse en su hacer?, ¿cómo permitirle un espacio en el que no sólo se trate de medirlo, observarlo, compararlo, normalizarlo sino escucharlo? Estos interrogantes serán retomados en el tercer capítulo de la presente investigación.

Capítulo 3. Entre la falla y la invención, el niño en tanto sujeto

*“La búsqueda del saber humano se inicia con una negatividad del saber consabido, se sabe que
no se sabía”*

(Flesler, 2007, p. 147)

El presente capítulo tiene como principal objetivo dar cuenta de la posición que se le otorga a la subjetividad del niño en la propuesta clínica cognitivo-conductual. Así, en un primer momento, a manera de introducción, se clarifica cuáles son los referentes teóricos y epistemológicos desde los que se aborda esta noción; además de justificar por qué se optó por los mismos. Posteriormente, en el segundo y tercer apartado, se puntualiza qué caracteriza la subjetividad, desde los orientadores propuestos, y de qué manera este abordaje permitió introducir un interrogante respecto de la noción de infancia previamente trabajada.

Acto seguido, sirviéndose del modo en el que este concepto tiene efectos sobre la apuesta psicoanalítica, se realiza un contrapunto respecto de la TCC; centrado en precisar el lugar que se le otorga, en cada una de las propuestas clínicas, a la palabra del niño traído a consulta y la posición desde la que se escucha aquello que él o ella produce en torno a su malestar. Para concluir, se formalizan los aportes del ejercicio comparativo, ¿de qué manera este puede aportar a la práctica clínica en psicología con niños? Así, más que corresponder a una comparación, elaborada con el fin de afirmar que la clínica del psicoanálisis es mejor o peor que la cognitivo-conductual; se trata de dar lugar a una interlocución entre ambas propuestas que, advertida de los elementos diferenciales a nivel epistémico, metodológico y ético, permita la emergencia de un *nuevo decir*

sobre la noción de infancia, un saber que, más que ofrecer respuestas, facilite la emergencia de preguntas. Ejercicio cuya finalidad es aportar a la formación y la clínica en psicología.

Cuestiones preliminares.

La noción de sujeto ha sido ampliamente desarrollada en la filosofía, el derecho, la sociología, la antropología, la economía y la lingüística; incluso, en psicología, las investigaciones aluden con frecuencia al sujeto de estudio. En adición a lo anterior, la revisión de los manuales y protocolos de intervención cognitivo-conductual permitió evidenciar el uso intercambiable de esta noción, la de paciente, individuo y persona. No obstante, lo que dicho concepto intenta formalizar, más que constituir una unidad, un axioma común entre los diferentes discursos, emerge en razón de coordenadas epistemológicas, sistemas teóricos, prácticas y modos de proceder diferenciales; desde los que se abordan los fenómenos en cuestión.

En consecuencia, resulta pertinente destacar que la subjetividad será abordada desde el psicoanálisis; elección que responde al modo en el que se construyen los conceptos en dicha apuesta clínica. Pues, estos emergen en razón de la práctica, constituyen orientadores que permiten formalizar la experiencia analítica. Así, siguiendo lo planteado por Miller (2001) en *Cómo se inventan nuevos conceptos en psicoanálisis*, este modo de proceder se encuentra presente en los inicios del psicoanálisis. Sigmund Freud, médico neurólogo, fue sorprendido por la histeria, por mujeres que sufrían de parálisis sin ninguna alteración a nivel del organismo, que no podían ver a pesar de tener todas las condiciones fisiológicas para hacerlo y ese *no saber*, “no sé qué es lo que pasa conmigo”, con el que se presentaban a su consulta no fue desechado desde la suposición de la simulación o el engaño que advertía el saber del médico experto. Su pregunta por la causa, su

apuesta por estudiar de manera rigurosa un fenómeno rechazado por el saber científico de su tiempo y que le ponía en posición de *no-saber*, le permitió escuchar y conjeturar que quien le consultaba poseía un saber respecto de su malestar.

Entonces, esa idea que emergió en su ejercicio clínico, “la idea de que hay un no saber y de que sí se sabe a pesar de decir <<no sé>>” (Miller, 2001, p.4), fue formalizada en el concepto de *represión*, del que hay toda una teorización y desarrollos posteriores. No en vano, en *Dos artículos de enciclopedia: <<psicoanálisis>> y <<Teoría de la libido>>*, Freud (1923) define el psicoanálisis como un proceder para indagar “procesos anímicos difícilmente accesibles por otras vías” (p.231), un método de tratamiento fundado en estas indagaciones y una serie de intelecciones derivadas de las mismas; elementos cuya emergencia ha dado lugar a “una nueva disciplina científica” (p.231). Consecuentemente, se trata de una práctica clínica en la que los conceptos emergieron como una manera de formalizar la experiencia analítica, de estudiar rigurosamente los fenómenos que en ella se presentaban y que resultaban desafiantes al *saber consabido*.

En este orden de ideas, la propuesta del psicoanálisis ofrece un contrapunto respecto de la clínica cognitivo-conductual; pues, como fue desarrollado en el segundo capítulo, el procedimiento de intervención de esta última, los conceptos que utiliza, las elaboraciones de las que se sirve, devienen de la experiencia en el laboratorio, de los principios de aprendizaje formulados en razón de modelos animales y de las teorías del procesamiento de la información en el ordenador. Así, sus modos de proceder son adoptados del laboratorio, regulado por las coordenadas de la replicabilidad, la estandarización y la objetividad, para su uso en el consultorio, en el ejercicio clínico que comporta el encuentro con la singularidad, la palabra y el malestar de quien consulta.

De otro lado, resulta pertinente argumentar por qué se puntualiza en la noción de sujeto y no propiamente en aquello que se entiende por *el niño*; cuestión que se relaciona con la pregunta

por la noción de infancia que orienta el psicoanálisis en su apuesta clínica. En respuesta a lo anterior, siguiendo lo planteado por Flesler (2007) en *El niño en el análisis y el lugar de los padres*, se debe partir por destacar que la experiencia analítica “atiende al niño, pero apunta al sujeto” (p.24); apunta al sujeto que no es infantil, ni adolescente, ni adulto y que, por consiguiente, no tiene edades. No obstante, este no corresponde a una posición estática e ideal que se adquiere en algún momento; no se *es* sujeto, se *adviene* en determinados tiempos lógicos²⁸, no cronológicos. Si bien se reconoce que el analista requiere de ciertos recursos para abordar al niño que es traído a consulta; estos no son pensados en términos de la edad, ni son susceptibles de replicación o estandarización. Pues, su especificidad se encuentra en función de aquello que sirve a ese niño en particular y que, además de dar acogida a su singularidad²⁹, se orienta por la subjetividad como principio, hacer emerger un *sujeto* en él o ella, un sujeto dividido por una pregunta respecto de su malestar.

A la luz de lo argumentado previamente, la apuesta clínica del psicoanálisis no se centra ni en el niño, ni en el adulto, ni en el yo, ni en la personalidad, ni en los trastornos; esta apunta al sujeto y ¿qué es lo que caracteriza el sujeto del que habla el psicoanálisis? Este interrogante será

²⁸ El *tiempo lógico* corresponde a una dimensión de la temporalidad que no coincide con la de la cronología; por lo que no alude a rangos etarios o etapas sucesivas. Esta constituye una estructura conformada por tres momentos: el *instante de la mirada*, en el que se advierte casi instantáneamente determinado saber; momento que inaugura el siguiente, nominado como *tiempo de comprender* y cuya principal característica es la de constituirse en un espacio temporal de elaboración sobre aquello que fue advertido. En lo que respecta al tercer momento, el *momento de concluir*, este corresponde a un corte, una ruptura en el tiempo de concluir. Cabe resaltar que, en la propuesta del *tiempo lógico*, elaborada por Jacques Lacan en 1945, se ponen en juego instancias temporales diferentes: el instante, el tiempo y el momento; precisión que permite dar cuenta de que no se trata del tiempo del reloj, sino de un conjunto de operaciones lógicas que se relacionan con la emergencia del sujeto.

²⁹ La noción de *singularidad* alude a lo único en su especie, aquello que no se inscribe en lo común y, por consiguiente, no es susceptible de replicación o comparación. Siguiendo lo planteado por Miller (2008), la orientación en la vía de lo singular funciona a manera de principio para la clínica del psicoanálisis: “es la expresión del respeto a lo que cada uno tiene de singular, de incomparable. Y es el permiso que se da para que ese otro sea (...) él mismo, *tal cual*” (p.1). En consecuencia, la práctica psicoanalítica no es susceptible de estandarización ni replicación; sin embargo, la experiencia de cada caso puede ser formalizada, con el fin de considerar la rigurosidad en el proceder del analista, en razón de lo que servía para ese sujeto en particular.

trabajado en el tercer y cuarto apartado, haciendo énfasis en los elementos diferenciales respecto de la noción de infancia de carácter desarrollista y estandarizable, previamente descrita en el primer capítulo.

Sujeto de *la falla*, sujeto del lenguaje.

Como punto de partida habrá que reconocer que existir, existir en tanto hombre, significa “existir en un mundo donde los objetos no tienen existencia natural, sino que son propuestos por la cultura” (Braunstein, 1980, p.72) y esto supone una renuncia al saber del instinto, en el que el objeto que colma la necesidad está predeterminado. A manera de ejemplo, ante la presencia de hambre, a diferencia de la vaca que acude al pasto, el niño debe ser educado para elegir, entre las numerosas opciones gastronómicas disponibles, aquella que tenga efectos positivos sobre su organismo y, si se alude al término de opción, es porque no se come cualquier cosa ni en cualquier lugar, ni de cualquier manera. Incluso, siguiendo con el ejemplo, el niño puede decidir no comer y hacer de ese acto una forma de protesta, un llamado al otro.

Ahora bien, la cultura no es sin el lenguaje y este constituye un distanciamiento radical con <<la existencia natural>>; pues, no se reduce al registro de la comunicación. Registro en el que un emisor transmite determinado mensaje, haciendo uso de un sistema de señales; mensaje que es recibido en su totalidad por el receptor, sin malentendido alguno. Tal es el caso de la danza ejecutada por las abejas con el fin de comunicar a otras de su especie la localización de áreas ricas en polen; la transmisión se realiza a partir de indicadores como la figura que va trazando con sus movimientos, el número de vueltas que da y la rapidez con la que lo realiza (Aceña, 1990). Esta aptitud innata para comunicar determinada información es eficaz, exceptuando casos particulares

en los que puede verse alterada por variables ambientales. En lo que respecta al hombre, *ser parlante*, el malentendido se presenta, incluso cuando las condiciones son óptimas; así, la ausencia de interferencia sonora y el contar con los órganos de la audición en buen estado garantiza el oír en tanto función fisiológica, pero no la escucha. Esta última implica una dinámica entre un locutor, quien enuncia *significantes*³⁰, y un oyente que les otorga *significado*, que interpreta lo dicho desde aquello que le concierne, desde sus propias experiencias, desde lo que otros le han dicho, desde el afecto y la posición que otorga a quien le habla.

Siguiendo lo planteado por el psicoanalista francés Jacques Lacan respecto de esta dinámica, más que otorgar importancia a la determinación de un *significado*, empresa de la que se ocupó la lingüística, el interés recae sobre la lógica en la que opera el *significante*; pues, como plantea en *La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud* (1971), “sólo las correlaciones del significante al significante dan en ellas el patrón de toda búsqueda de significación” (p.482). Así, este constituye un elemento diferencial, condicionado por determinadas leyes que lo vinculan con otros, formando una *cadena de significantes*³¹, en la que

³⁰ Las nociones de *significado* y *significante* corresponden a los dos componentes del modelo de unidad lingüística propuesto por Ferdinand de Saussure; quien argumenta que estos no son equiparables a una cosa y un nombre: “lo que el signo lingüístico une no es una cosa y un nombre, sino un concepto y una imagen acústica” (Saussure, 1945, p.91). Así, el concepto recibe el nombre de *significado* y la imagen acústica el de *significante*; siendo, esta última, una noción a la que Saussure diferencia del sonido material para caracterizarla como *huella psíquica*; ejemplificando lo anterior a partir de la experiencia que se tiene de poder hablarse a sí mismo o recitar mentalmente un escrito sin necesidad de emitir sonido alguno.

Cabe resaltar, que al no existir una relación entre la palabra y aquello que esta nomina, el signo lingüístico es *arbitrario*; no hay una relación interior entre la idea de una rosa y la secuencia de sonidos que le sirven de significante (r-o-s-a), más allá de la resultante de un pacto, de una convención o como menciona Saussure (1945) un *hábito colectivo*.

³¹ La cadena significativa hace referencia a la combinación de significantes, regulada por determinadas leyes. Cabe resaltar que un significante por sí mismo no significa; una vez este ha sido encadenado a otros es posible hacer emerger el sentido como un efecto del desplazamiento entre los diversos elementos diferenciales que conforman la cadena. Con el fin de ilustrar lo anterior, podría resultar de utilidad referenciar un ejemplo de la literatura: en el capítulo 68 de su novela *Rayuela*, el escritor Julio Cortázar (1963) ofrece al lector un conjunto de frases que incluyen palabras en un idioma que él se ha inventado, “Apenas él le amaba el noema, a ella se le agolpaba el clémiso y caían en hidromurias, en salvajes ambonios, en sustalos exasperantes” (p.399). Aunque no ofrece al lector un

no se puede localizar aquello que produce significado; pues, este emerge en el desplazamiento mismo entre un significante y otro. No en vano, dice el autor en este mismo texto, “es en la cadena del significante donde el sentido insiste” (Lacan, 1971, p.482) y, si algo *insiste*, es porque dicha estructura permite decir, pero *no todo*, por más significantes que se agreguen a la cadena. Entonces, siempre queda un resto, un *más de sentido* que da lugar, no sólo al malentendido, sino a la posibilidad de hacer emerger sentido en el *sinsentido*, como ocurre en el chiste, o de construir una metáfora; es decir, utilizar determinada palabra en el lugar de otra, que ocuparía dicho lugar convencionalmente.

Siguiendo lo planteado anteriormente, la estructura misma del lenguaje comporta una falla, la imposibilidad de agotar el sentido, de *decirlo todo*. Falla que, cuando es advertida por aquel que habla, resulta sorpresiva, le divide; efecto que se traduce en interrogantes: ¿qué es esto que he dicho y que no planeaba decir?, ¿por qué no logro encontrar las palabras para cernir eso que me hace sufrir? Y, es en el lugar de las preguntas donde se sitúa el sujeto que concierne al psicoanálisis. Por ello, no coincide con el *sujeto de experimentación* de la psicología, pues, más que estar causado por un interrogante propio, este se constituye en una variable que da cuenta de determinada respuesta en razón de modificaciones contextuales. Tampoco es equivalente a la noción de paciente, desde la que se aborda a quien recibe la intervención cognitivo-conductual; ya que, en la mayoría de las ocasiones, el niño es traído a consulta porque algo de él hace ruido al padre, a la madre, al educador, al pediatra. Lo que no conlleva, necesariamente, a que emerja en él una pregunta que lo implique en aquello de lo que se quejan los adultos que le rodean; más aún, cuando el diagnóstico, el determinismo ambiental y los errores en el procesamiento de la información se

diccionario, este puede encontrar sentido en el *sinsentido*; pues, el encadenamiento entre un significante y otro atiende a las leyes de la gramática.

constituyen en una explicación, una respuesta del saber experto que obtura el lugar de los interrogantes y, por consiguiente, el del *sujeto*.

Enfatizando lo esbozado en este apartado, el sujeto al que alude el psicoanálisis no es el de la unidad, aquel que se aferra al saber que le ofrece el experto para ratificarse en el diagnóstico; sino, más bien, este deviene en la emergencia de preguntas, de interrogantes respecto de aquello que *falla*. Y *la falla* constituye una condición que fue posible anudar a la insuficiencia del saber del instinto, que no responde en el *ser hablante*, y la imposibilidad de *decirlo todo* presente en la estructura misma del lenguaje, que lo expone al malentendido, al *más de sentido*; incluso consigo mismo, como evidencia la experiencia del lapsus, de la palabra que viene en lugar de otra y que causa un efecto de afecto, que sorprende y moviliza a la interrogación.

Ahora bien, no se puede obviar que dicha estructura, la del lenguaje, precede al sujeto; en relación a esto, dice Lacan “El hombre crece – hace su crecimiento- tan inmerso en un baño de lenguaje como inmerso en el medio llamado natural” (Lacan, 2001, p.241) y la inmersión en este baño de lenguaje no puede ser sin la intervención de un otro significativo. Incluso, las teorías desarrollistas de la adquisición del lenguaje lo reconocen al afirmar que debido a la ausencia de estimulación lingüística, las probabilidades de adquirir la capacidad de hacer uso del lenguaje disminuyen considerablemente (Pallier, 2007). Pero, el psicoanálisis no es una teoría del desarrollo en la que etapas concretas se equiparan con la adquisición de determinadas habilidades y, en esa noción de *estimulación lingüística*, se reconoce la importancia de ese otro que acoge al *infans* para inscribirlo en el registro del lenguaje y de la cultura. Un otro que no corresponde a un vehículo transmisor, sin implicación alguna, de dichos saberes; pues, como será desarrollado en el

siguiente apartado, incluso antes de nacer, el niño es inscrito en el *deseo*³² de quienes se encargarán de cuidarlo; condición estructurante que permitirá la emergencia de subjetividad.

El sujeto, entre el niño, la madre y el padre.

“El hombre que nace a la existencia tiene que vérselas ante todo con el lenguaje; es un dato [algo dado]. Está asimismo atrapado en el lenguaje desde antes de su nacimiento, ¿Acaso no tiene un estado civil? Sí, el niño por nacer está ya, de cabo a rabo, rodeado por ese amasijo (amas) de lenguaje que lo recibe y al mismo tiempo lo aprisiona”

Lacan (1957)

Siguiendo lo planteado por Lacan (2001) en *Nota sobre el niño*, la emergencia de marcas de subjetividad tiene como condición:

Lo irreducible de una transmisión que es de un orden diferente de la de la vida según las satisfacciones de las necesidades, pero que conlleva una constitución subjetiva, lo que implica la relación con un deseo que no sea anónimo. (p.393)

Es decir, en oposición a las concepciones naturalistas de la parentalidad, del llamado *instinto materno*, ningún niño logra criarse en la dimensión humana³³ si no es alojado en el deseo

³² El deseo es un concepto nuclear en la clínica psicoanalítica. Cabe resaltar que este se instituye en el ser hablante en relación a la falta de un objeto predeterminado que colme la necesidad. Así, tiene como condición el no-todo, está motorizado por la pérdida, y, por consiguiente, deviene siempre insatisfecho: “en tanto no se desea lo que uno ya tiene es, siempre, metonímicamente, deseo de otra cosa” (Barrionuevo, 2013, p.4). No obstante, esta condición de insatisfacción otorga posibilidades de invención para el sujeto.

³³ La dimensión humana alude a la del ser humano en tanto ser hablante, atravesado por el lenguaje y la cultura.

de un otro; ya sea una mujer que decide hacerse madre, un hombre que decide hacerse padre o un otro que, sin vínculo biológico directo alguno, decide encarnar alguna de estas funciones.

En este orden de ideas, si aquel que decide encarnar la función de madre o padre inscribe a ese niño en su *deseo* es porque algo le hace falta, porque ese niño viene al mundo a ocupar una función psíquica; a esto apuntaba Freud cuando aludía a la importancia del hijo en el narcisismo de los padres. Ahora bien, desde esa *falta* se va a atender a las *necesidades* del niño; a manera de ejemplo, cuando él llora, la madre, que no tiene idea del motivo de su llanto, interpreta en ese sonido una *demanda* y el sentido que le otorga tiene que ver con su subjetividad, con lo que para ella significa ser madre, con sus propias experiencias de la infancia, con lo que le prescribe la cultura. Mientras el animal satisface la necesidad de su cría, facilitando el acceso al objeto específico (alimento) que restablecerá el equilibrio homeostático de su organismo; la madre *interpreta* el alarido, pues, no posee un saber instintivo que la dirija a un único objeto. Entonces, ofrece alimento; pero, no sólo eso, le acompaña con caricias, contacto, susurros y también palabras; ejercicio en el que va introduciendo un *más en la satisfacción* del niño, un *plus* que se independiza de la dimensión biológica, dado que en estos detalles no está en juego la supervivencia del organismo sino su inscripción en las lógicas de lo humano, en el lenguaje y la cultura.

Este *plus* en la satisfacción será nominado por Freud haciendo uso del término *pulsión*; al que caracteriza, en su texto *Pulsiones y destinos de pulsión*, como “un concepto fronterizo entre lo anímico y lo somático” (Freud, 1915, p.117). Destaca el uso del término *fronterizo*; dado que, si bien no es sin el organismo, este ha de ser atravesado por el lenguaje, por las palabras de la madre en las primeras experiencias de satisfacción; condición a partir de la que se empezará a inscribir ese *más* que ya no se dirige a un objeto, predeterminado según el instinto, sino a la satisfacción misma en tanto objeto. A manera de ejemplo, el niño puede haber suplido su necesidad fisiológica

de alimento y quedarse prendado del pecho de la madre, capturado en la resonancia que le generan sus palabras. Incluso, en su ausencia, puede chuparse el pulgar; acto que no tiene función biológica alguna, se inscribe en la repetición de ese *más de satisfacción* que ha quedado inscrito y del que Freud derivará su abordaje de la sexualidad infantil en tanto *autoerótica y perversa polimorfa*. Siguiendo lo planteado en *Tres ensayos sobre teoría sexual*, textos publicado entre 1901 y 1905, el primer término alude a que el niño no se sirve de un objeto ajeno; porque, “así se independiza del mundo exterior al que no puede aún dominar” (Freud, 1905, p.165), propiciando una satisfacción de carácter irrestricto. En lo que respecta al segundo rasgo, la *perversión polimorfa*, este alude a la disposición al *más de satisfacción* previamente mencionado; disposición que subvierte las lógicas homeostáticas de la biología, transgrediendo la adaptación como fin; dado que, el empuje de la pulsión puede encontrar satisfacción incluso en aquello que genera malestar, que resulta perjudicial para el organismo.

Así, este *plus* se constituye en un empuje de carácter acéfalo que, posteriormente, será abordado por Lacan en su retorno a los conceptos freudianos, quien le nominará con el término de *goce*; destacando su carácter de satisfacción en el exceso, sin frenos, sin renunciaciones, sin límites, y, por consiguiente, tendiente a la extinción de la vida. Entonces, este ha de ser regulado por vía de la prohibición; haciendo uso de palabras, de significantes que permitan trazar un borde, inscribir un orden, un *no-todo* allí donde la insistencia del *más de satisfacción* amenaza con desbordar. Operación lógica que requerirá, siguiendo lo planteado por Flesler (2007), de una alternancia, una dinámica de pérdidas y ganancias; pues, ante la falta de goce, despierta el deseo; *sólo* si no se está prendado de la satisfacción irrestricta puede haber elección, invención y lugar para la pregunta que constituye al sujeto.

Ahora bien, a diferencia de la perspectiva desarrollista, desde la que una serie de etapas sucesivas marcan la adquisición de determinadas habilidades o grados de competencia en las mismas, en razón de la presencia de determinantes individuales y ambientales; la subjetividad no corresponde a un estado ideal que puede ser adquirido una vez se ha alcanzado cierta edad o tiempo cronológico y la emergencia de la falla, condición necesaria para que emerja la pregunta que constituye al sujeto, estará en función de ese deseo *no anónimo*, que comporta un nombre y una historia, en el que se le ha dado un lugar al niño, incluso antes de su nacimiento.

Entonces, en un primer momento, en razón de la indefensión con la que nace, el niño deberá alienarse a lo que de él espera ese otro que le acoge; no de cualquier manera, sino en tanto objeto que colma su falta. Así, una mujer que decide hacerse madre puede poner a su hijo en el lugar de la razón de su existir, del objeto que responde a la pregunta por aquello que la causa. Del lado del niño, la dependencia de los cuidados esenciales le constriñe a responder siendo el *pequeño esperado* para esa madre que, como se había señalado previamente, anticipa en él un sujeto; pues, le habla incluso antes de que pueda responder e interpreta en su llanto un llamado. Esta función anticipatoria, a su vez, permite que lo vaya introduciendo, no sólo en el *más de satisfacción* que se independiza de la necesidad fisiológica, sino también en el *no todo* del lenguaje y las prohibiciones de la cultura.

No obstante, en esa alienación al deseo del otro, es necesario que algo *falle*, que el niño no encaje perfectamente en la *función psíquica* que le han otorgado. Sólo así, se le expone ante el desencuentro, se le hará ver que no lo es *todo* para la madre y, en esa primera decepción amorosa, brindarle la oportunidad de que pueda hacerse a su propio deseo. Dicha operación, que supone la experiencia angustiante de la falta como condición necesaria para devenir sujeto, fue formalizada teóricamente en el psicoanálisis aludiendo a la noción de *complejo de edipo*; cuyo efecto es la

instauración del *no-todo* de la prohibición, pero también la apertura de un lugar para la invención y la producción de saber.

Sin embargo, para que esto ocurra, para que el niño advierta la castración materna³⁴; instante de la mirada en el que logra captar que no es el objeto de deseo de la madre, sino *uno* de sus objetos, es necesario que entre a operar el *Nombre-de-padre*. Término desarrollado por Jacques Lacan, a finales de la década de los cincuenta, con el fin de precisar las operaciones en juego en el edipo; lo que permitió diferenciar la lógica de *la función paterna* de la de los determinantes ambientales. Así, no se trata del progenitor de carne y hueso, sino de “un significante que sustituye a otro significante” (Lacan, 1999, p.179), un significante que se pone en el lugar del deseo de la madre, que responde a la pregunta por su deseo, inscribiéndole más allá del hijo; pues, ella, mujer, también desea al padre y, en éste sentido, el niño no es ya el objeto que la completa. Consecuentemente, la función paterna introduce un no-todo a la satisfacción, <<no podrás gozar irrestrictamente de la madre>> y, al introducir la ley, permite la emergencia del deseo; el niño renuncia al primer objeto para poder desear otros objetos y, como será desarrollado en los siguientes párrafos, esta pérdida en términos del empuje a la satisfacción irrestricta que supone el goce, permitirá el ingreso en el registro del no-todo de la palabra y, junto con este, la emergencia de preguntas que le conducirán en un deseo de saber.

En esto último encontramos un contrapunto respecto de las teorías desarrollistas de la cognición; desde las que las habilidades y competencias del niño se complejizan de acuerdo con un camino prefigurado y en función de la influencia de determinantes ambientales. Lo anterior fue planteado por Freud en *Sobre las Teorías sexuales infantiles* (1908), texto en el que afirma:

³⁴ La castración materna es un término que hace referencia a la madre como dividida, atravesada por la experiencia de la *falta*. Ya no se trata de un ser que ha sido completado por el hijo, sino de una mujer que desea otros objetos, más allá del hijo.

El esfuerzo de saber de los niños en modo alguno despierta aquí de una manera espontánea, por ejemplo, a consecuencia de una necesidad innata de averiguar las causas, sino bajo el aguijón de las pulsiones egoístas que los gobiernan. (p.189)

Entonces, la emergencia de preguntas en el niño está relacionada con la experiencia de la falta, del *no-todo*; en relación a la imposibilidad de ser el objeto que completa a la madre y las prohibiciones que instaura la función paterna. Así, algunos de los interrogantes que ingresan al niño en un *tiempo para comprender*, que lo movilizan en la búsqueda del saber pueden ser: “¿De dónde ha venido ese hijo molesto al que he de llamar hermano?, ¿Por qué no puedo dormir en la misma cama que mi madre?, ¿Por qué no puedo hacer las mismas cosas que mi padre? Preguntas que, a su vez, se encuentran relacionadas con el enigma que comporta la sexualidad para los seres hablantes. Cuestión que no debe ser entendida en términos de la genitalidad; pues, lo propio de la satisfacción humana, inscrita en las lógicas de lo pulsional, es que no hay un objeto predeterminado. En consecuencia, eso que resulta *enigmático* es la imposibilidad de *la relación*, de encontrar otro que funcione a manera de complemento o de objeto que otorgue una satisfacción que sea no-toda. Por ello, para que el niño pueda permitirse dichas preguntas, debe haber operado ese *instante de ver* previamente desarrollado, en el que advierte que no constituye aquello que le hace falta a la madre.

Incluso, en lo que respecta a la simbolización, es necesario renunciar a la presencia del objeto concreto para representarlo a través de la palabra. A manera de ejemplo, es posible referenciar que la ausencia de la madre constituye la condición que invita a emitir un llamado para hacerla presente; pero, la palabra también servirá para separarse de ella, para dar pie al malentendido, al desencuentro. Pues, el acceso a lo real estará mediatizado por el lenguaje y, como ya se había mencionado, las palabras permiten decir, pero *no todo*. Teniendo en cuenta lo anterior,

podría concluirse que, más que un desarrollo espontáneo y progresivo de habilidades cognitivas, el niño construye una relación con el saber, a partir de las diferentes renunciaciones que debe hacer para separarse de la alienación al deseo del otro y empezar a desear por sí mismo, *desear saber*.

Lo anterior es retomado por la neuropsiquiatra y psicoanalista francesa Anny Cordié, en su obra *Los retrasados no existen* (1994), cuando dice: “Para que un niño <<aprenda>> es necesario que lo desee, pero nada ni nadie puede obligar a alguien a desear. El lenguaje popular lo dice: el deseo y el amor no se ordenan” (p.27). Así, si el deseo no se ordena y si, como se ha intentado esbozar, emerge cuando algo *hace falta*; la posición de los padres respecto a los interrogantes del niño tendrá un efecto significativo en la relación que él o ella pueda construir con el saber. Los padres pueden no dar un lugar a la pregunta, pueden ignorarla o hacerle ver al hijo que se trata de “niñerías” y, en caso de que decidan responder, no todas las respuestas invitan a preguntar nuevamente; la pregunta sólo se produce cuando no hay relación de complementariedad, cuando el niño advierte que el saber de los padres, quienes constituyen su primera fuente, es no-todo. Entonces, podrá seguirse preguntando y suponer el saber en otros adultos: el maestro, el analista, el psicólogo, entre otros encargados de su cuidado, de los que se esperaría que le orienten en la construcción de sus propias versiones sobre lo que le inquieta.

Teniendo en cuenta lo esbozado previamente, la relación con el saber se inscribe en cada niño de una manera singular y supone, además, una posición respecto del *no-saber*; no querer *saber* es también una opción que puede inscribirse en el cuerpo, traducirse en una inquietud motora, en la incapacidad de fijar y sostener la atención, en la reticencia a hacer uso de la palabra e, incluso, en la imposibilidad de adentrarse en lo subversivo del juego. De otro lado, cuando la pregunta del niño emerge pero es obturada, sea porque no se le otorga un lugar o porque, desde el saber experto, se le ofrece una respuesta totalizante; esta insiste, adviene en actos desafiantes e

incluso agresivos respecto de aquellos que encarnan la autoridad; no por la vía de un saber que se les supone sino de la fuerza.

Así, las diferentes problemáticas de un niño constituyen un indicio de que algo no anda en ese conjunto de operaciones que va posibilitando la constitución subjetiva. A la luz de lo anterior, ya no se trata simplemente de un trastorno, una categoría rígida identificable a partir de conductas observables, sino de una elección inconsciente que constituye una costosa solución al *no ha lugar* que le viene del otro; elección que se le presenta como ajena: "No soy yo, dice, el que quiere eso, este sufrimiento, esta violencia, la repetición de los actos estúpidos, no soy yo pero sin embargo soy yo" (Cordié, 1994, p.63) y que, además, comporta un sentido que está por producirse, del que sólo el niño puede ir dando cuenta.

A manera de síntesis, en este apartado se formalizaron las condiciones relacionadas con la emergencia de subjetividad; destacando la importancia de que se introduzca un *no-todo* en la satisfacción irrestricta del niño. Así, una pérdida en la dimensión del goce³⁵, del empuje pulsional al *más de satisfacción*, inaugura la posibilidad de ingresarse en el orden simbólico, el del lenguaje y la cultura; además de permitir la emergencia de preguntas que dividen al niño, lo implican y van trazando indicios de su constitución en tanto sujeto. En consecuencia, el sujeto no es equiparable ni al individuo, ni al paciente; este emerge en función de una dinámica de alienación y separación respecto de los designios del deseo que le acoge, a manera de un resto que se va diferenciando y que, más que poseer certezas, está causado por preguntas. Atendiendo a lo esbozado en el segundo y tercer apartado, se realiza un contrapunto entre la apuesta clínica cognitivo-conductual y la

³⁵ El goce es un concepto formalizado por el psicoanalista francés Jacques Lacan en su enseñanza; cabe resaltar que no debe ser confundido con el uso común del término, entendido como una experiencia de alegría o satisfacción, pues, este se relaciona con el *más de satisfacción* de la pulsión, un empuje que transgrede los límites del organismo, poniendo en tensión lo placentero y lo doloroso. De acuerdo con lo planteado por Evans (1996), en su *Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano*, el goce corresponde a un *placer doloroso*, una *satisfacción paradójica* que el sujeto obtiene del "sufrimiento que deriva de su propia satisfacción" (p.103).

psicoanalítica, centrando este ejercicio en torno al lugar que le es otorgada a la subjetividad en cada una de estas prácticas.

Clínica del déficit y Clínica de las preguntas.

Considerando que en el segundo capítulo de la presente investigación se analizó detalladamente la terapia cognitivo-conductual, enfatizando en las estrategias de evaluación y las técnicas de intervención implementadas, para efectos del contrapunto a realizar, se retomarán algunas de las conclusiones derivadas de este ejercicio. En primer lugar, cabe resaltar la relación de la práctica TCC con determinada noción de infancia, de carácter eminentemente normativo, al estructurarse en razón de etapas cronológicas en las que deben adquirirse ciertas habilidades o grado de competencia en las mismas; camino prefigurado del desarrollo que, a su vez, comporta un ideal de infancia: el del niño *cero defectos*, aquel con una mayor probabilidad de constituirse en *capital humano*, en adulto productor y consumidor.

En consecuencia, esta propuesta clínica comporta un momento inicial de evaluación en razón de la *norma*. Así, haciendo uso de instrumentos estandarizados, se categorizan las conductas del niño, se cuantifican en parámetros como la frecuencia, la duración y la intensidad de las mismas; lo anterior, con el fin de facilitar su comparación con el *niño promedio*, ese que no tiene ni historia ni vínculos de afecto con otros que le hayan acogido en su deseo. Pues, corresponde a una construcción estadística, un punto en la curva de normalidad y lo único que tiene en común con el niño traído a consulta es el criterio etario.

Incluso, cuando se recurre a instrumentos como la entrevista, la palabra es convertida en dato; sin consideración alguna por la posición desde la que habla el padre, la madre o el educador, por aquello que en cada uno de ellos hace ruido respecto de la conducta problemática. En lo que

respecta al niño, se le escucha desde el camino prefigurado del desarrollo cognitivo, asumiendo que, de acuerdo a la etapa en la que se encuentra, aquello que puede producir carece de utilidad para el clínico o de veracidad, dado que, el *profesional psi* de este enfoque debe centrarse, principalmente, en la identificación de variables ambientales, contextuales e individuales que se relacionan con la emergencia y el mantenimiento de la conducta problema; información a partir de la que construirá un mecanismo explicativo que servirá para justificar los objetivos de la intervención. Los cuales deberán apuntar a la adquisición de un repertorio conductual funcional o adaptativo; es decir, uno que se aproxime al ideal del *cero defectos*, el del niño que rinde en la escuela, no tiene dificultades en el establecimiento de vínculos con pares y, además, no genera ninguna disonancia respecto de aquello que se espera de él.

Consecuentemente, las técnicas de intervención utilizadas se orientan en la vía de la modificación de los determinantes ambientales identificados, con el fin de disminuir la probabilidad de emisión de los pensamientos y las conductas problemáticas; en adición a lo anterior, se entrena al niño en el uso de las auto-instrucciones, en modelos de solución de problemas y modos de aproximarse a la realidad considerados como óptimos por el saber experto. Prácticas que están más en la vía del aprendizaje, en tanto entrenamiento, y no de una apuesta por el saber que el niño pueda construir respecto a su malestar, una vez ha sido causado por la pregunta que le constituye en tanto sujeto, la de su implicación en aquello que deviene problemático, más aún, cuando en el lugar de dicho interrogante se posiciona, a manera de verdad, el diagnóstico, los determinantes, las variables causales. Siendo esta, una lógica que resulta concordante con la posición pasiva otorgada al niño, desde la que la única responsabilidad que se le adjudica es la de la adherencia a las prescripciones del terapeuta.

A la luz de lo esbozado anteriormente, la práctica cognitivo-conductual puede ser leída en tanto clínica del *déficit*; considerando que este es un término cuya definición, de acuerdo con el diccionario de la Real Academia Española (2001), alude a la falta o escasez de algo que se juzga necesario. Ese algo corresponde a lo que la norma, constituida por el camino prefigurado del desarrollo, dictamina para los individuos de determinado rango etario; entonces, si no está presente, si *hace falta* y esto, a su vez, genera resonancias, resulta incómodo; dicha falla debe ser subsanada, poniendo en su lugar conductas, pensamientos y emociones más próximos al ideal de infancia, al *cero defectos*. Esta lectura permite situar la obturación del sujeto que puede haber en un niño; pues, como fue desarrollado en los dos apartados anteriores, el advertir que no se *es* el hijo esperado, que no es posible encarnar el objeto que completa el deseo de quienes le acogen, constituye una condición necesaria para la constitución subjetiva.

En cuanto a la apuesta clínica del psicoanálisis, cabe resaltar que su interés es producir la emergencia del sujeto que hay en un niño; es decir, esta se orienta a posibilitar la emergencia de la división, de la pregunta que le constituye en tanto tal y que le permitirá tomar posición ante lo que le sucede. Consecuentemente, no parte de una evaluación basada en estándares y tampoco se orienta en la identificación de variables que le permitan construir un mecanismo explicativo de aquello que deviene problemático para el paciente; más bien, siguiendo lo planteado por Flesler (2007), en *El niño en el análisis y el lugar de los padres*, debe situar “no sólo el tiempo del sujeto, sino esencialmente los destiempos y contratiempos que expresan sus padecimientos” (p.158), ¿Qué ha ocurrido con esa dinámica de pérdidas y ganancias que da lugar a los primeros indicios de subjetividad? Interrogante que permitirá dar cuenta de los recursos con los que cuenta el niño para hacerse a un saber sobre su malestar y, a su vez, orientar las intervenciones del analista; no desde la lógica de la técnica que ha sido utilizada de manera exitosa en caso similares, sino desde lo que

sirve a cada caso en particular, al niño que consulta en *su singularidad*, en aquello que lo diferencia del grupo conformado por quienes cumplen con su misma edad.

Así, en algunos casos, la operación analítica se centrará en introducir *la falla* allí donde todo parece encajar a la perfección, donde el niño se encuentra alienado al deseo de quienes le acogen y, dado que nada le hace falta, no se ha inscrito el *no-todo* que permitirá hacer uso de la palabra, participando de las posibilidades de invención que tienen lugar en el *más de sentido* de la estructura significante. Para tal fin, podrá valerse incluso de su propia presencia y ausencia, advertido de no recrear esa posición abrumadora de los otros significativos del niño, que no ha posibilitado la emergencia de ningún trazo diferencial. En otro caso, la labor se centrará en permitir un espacio para que la pregunta del niño, esa que ha sido silenciada u obturada con un saber que le viene de otros, sea elaborada. Lo que implica, para el analista, otorgarle valor a su palabra y transmitir esto al niño, transmitirle que “sabe sin saber; es decir, que sabe sin poder decir <<yo sé>>” (Miller, 1991, p.78). Experiencia que sitúa el saber sobre el malestar del lado de aquel que es traído a consulta y, por consiguiente, le otorga la responsabilidad de hacerse cargo, de advenir allí donde el <<no sé qué me pasa>> constituye una autorización al *más de satisfacción* que se inscribe en el cuerpo como inquietud motora, incapacidad para atender, actos agresivos y/o desafiantes.

En síntesis, la intervención del analista no se orienta al disciplinamiento sino a permitir que el niño hable, que produzca una versión, que construya el porqué de su problemática y, secundariamente, poder liberarse de ella; no es lo mismo sufrir sin saber por qué y estar a merced de la angustia que esto puede producir, que tener un saber respecto del malestar. El analista no reproduce el lugar del maestro, no le deja tareas al niño para que refuerce las conductas asertivas modeladas en consultorio. Su apuesta se orienta en la vía de prestar un dispositivo de escucha,

hacer emerger un lugar en el que el niño pueda valerse del dibujo, del juego, de los recursos simbólicos que están a su alcance, no tanto para interpretarlos sino para que él pueda producir su decir, su discurso y, por tanto, su posición respecto del deseo de esos otros que lo han acogido, del saber, del *no-saber*, de lo que representa el niño *cero defectos* como un ideal inalcanzable.

El contrapunto realizado permitió evidenciar la obturación de la subjetividad del niño en la intervención cognitivo-conductual; pues, las estrategias de evaluación y las técnicas implementadas apuntan a la corrección de aquello que le hace falta a él o ella para andar a la par del ideal de infancia de este tiempo, el del *cero-defectos*. No en vano, se privilegia el *entrenamiento* en repertorios conductuales funcionales y no una apuesta por el saber que pueda ir construyendo el niño, con sus propios recursos, respecto del malestar que le concierne. Previo al apartado de conclusión, se profundiza en las especificidades de la propuesta del psicoanálisis, con el fin de precisar el modo en el que la noción de sujeto opera como un orientador en el ejercicio clínico.

La falta en juego. Sobre las especificidades de la clínica psicoanalítica con niños.

“Nuestra propuesta apunta a otorgar un intervalo al niño para favorecer la respuesta del sujeto”

(Flesler, 2011, p.64)

Desde sus inicios, la clínica psicoanalítica con niños ha constituido el centro de una polémica, pues, como señala Flesler (2007), “el marco teórico del psicoanálisis, al ser diseñado para pacientes adultos, preñó el origen mismo del análisis de los niños de obstáculos y contradicciones” (p.18). Así, el niño y las especificidades de su abordaje analítico han representado

y representan, para quienes practican esta apuesta clínica, más preguntas que respuestas. Incluso, en *Análisis de la fobia de un niño de cinco años* (1909), texto paradigmático para la clínica psicoanalítica con niños, Sigmund Freud destaca que es en razón de la participación del padre en el desarrollo de dicho caso que se hizo posible “obtener del método una aplicación para la cual de ordinario habría sido inapropiado” (Freud, 1909, p. 7). Posteriormente, en *Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina* (1920), el padre del psicoanálisis advierte que el tratamiento de niños y adolescentes se aleja de aquello que el análisis demanda para ser efectivo: “alguien, en lo demás dueño de sí mismo, sufre de un conflicto interior al que por sí solo no puede poner fin; acude entonces al analista, le formula su queja y le solicita su auxilio” (Freud, 1920, p.143). Con respecto a esto último, siguiendo la advertencia de Freud, no se puede pasar por alto que los niños llegan a análisis traídos por un adulto, un cuidador, un profesor, un padre o una madre, quienes demandan al analista la transformación del niño en alguien que no ocasione dificultades y no provoque sino contento, que encarne perfectamente aquello que se espera de él o ella; siendo esta, una demanda que suma dificultades a las propias del caso.

Ahora bien, tras la muerte de Freud, se retomó la cuestión del niño en el análisis, dándose forma a un debate entre dos corrientes: de un lado, los seguidores de Anna Freud, quienes, enlazando pedagogía y psicoanálisis, daban cabida a la figura del analista como la de un maestro, un modelo que facilitaría la emergencia en el niño de las condiciones necesarias para su posterior análisis y, por otro lado, los seguidores de Melanie Klein, cuyos planteamientos apuntaban a ratificar la condición del niño como analizable. En consecuencia, el debate se tornó en una marcada dicotomía sostenida hasta el día de hoy, una bifurcación entre la corriente educativa que, al concebir al niño como *ser en desarrollo*, otorga al analista la posición de maestro o de modelo, y aquella que propone, para el tratamiento, sostener el mismo abordaje del adulto.

No obstante, en ambas propuestas, se omite al sujeto en tanto objeto de la clínica psicoanalítica; sujeto que, como ha sido mencionado en apartados anteriores de este capítulo, no es infantil, ni adolescente, ni adulto y que, por consiguiente, no tiene edades, pero adviene en tiempos de carácter lógico. Precisamente, es esta noción la que salvaguarda al psicoanálisis de estándares cronológicos, de plantear técnicas en concordancia con la edad de quien es traído a consulta, dado que, la intervención del analista apunta a hacer emerger el sujeto que hay en un niño; este principio es “su brújula y timón” (Flesler, 2007, p.159). De ahí que deba estar atento a la presencia de huellas o indicios de la emergencia de subjetividad, caracterizados por la puesta en marcha de una operación de separación, un trazo diferencial que sólo es posible si algo falla, si el niño no encaja en el lugar del hijo esperado. Un temprano ejemplo de lo anterior fue descrito por Freud en *La sexualidad infantil*, segundo ensayo de los *Tres ensayos de teoría sexual* (1905), texto en el que el autor resalta que la retención y la expulsión de heces se emplea en la relación del niño con aquellos que le rodean; deviene en una práctica de carácter fisiológico que se inscribe en el sentido y, por consiguiente, da cuenta de la emergencia de un cuerpo atravesado por el lenguaje y de los primeros trazos de una relación singular con el no-todo que impone la prohibición, no en cualquier momento ni en cualquier lugar. Así, Freud caracteriza la función de las heces aludiendo a estas como el <<primer regalo>> “por medio del cual el pequeño ser puede expresar su obediencia hacia el medio circundante, exteriorizándoles, y su desafío, rehusándose a hacerlo” (p.169).

Sin embargo, la emergencia de los trazos diferenciales que caracterizan al sujeto no corresponde con un proceso evolutivo que ocurra en determinada edad, en razón de una maduración neuronal; dicha emergencia está condicionada por el lugar que le es otorgado al niño en el deseo de quien le acoge, la función psíquica que ocupa. No en vano, como señala Lacan

(2001) en *Nota sobre el niño*, el niño puede *realizar* la presencia del objeto que colma la falta de la madre, transformarse en “el objeto mismo de su existencia” (p.393) y, aunque esta alienación es inicialmente necesaria, su fijeza impide la inscripción del *no-todo* que hace posible la simbolización y el lenguaje; cabe preguntarse cuál es la función de las palabras allí donde nada hace falta, donde no hay necesidad de hacer un llamado al otro porque su presencia es una constante.

De otro lado, cuando el niño no es puesto como objeto que taponar el lugar de la falta, cuando esta logra inscribirse, como fue descrito referenciando la operación del *Nombre-del-padre*, es posible que emerjan el sujeto y sus respuestas, sus trazos diferenciales. Cabe resaltar que, desde esta lógica, la apuesta clínica del psicoanálisis rechaza la vía de la eliminación del malestar, la de borrar rápidamente aquello que deviene sintomático en el niño con el fin de facilitar su adaptación, ya que eso que hace ruido constituye su manera de responder a la función psíquica que le otorgaron, a lo que se espera de él, al ideal de niño que le ha sido propuesto. A manera de ejemplo, un niño puede hacerse escuchar molestando al otro, más aún, cuando sus preguntas no son acogidas o se les ofrece una respuesta que, al presentarse como un absoluto, no le invitan a seguirse preguntando. Entonces, más que anular el síntoma, se le reconoce en tanto portador de un sentido singular que está por *producirse*, advirtiéndole que dicho saber está del lado del niño y que permitirle un espacio para que se haga cargo de esta labor investigativa es otorgarle, a su vez, la posibilidad de inventarse otra manera de responder.

Ahora bien, cabe preguntarse, ¿de qué manera es posible sostener esta orientación en la clínica? Siguiendo lo planteado por el psicoanalista argentino Pablo Peusner (2006), en *Fundamentos de la clínica psicoanalítica lacaniana con niños*, tiene que ver con el sostenimiento de determinada escucha que reconoce el valor de la palabra como recurso para ir otorgando sentido

al malestar y, a su vez, tomar posición respecto de este; incluso, cuando aquello que se dice corresponde a un equívoco, pues, esto constituye en el niño un indicio de subjetividad, un trazo diferencial que signa la renuncia a la repetición placentera de lo dicho por otros; renuncia que, posteriormente, marcará la necesidad de abandonar ese lenguaje íntimo, previo a todo ordenamiento, para inscribirse en el no-todo que suponen las reglas del lenguaje. En consecuencia, el proceder del analista no hace hincapié en los dichos, no opera categorizándolos ni identificando si el contenido de los mismos concuerda con las operaciones lógicas esperadas para determinada etapa del desarrollo cognitivo; su operación se centra en el acto enunciativo mismo, en *el decir*, ya que puntualizar en esta dimensión permite implicar a quien habla en sus palabras, además de posibilitar la producción de otros sentidos allí donde el *no-saber* advenía como certeza.

A la luz de lo descrito en este apartado, dado que el saber está del lado del niño que es traído a consulta y *por producirse*, no es posible anticipar los efectos de la intervención del analista, no existe fórmula mágica que indique, de antemano, qué palabras exactas lograrán hacer un corte, permitir que el sujeto produzca su propia versión de aquello que le hace padecer. Sin embargo, hablar de la imposibilidad de una estandarización de la clínica psicoanalítica no equivale a decir que no pueda interrogarse a la misma por su eficacia; clarificando que esta no equivale a la cifra, la estadística que opera a partir de la acumulación de casos catalogados como exitosos. Entonces, ¿qué es eso que se entiende aquí como eficacia desde el psicoanálisis? Para dar respuesta a éste interrogante se debe tener en cuenta las dos acepciones de la definición del término (Brodsky, 2006): <<que causa un efecto esperado>> o <<que causa un efecto>>; la primera se podría retomar como la noción de eficacia en la clínica cognitivo conductual, una eficacia que tiene implicada la noción de ideal y que su fin está planteado desde el inicio: la eliminación del síntoma; pues se supone que es, también, eliminar el malestar psíquico. Mientras que, hablar de eficacia desde su

segunda acepción, que causa un efecto, pero no con un fin esperado, está más cercano a la propuesta de la clínica psicoanalítica, donde la escucha emerge en su dimensión de dinámica, permeada por el malentendido y advertida de la imposibilidad de *decirlo todo*; se trata de permitir una nueva producción sobre ese enigma que hace padecer; no de parte del analista, sino del sujeto mismo, quien al cambiar de posición, al hablar en su nombre, al construir él mismo un saber sobre su síntoma, logra saber más y saber mejor, pues precisa y reduce aquello que parecía excederle; posibilidad que tiene, en sí misma, un efecto terapéutico, pues el malestar psíquico, que produce el no saber, se ve aminorado.

A manera de conclusión, en el siguiente apartado se argumenta aquello que la noción de sujeto pudiera aportar a la práctica clínica en psicología.

Un lugar para el sujeto que hay en un niño.

“La clínica de las preguntas es una clínica fundamentalmente ética”

(Miller, 1991, p.83)

Reconociendo las diferencias a nivel epistémico, metodológico y ético entre la clínica del psicoanálisis y la cognitivo conductual, se finaliza el presente capítulo formalizando dos de los elementos que el análisis realizado en esta investigación, orientado por la noción de subjetividad, aporta a la práctica y la formación en psicología clínica.

Desde los referentes teóricos trabajados, un sujeto se constituye en razón de la pregunta que lo divide y, para que esto ocurra, más que estar aferrado a las certezas, debe advertir la falla en *el saber*. En concordancia con lo anterior, el primer aporte de dicha noción a la práctica clínica

es evidenciar la importancia de interrogar el modo en el que se utilizan los conceptos en el hacer del *profesional psi*; pues, si estos funcionan, no a manera de orientadores desde los que se aborda la problemática, sino en tanto categorías rígidas, obturan la emergencia de las preguntas. Problemática que se plantea en dos vías: la de la pregunta del niño que es traído a consulta, a quien el saber del experto le otorga una posición pasiva respecto de su malestar, como fue desarrollado previamente. Pero, también, en relación al psicólogo; dado que, si no hay lugar para los interrogantes, los modelos teóricos y los conceptos toman la forma de axiomas incuestionables desde los que es posible explicar la problemática del niño e identificar el modo más rápido, efectivo y económico de controlarla. Sin embargo, aquello que queda por fuera de esta empresa, en razón del lugar predominante que se le ha otorgado a la comprobación estadística de la eficacia por cuestiones económicas y no científicas, constituye la importancia de una discusión epistemológica rigurosa y la relación de este ejercicio con la pregunta por las implicaciones éticas de la propia práctica. ¿a quién sirve que se intervenga este niño que ha sido traído a la consulta?, ¿en qué medida la intervención apunta a aproximar el niño al ideal de infancia de este tiempo?

En concordancia con lo planteado, estar advertido de la noción de subjetividad invita al *profesional psi* a sostener la pregunta ¿qué es un niño?, a abordarla en cada uno de los casos que atiende, porque, según se defina o se entienda al niño, así se le trata; si se le considera desde el déficit, se le priva de la posibilidad de hacerse responsable de su decir y su hacer. Entonces, el sostenimiento de dicho interrogante en la práctica clínica tiene como finalidad permitir la emergencia de la singularidad del niño que han traído a consulta, al otorgarle un valor a su palabra y escucharle desde otra posición que no sea la determinada por el camino prefigurado del desarrollo. Siendo, este último, un abordaje normativo que circunscribe la intervención en el orden del disciplinamiento, del encauzamiento del individuo, su alienación con el ideal de hombre de

determinada época; ideal que atiende a las coordenadas económicas, políticas e ideológicas de la misma.

Esto último permite introducir el segundo elemento que, desde la noción de subjetividad, aporta a la formación y la práctica en psicología clínica; este corresponde a la pregunta por el elemento diferencial de su propuesta de intervención. No se puede obviar que la función correctiva y disciplinaria puede ser llevada a cabo por otros profesionales entrenados en el trabajo con niños, tal es el caso de maestros y trabajadores sociales; entonces, ¿cuál es el campo de la psicología?, ¿qué podría ofrecer un psicólogo que no pueda ofrecer otro profesional entrenado en la aplicación de técnicas centradas en la adquisición de habilidades y competencias?, dado que estos interrogantes son abordados raramente por los profesionales, no es extraño que la psicología emerja como:

Una filosofía sin rigor porque es ecléctica con el pretexto de ser objetiva; una ética sin exigencia porque asocia experiencias sin juicio crítico, como la del confesor, la del educador, la del jefe, la del juez; y, por último, una medicina sin control ya que funda sus hipótesis en la observación de enfermedades (nerviosas y mentales) que nunca llegan a ser inteligibles. (Canguilhem, 1997, p.14)

A la luz de lo esbozado, resulta pertinente hacer emerger el siguiente interrogante: ¿qué alternativa le queda a esta profesión? Sugiriendo, de manera tentativa, indagar respecto a los efectos de aquello que ha cedido o implementado en nombre de acceder a un estatuto científico entendido desde lo técnico-económico, cuestionar sus propias prácticas y modos de proceder, reconocer que toda mirada tiene sus puntos ciegos; pues, “introducir la existencia de algo que excede a una disciplina por un lado habilita un recorrido de trabajo interdisciplinario y por el otro elimina la posibilidad de caer en el reduccionismo” (Terzaghi, 2011, p.115).

En lo que respecta a lo propio del campo clínico, respetando la diversidad de sus corrientes, se trataría de ir más allá del diagnóstico, pese a las limitaciones impuestas por las condiciones que ofrece el sistema de salud, como es el imperativo de atender un mayor número de pacientes en el menor tiempo posible. Lo anterior implica reconocer que, aunque la función de la teoría es la de constituirse en tanto orientador de la práctica, el saber respecto de aquello que hace sufrir a quien es traído a consulta está de su lado; en consecuencia, corresponde al niño en tanto sujeto y no al experto, al psiquiatra o al psicólogo, el esfuerzo por dar un nombre a su malestar, por construir un saber en torno a aquello que le hace sufrir.

Conclusiones

El recorrido realizado en esta investigación permitió hacer emerger la noción de infancia que se aplica a las estrategias de evaluación e intervención del enfoque cognitivo-conductual. Pues, como fue evidenciado en el estado de la cuestión, ante la pregunta ¿qué es un niño?, las investigaciones, centradas en la comprobación empírica de la eficacia de las técnicas, responden con criterios etarios; sin una discusión epistemológica respecto de los referentes teóricos a partir de los que se caracteriza la infancia. Advertir esta falla en el saber se hizo posible al caracterizar la infancia en tanto *formación discursiva*, elección metodológica que permitió una lectura de la misma entendida como un conjunto de enunciados que prefiguran determinadas prácticas o modos de proceder con niños y niñas; enunciados cuya procedencia responde a una multiplicidad que desborda el dominio particular de la psicología y de la salud mental, atravesando lo económico, lo político y lo ideológico. En razón de lo anterior, se contextualizó el interés científico contemporáneo por la infancia, destacando su relación con la emergencia y optimización de mecanismos de vigilancia y control orientados en la producción del ideal de niño de esta época: el *cero defectos*; aquel al que se le supone una mayor probabilidad de insertarse en el aparato productivo y, también, en las lógicas del consumo. Esfuerzo en el que fue posible situar la posición predominante de la clínica cognitivo-conductual; pues, su propuesta de intervención centrada en la corrección de conductas desadaptativas y pensamientos disfuncionales encaja en la producción del *cero defecto* previamente mencionado.

Ahora bien, la revisión de manuales y protocolos de intervención, propios de este enfoque, aportó un indicio fundamental para rastrear los referentes teóricos desde los que se aborda la noción de infancia; este es el aporte del *enfoque del ciclo vital*, un campo de investigación en psicología del desarrollo. En consecuencia, se realizó una lectura crítica de los supuestos teóricos

y las metodologías de investigación que contempla el paradigma desarrollista, concluyendo que estos dan lugar a la formulación de un camino prefigurado conformado por estándares, delimitados a partir de rangos etarios en los que se esperaría que un niño adquiriera determinada habilidad o grado de competencia en la misma. Producción discursiva de carácter normalizante que, además, fue posible relacionar con la consolidación del ideal de niño previamente mencionado. No en vano, los criterios del desarrollo son frecuentemente citados, en los documentos revisados, como referentes en la determinación de aquello que puede ser considerado patológico en un niño; pues, permiten su comparación con lo que debería hacer el *niño promedio* de su edad.

A la luz de lo anterior, la noción de infancia que orienta la TCC fue caracterizada como un *llegar a ser*, un mosaico de funciones, habilidades y competencias que se complejizan progresivamente con la edad; mosaico susceptible de cuantificación, replicación y traducción en estándares delimitados por criterios cronológicos. Hipótesis que fue puesta a prueba en razón de su utilidad en el análisis de las estrategias de evaluación e intervención consignadas en los manuales y protocolos de intervención. Ejercicio que permitió evidenciar la inscripción de lo cognitivo-conductual en el dominio disciplinar, orientado en la normalización y corrección del *niño problema*. Apuesta que excluye la posibilidad de que el niño pueda hacerse a un saber propio que lo implique en aquello que le genera malestar.

Finalmente, se introdujo la noción de subjetividad, desde los referentes teóricos del psicoanálisis, con el fin de dar lugar a un contrapunto entre ambas apuestas clínicas y el lugar que otorgan a la palabra del niño traído a consulta. El ejercicio comparativo permitió evidenciar la pertinencia de sostener la pregunta ¿qué es un niño? para la formación y la práctica en psicología clínica. Pues, esta permite otorgarle valor a la palabra de quien es traído a consulta, escucharle desde otra posición que no sea la determinada por el camino prefigurado del desarrollo; si no,

reconociendo que el saber respecto de aquello que le hace sufrir está de su lado. En adición a lo anterior, el sostenimiento de la pregunta por la noción de infancia invita a la discusión epistemológica y crítica de los conceptos en tanto orientadores de la práctica; labor que otorgaría un elemento diferencial de la psicología respecto de otros saberes que cumplen funciones correctivas y disciplinarias.

Referencias

- Aceña, J. (1990). El sistema de comunicación de las abejas. *Revista Didáctica (lengua y literatura)* 2(1) 19-26. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/DIDA/article/view/DIDA9090110019A>
- Alzate, M. (2003). *La infancia: concepciones y perspectivas*. Pereira: Editorial Papiro. Recuperado de <http://blog.utp.edu.co/investigacioneneducacionypedagogia/files/2011/02/La-infancia-concepciones-y-perspectivas-Maria-victoria.pdf>
- American Society For Reproductive Medicine. (2012). *Tecnologías de reproducción asistida, guía para pacientes*. Recuperado de http://reproductivefacts.org/uploadedFiles/ASRM_Content/Resources/Patient_Resources/Fact_Sheets_and_Info_Booklets_en_Espanol/BOOKLET_ART_spanish_rev110712.pdf
- American Psychiatric Association. (APA). (2014). *The diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington: Author.
- American Psychological Association. (APA). (2002). Criteria for evaluating treatment guidelines. *American psychologist*,. 57 (12), 1052-1059.
- American Psychological Association. (APA). (2006). Evidence based practice in psychology. *American psychologist*, 61 (4), 271-285. Disponible en línea: <http://www.apa.org/practice/resources/evidence/evidence-based-statement.pdf>
- Arendt, H. (2003). *Eichmann en Jerusalén. Un estudio sobre la banalidad del mal*. Barcelona: Lumen S.A.
- Ariés, P. (1992). *El niño y la vida familiar en el antiguo régimen*. Madrid: Editorial Taurus.
- Ariés, P. (1986). La infancia. *Estudios, revista de educación*, 281(1), 5-17. Recuperado de <https://es.scribd.com/doc/187776563/Aries-P-1986-La-infancia-en-Revista-de-Educacion>

- Bados, A. y García, E. (2011). *Técnicas operantes*. Barcelona: Universidad de Barcelona. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18402/1/T%C3%A9cnicas%20operantes%202011.pdf>
- Baker, D. (1988). The psychology of Lightner Witmer. *Professional school psychology*, 3 (2), 109-121.
- Baltes, P., Reese, H. & Lipsitt, L. (1980). Life-span developmental psychology. *Annual Review of Psychology*, 31(1), 65-110.
- Baltes, P., Lindenberger, U. & Staudinger, U. (1999). Lifespan psychology: Theory and application to intellectual functioning. *Annual review of psychology*, 50 (1), 471-507. Recuperado de http://library.mpib-berlin.mpg.de/ft/pb/pb_lifespan_1999.pdf
- Baltes, P., Lindenberger, U. & Staudinger, U. (2006). *Lifespan theory in developmental psychology*. Recuperado de http://lib.mpib-berlin.mpg.de/ft/pb/PB_Life_2006.pdf
- Barrionuevo, J. (2013). *Deseo, deseo del Otro y fantasma*. Universidad de Buenos Aires. Recuperado de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/055_adolescencia1/material/archivo/deseo_fantasma.pdf
- Beck, A. (1988). Cambio terapéutico y cognición. En M. Mahoney y A. Freeman. (Ed.), *Cognición y psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Becoña, E. y Oblitas, A. (1997). Terapias cognitivo-conductuales: antecedentes – técnicas. *Revista Veritas*, 3(1), 49-70. Recuperado de http://revistaliberabit.com/es/revistas/RLE_03_1_terapia-conitivo-conductual-antecedentes-tecnicas.pdf
- Benedito, G. (1975) El problema de la medida en psicología. En N. Braunstein, M. Pasternac, G. Benedito y F. Saal. (Ed.), *Psicología, ideología y ciencia* (pp. 156-179). Buenos Aires, Siglo XXI editores.

- Benjamin, C., Puleo, C., Settapani, C., Brodman, D., Edmunds, J., Cummings, C. & Kendall, P. (2012). History of cognitive-behavioral therapy (CBT) in youth. *Child and adolescent psychiatric clinic*, 20(2), 179-189.
- Berger, K. (2006). *Psicología del desarrollo. Infancia y adolescencia*. Madrid: Editorial médica Panamericana.
- Bianchi, E. (2012). Problematizando la noción de trastorno en el TDAH e influencia del manual DSM. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10 (2), pp. 1021-1038. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v10n2/v10n2a17>
- Blanco, O. (2009) Biopolítica, espacio y estadística. *Ciencia política*. 7 (1) 26-49. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3663198>
- Braunstein, N. (1980). *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis (hacia Lacan)*. México: Siglo XXI Editores.
- Brodsky, G. (2006). *La eficacia del psicoanálisis*. Recuperado de <https://www.yukei.net/wp-content/uploads/2007/01/g-brodsky-la-eficacia-del-psicoanalisis.pdf>
- Bunge, E., Gomar, M. y Mandill, J. (2009). *Terapia cognitiva con niños y adolescentes: aportes técnicos*. Buenos Aires, Librería Akadia Editoria.
- Burman, E. (2008). *Deconstructing developmental psychology*. New York: Routledge.
- Caballo, V. y Simón, M. (2006). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente*. España, Ediciones Pirámide.
- Caballo, V. (2005). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad*. España, Ediciones Pirámide.
- Canguilhem, G. (1997). ¿Qué es la psicología? *Revista colombiana de psicología*, 7(1), 7-14.
- Canguilhem, G. (1971) *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Carvajal, D. (septiembre de 2012). La investigación cualitativa frente al uso de software para análisis cualitativo: perspectivas, cambios metodológicos y retos. En III *encuentro latinoamericano de metodología de las ciencias sociales*. Simposio llevado a cabo en la Universidad de Manizales, Colombia. Recuperado de https://educacion.uniandes.edu.co/images/documentos/Ponencias_pensando_educacion/2012/carvajal_investigacion_cualitativa_frente_al_uso_de_software_para_analisis_cualitativo.pdf

Clavreul, J. (1983). *El orden médico*. Barcelona: Argot.

Consejo general de colegios oficiales de psicólogos. (2003). Psicología clínica y psiquiatría. *Papeles del psicólogo*, 24(85), 1-10.

Cordié, A. (1994). *Los retrasados no existen*. Buenos Aires: Nueva visión.

Cores, C. y Cal, J. (2012). El concepto de interés público y su incidencia en la contratación administrativa. *Revista de derecho de la universidad de Montevideo*, 12(1), 131-140.

Cortázar, J. (1963). *Rayuela*. Bogotá: Alfaguara.

Craighead, W. & Meyers, A. (1984). *Cognitive behavior therapy with children*. New York: Springer U.S.

Cupani, A. (2011). Acerca de la vigencia del ideal de objetividad científica. *Scientle Studia*, 9 (3), 501-525. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ss/v9n3/v9n3a04.pdf>

Delval, J. (1988). Sobre la historia del estudio del niño. *Infancia y aprendizaje*, 44(1), 59-108.

Díaz, M., Ruiz, M. y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Di Lorio, J., Lenta, M. y Hojman, G. (2011). Conceptualizaciones sobre la infancia. De la minoría al interés superior del niño. Un estudio de las producciones científicas en psicología. *Anuario de Investigaciones*, 18(1), 227-236.

- Dobson, K. (2003). *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies*. New York: Guildford press.
- Domjan, M. (2010). *Principios de aprendizaje y conducta*. México D.F: Wadsworth Cengage Learning.
- Dueñas, G. (2011). Cuestionando prácticas profesionales desubjetivantes en salud y educación. En L. Benasayag, y G. Dueñas (Ed.), *Invenición de enfermedades. Traiciones a la salud y a la educación. La medicalización de la vida contemporánea* (pp.145-166). Buenos Aires, Argentina. Noveduc libros.
- Durán, N., Restrepo, D., Salazar, C., Sierra, A. y Schnitter, M. (2007). Historia paralela de la psicología clínica: un rastreo teórico-histórico. *Informes psicológicos*, 9(1), 135-146.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 1(1), 181-204. Recuperado de http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/33420429/TCC7.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1486572489&Signature=OpATpHj%2BvdKqG32Hl5pLTf%2BnlgQ%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DEficacia_de_las_terapias_Psicologicas.pdf
- Echeburúa, E., Salaberría, K., Corral, P. y Polo, R. (2010). Terapias psicológicas basadas en la evidencia: limitaciones y retos del futuro. *Revista argentina de clínica psicológica*, 19(1), 247-256. Recuperado de <http://www.ehu.eus/echeburua/pdfs/Echebur%C3%BAa%20Revista%20Argentina.pdf>
- Evans, D. (1996). *Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano*. Buenos Aires: Paidós.
- Fajardo, F. y Hernández, L. (2008). Tratamiento cognitivo-conductual de la conducta agresiva infantil. *Revista mexicana de análisis de la conducta*, 34(2), 369-387.

- Fariz, M., Mías, C. y Borges, C. (2004). Comportamiento agresivo y terapia cognitivo conductual en la infancia. En V. Caballo. Simón, M. (Ed.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos específicos* (pp. 57-75). España: Ediciones Pirámide.
- Fernández, M. y Fernández, A. (2012). Problemas de comportamiento y competencias psicosociales en niños y adolescentes institucionalizados. *Universitas Psychological*, 12(3), 797-810.
- Fernández, A. y Muñoz, L. (2005). Evaluación de los trastornos por déficit de atención y del comportamiento perturbador. En V. Caballo. (Ed.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad* (pp. 77-96). España, Ediciones Pirámide.
- Flesler, A. (2007). *El niño en el análisis y el lugar de los padres*. Buenos Aires: Paidós.
- Flesler, A. (2011). *El niño en análisis y las intervenciones del analista*. Buenos Aires: Paidós.
- Foucault, M. (1970). *La arqueología del saber*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (1971). Verdad y poder. Entrevista con M. Fontana. *L'Arc* 70(1) 16-26. Recuperado de <http://metodos-comunicacion.sociales.uba.ar/files/2014/04/Foucault-Verdad-y-poder.pdf>
- Foucault, M. (1994). La investigación científica y la psicología. En D. Deleuze. F. Ewald. *Dits et écrits*. París: Gallimard 137-158. Recuperado de <http://psicologiacultural.org/Pdfs/Traducciones/La%20investigacion%20cientifica%20y%20la%20psicologia.pdf>
- Foucault, M. (2003). *El poder psiquiátrico. Cursos en el Collège de France 1973-1974*. Buenos Aires: Fondo de cultura económica.
- Foucault, M. (2008). *El nacimiento de la biopolítica. Curso del Collège de France (1978-1979)*. España: Ediciones AKAL.
- Foucault, M. (2009). *Vigilar y castigar: el nacimiento de la prisión*. México: Siglo XXI Editores.

- Foucault, M. (2012). *El nacimiento de la clínica*. México: Siglo XXI Editores.
- Fraser, H. (Julio a agosto, 2006). The baby business. *Harvard Magazine*. Recuperado de <http://harvardmag.com/pdf/2006/07-pdfs/0706-11.pdf>
- Freud, S. (1905). Tres ensayos de teoría sexual. En J. L. Etcheverry (Traduc.). *Obras completas: Sigmund Freud Vol. 7* (p.110-222). Buenos Aires: Amorrortu editores
- Freud, S. (1908). Sobre las teorías sexuales infantiles. En J. L. Etcheverry (Traduc.). *Obras completas: Sigmund Freud Vol. 9* (p.183-203). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1909). Análisis de la fobia de un niño de cinco años. En J. L. Etcheverry (Traduc.). *Obras completas: Sigmund Freud Vol. 10* (p.1-118). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1915). Pulsión y destinos de pulsión. En J. L. Etcheverry (Traduc.). *Obras completas: Sigmund Freud Vol. 14* (p.105-135). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1920). Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina. En J. L. Etcheverry (Traduc.). *Obras completas: Sigmund Freud Vol. 18* (p.137-164). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Freud, S. (1923). Dos artículos de enciclopedia: <<psicoanálisis>> y <<Teoría de la libido>>. En J. L. Etcheverry (Traduc.). *Obras completas: Sigmund Freud Vol. 18* (p.227-250). Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Gallo, H. (2012). Del método y la investigación psicoanalítica. En H. Gallo y M. Ramírez, *El psicoanálisis y la investigación en la universidad* (pp. 78-103). Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Gaudiano, B. (2008). Cognitive-behavioral therapies: achievements and challenges. *Evidence based mental health*, 11(1), 5-7.
- Gigerenzer, G. y Goldstein, D. (1996). Mind as a computer: birth of a metaphor. *Creativity research journal*, 9(2), 131-144.

Giménez, M. y Mariscal, S. (2008). *Psicología del desarrollo. Desde el nacimiento a la primera infancia*.

Madrid: McGraw Hill.

Gómez, J. y Blanco, J. (2005) Los niños en la publicidad. Una propuesta de categorización de las representaciones sociales sobre la infancia en los anuncios televisivos. *Zer*, 19(1), 53-76.

Recuperado de <http://www.ehu.eus/zer/hemeroteca/pdfs/zer19-03-gomez.pdf>

González, F. (2007). *Instrumentos de evaluación psicológica*. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas.

Recuperado de http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/en/Acervo_files/InstrumentosEvaluacionPsicologica.pdf

Graña, J. (2005). Formulación de casos en psicología clínica. En V. Caballo. (Ed.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad* (pp. 99-120). España, Ediciones Pirámide.

Grossman, L. y Walfish, S. (2014). *Translating psychological research into practice*. New York: Springer publishing Company.

Haynes, S. (2005). La formulación clínica conductual de caso: pasos para la elaboración del análisis funcional. En V. Caballo. (Ed.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad* (pp. 77-96). España, Ediciones Pirámide.

Haynes, S. y Virués, J. (2005). Functional analysis in behavior therapy: Behavioral foundations and clinical application. *International journal of clinical and health psychology*, 5(3), 567-587.

Health and Social Care Information Centre. (2015). *Psychological therapies: anual report on the use of IAPT services*. United Kingdom. Recuperado de <http://content.digital.nhs.uk/catalogue/PUB19098/psyc-ther-ann-rep-2014-15.pdf>

- Heisenberg, W. (1975). *La imagen de la naturaleza en la física actual*. Buenos Aires: Epulibre.
- Recuperado de http://mimosa.pntic.mec.es/~sferna18/EJERCICIOS/2013-14/La_imagen_de_la_naturaleza_en_la_fisica_actual-Werner_Heisenberg.pdf
- Hernández, N. (2007). *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud*. Buenos Aires: Libros en red.
- Hoffman, S., Sawyer, A. y Fang, A. (2010). The empirical status of the “New wave” of CBT. *Psychiatric Clinics of North America*, 33(3), 701-710.
- Humanium. (2013). *Declaración de los Derechos del Niño*. Recuperado de <http://www.humanium.org/es/wp-content/uploads/2013/09/Declaraci%C3%B3n-de-los-Derechos-del-Ni%C3%B1o1.pdf>
- Huxley, A. (1978). *Un mundo feliz*. Recuperado de <http://www.formarse.com.ar/libros/Libros-recomendados-pdf/Un%20mundo%20feliz-Aldous%20Huxley.pdf>
- Jongsma, A., Peterson, L. & McInnis, W. (2014). *The child and adolescent psychotherapy. Treatment planner*. New York: JOHN WILEY & SONS INC.
- Knapp, P. & Beck, A. (2008). Cognitive therapy: foundations, conceptual models, applications and research. *Revista brasileña de psiquiatría*, 30(2), 54-64.
- Kearny, R., Pawlukewicz, J. & Guardino, M. (2014). Children with anxiety disorders: use of a cognitive behavioral therapy model within a social milieu. *Journal of research in childhood education*, 28(1), 69-68.
- Kyronlampi, T. Maatta, K. (2011). Using children as research subjects: How to interview a child aged 5 to 7 years. *Educational research and reviews*, 6(1), 87-93. Recuperado de <http://www.academicjournals.org/journal/ERR/article-full-text-pdf/424BFD44388>

- Lacan, J. (1957). *Las claves del psicoanálisis*. Recuperado de <http://nel-medellin.org/lacan-jacques-las-claves-del-psicoanalisis/>
- Lacan, J. (1971). La instancia de la letra en el inconsciente o la razón desde Freud. En J. Lacan. *Escritos I* (pp. 461-509). Madrid: Siglo XXI editores.
- Lacan, J. (1999). *Las formaciones del inconsciente. Seminario 5*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2001) Discurso en la O.R.T.F. En J. Lacan. *Otros escritos* (pp.239-247). Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2001) Nota sobre el niño. En J. Lacan. *Otros escritos* (pp.393-395). Buenos Aires: Paidós.
- Laurent, E. (2012). El psicoanálisis y la crisis del control de la infancia. *Intersecciones PSI*, 15(1), 2-8.
 Recuperado de http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=157:el-psicoanalisis-y-la-crisis-del-control-de-la-infancia&catid=15:actualidad&Itemid=25
- Ley 115 de 1994. El congreso de la República de Colombia. Bogotá, Colombia, 8 de febrero de 1994.
 Recuperado de http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-85906_archivo_pdf.pdf
- Luiselli, J. (2004). Características clínicas y tratamiento del trastorno desafiante por oposición. En V. Caballo. Simón, M. (Ed.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos específicos* (pp. 39-55). España: Ediciones Pirámide.
- McReynolds, P. (1987). Lightner Witmer. Little known founder of clinical psychology. *American Psychologist*, 42 (9), 849-858.
- Mendoza, N. (2016). *La terapia cognitivo comportamental en la psicología clínica contemporánea: del espejismo terapéutico a la práctica disciplinar* (Tesis de pregrado). Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia.

- Méndez, C. Palacio, P. Sahagún, A. Hermosillo, A. (2015). Conductas de autorregulación infantil ante dos tareas. *Investigación y práctica en psicología del desarrollo 1* (1) 55-60. Recuperado de <http://revistas.psico-ags.net/index.php/ippd/article/view/3>
- Mensh, I. (1971) *Psicología clínica*. Buenos Aires: Paidós.
- Merani, A. (1976). *Historia crítica de la psicología*. México D.F: Ediciones Grijalbo.
- Miller, J. (1984). Elementos de epistemología. En J. Miller, *Recorrido de Lacan* (pp. 41-58). Buenos Aires: Manantial.
- Miller, J. (1991). Patología de la ética. En J. Miller. *Lógicas de la vida amorosa* (pp.63-89). Buenos Aires: Manantial.
- Miller, J. (2001). ¿Cómo se inventan conceptos en psicoanálisis?. *Virtualia. Revista digital de la Escuela de la Orientación Lacaniana*, 3(1), 2-8.
- Miller, J. (2002). *De la naturaleza de los semblantes*. Buenos Aires: Ediciones Paidós.
- Miller, J. (2008). *Cosas de finura en psicoanálisis VI. Curso del 17 de diciembre de 2008*. Recuperado de <http://www.wapol.org/es/orientacion/TemplateImpresion.asp?intPublicacion=13&intEdicion=5&intIdiomaPublicacion=1&intArticulo=1739&intIdiomaArticulo=1>
- Ministerio de Educación de la República de Colombia. (2012). *Propuesta de lineamientos para la formación por competencias en educación superior*. Recuperado de http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-261332_archivo_pdf_lineamientos.pdf
- Ministerio de salud de la República de Colombia (s.f.). *Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/6Deteccion%20alteraciones%20del%20crecimiento.pdf>

- Monjas, I. y Caballo, E. (2007). Psicopatología y tratamiento de la timidez en la infancia. En E. Caballo, M. Simón. (Ed.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente* (pp.271-283). España, Ediciones Pirámide.
- Mora, H. (2004). *Criterios de validez y triangulación en la investigación social cualitativa*. Universidad Católica de Temuco. Recuperado de https://www.academia.edu/1099259/Validez_y_triangulaci%C3%B3n_en_investigaci%C3%B3n_cualitativa
- Morales, R. (2011). *Poder, subjetividad y psicoterapia: alcances y consideraciones desde la analítica foucaultiana hacia una política de la resistencia* (Tesis de maestría). Universidad de Chile, Santiago de Chile. Recuperado de http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2011/fi-morales_r/html/index-frames.html
- Moreno, I. (2002). *Terapia de conducta en la infancia. Guía de intervención*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Moreno, J. y Utria, E. (2011) Caracterización de los programas de tratamiento cognitivo-conductual para el manejo de problemas de comportamiento en niños y adolescentes reaizados en Bogotá entre 2002 y 2008. *Psicología desde el Caribe*, 28(1), 39-76.
- Muñoz, C. y Pachón, X. (1988) *Historia social de la infancia: Bogotá 1900-1989*. Bogotá: Fundación para la promoción de la investigación y la tecnología.
- Muñoz, M. (2005). Las habilidades del terapeuta infantil. En V. Caballo. (Ed.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad* (pp.135-148). España, Ediciones Pirámide.
- Namakforoosh, M. (1995) *Metodología de la investigación*. México: Limusa.
- Núñez, V. (2003). Entre la tecnociencia y el tecnopoder. *Pedagogía social Revista Universitaria*, 10(2), 111-122.

- Oleaga, M. (2015). Hoy el padre no sabe, pero las TCC sí. *El psicoanalítico* 21(1). Recuperado de <http://www.elpsicoanalitico.com.ar/num21/sociedad-oleaga-padre-no-sabe-TCC-si-primera-parte-epoca-malestar-ninos-familias.php>
- Olivares, J., Méndez, F. y Maciá, D. (2003). *Tratamientos conductuales en la infancia y la adolescencia*. España: Ediciones Pirámide.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf
- Pallier, C. (2007). Critical periods in language acquisition and language attrition. *Lenguaje attrition: Theoretical perspectives*, 33(1), 155-168.
- Papalia, D., Wendkos, S. y Duskin, R. (2009) *Desarrollo humano*. México: Mc Graw Hill.
- Pasternac, M. (1982). Introducción al problema de los métodos en psicología. En N. Braunstein, M. Pasternac, G. Benedito y F. Saal. *Psicología, ideología y ciencia* (pp. 107-127). Buenos Aires, Siglo XXI editores.
- Pérez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé*, 5(2), 159-172.
- Peusner, P. (2006). *Fundamentos de la clínica psicoanalítica lacaniana con niños. De la interpretación a la transferencia*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Polaino, A. (1988). *Las depresiones infantiles*. Madrid: Ediciones Morata.
- Ramírez, M. (2012). El principio de la investigación en psicoanálisis. En H. Gallo, y M. Ramírez, *El psicoanálisis y la investigación en la universidad* (pp. 57-77). Buenos Aires: Grama Ediciones.
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española* (22.aed.). Consultado en <http://www.rae.es/rae.html>

- Reeves, C. y Gross, A. (2005). La entrevista conductual con niños. En V. Caballo. (2005). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad* (pp. 63-73). España, Ediciones Pirámide.
- Rousseau, J. (1973). *Emilio o de la educación*. Barcelona: Editorial Fontanella. (original publicado en 1762)
- Routh, D. (1996). Lightner Witmer and the first 100 years of clinical psychology. *American Psychologist*, 51 (3), 244-247.
- Rutherford, A. (2003) B.F. Skinner's technology of behavior in american life. From consumer culture to counterculture. *Journal of history of the behavioral sciences*, 39 (1), 1-23.
- Sackett, DL., Rosenberg, WM., Gray, JA., Haynes, RB. & Richardson, WS. (1996) *Evidence based medicine: what it is and what it isn't*. BMJ Magazine. Recuperado de <http://portal.guiasalud.es/web/guest/mbe#2bib>
- Samernoff, A. (2005). *Resiliencia temprana y sus consecuencias en el desarrollo*. Recuperado de <http://www.encyclopedia-infantes.com/sites/default/files/textes-experts/es/2349/resiliencia-temprana-y-sus-consecuencias-en-el-desarrollo.pdf>
- Santrock, J. (2007). *Desarrollo infantil*. México: Mc Graw Hill.
- Saussure, F. (1945). *Curso de lingüística general*. Buenos Aires: Editorial Losada S.A. Recuperado de http://fba.unlp.edu.ar/lenguajemm/?wpfb_dl=59
- Servera, M. (2008). *Intervención en los trastornos del comportamiento infantil. Una perspectiva conductual de sistemas*. Madrid: Pirámide.
- Skinner, B. (1977). Why I am not a cognitive psychologist. *Behaviorism*, 5(2), 1-10.
- Skinner, B. (1975). *Sobre el conductismo*. Barcelona: Fontannella.
- Skinner, B. (1972). *Ciencia y conducta humana: una psicología científica*. Barcelona: Fontannella.

- Smith, E. (2001). *Cognitive Psychology: mind and brain*. Columbia: Pearson.
- Soler, C. (2015). *Lo que queda de la infancia*. Medellín: Asociación foro del campo lacaniano de Medellín.
- Stallard, P. (2007). *Pensar bien, sentirse bien. Manual práctico de terapia cognitivo-conductual para niños y adolescentes*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwe, S.A.
- Szigethy, E., Weisz, J. & Findling, R. (2012). *Cognitive-Behavior Therapy for children and adolescents*. London: American Psychiatric Publishing.
- Terzagui, M. (2011). Diagnósticos en la infancia: entre médicos y maestros. El fenómeno de la patologización y medicalización de la infancia. En L. Benasayag y G. Dueñas (Ed.), *Invencción de enfermedades. Traiciones a la salud y la educación* (pp.105-121). Buenos Aires: Noveduc.
- UNICEF. (2006). *Convención sobre los derechos del niño*. Recuperado de <http://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>
- Universidad Autónoma de Madrid. (UAM). (2015). *Guía de intervención clínica infantil*. Recuperado de http://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/guia_infantil.pdf
- Van Strien, P. (1998). Early applied psychology between essentialism and pragmatism. *History of psychology*, 1(3), 205-234.
- Vergara, A. y Bustos, J. (2003). *Esa oscura vida radiante: Juventud, Infancia y Nuevas identidades culturales*. Santiago de Chile: Escaparate
- Vergara, A., Peña, M., Chávez, P. y Vergara, E. (2015). Los niños como sujetos sociales: el aporte de los Nuevos estudios sociales de la infancia y el análisis crítico del discurso. *Psicoperspectivas individuo y sociedad*, 14(1), 55-65. Recuperado de <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/544/408>

- Villar, I. (2007). El tratamiento cognitivo en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): revisión y nuevas aportaciones. *Anuario de psicología clínica y de la salud*, 3 (1), 19-30.
- Villazón, M y Cerezo, M. (1992). Métodos estadísticos aplicados a la investigación psicológica. *Revista cubana de psicología*, 9 (2), 65-71.
- Wajcman, G. (2011). *El ojo absoluto*. Buenos Aires: Manantial.
- Watson, J. (1913). *La psicología tal como la ve el conductista*. Recuperado de <https://saberespsi.files.wordpress.com/2016/09/watson-la-psicologc3ada-tal-como-la-ve-el-conductista.pdf>
- Wakefield, J. (1998). A brief history of textbooks: where have we been all these years?. University of North Alabama. Recuperado de: <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED419246.pdf>
- Weinrach, S. (1980). Cognitive therapist: a dialogue with Aaron Beck. *Journal of counseling and development*, 67(1), 159-164.
- Wolpe, J. (1961). The systematic desensitization treatment of neuroses. *Journal of nervous & mental disease*, 132(3), 189-203.