

Bertini, Delfina

**Manifestaciones clínicas del mundo
interno del niño/a a través del juego
en el área de consultorios externos
de un hospital pediátrico polivalente
en la Ciudad de Córdoba**

**Tesis para la obtención del título de grado de
Licenciada en Psicología**

Directora: Rubio, Cecilia

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.



[Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional.](#)



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CÓRDOBA**

Universidad Jesuita

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Licenciatura en Psicología

Trabajo Integrador Final

**MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL MUNDO INTERNO DEL NIÑO/A A
TRAVÉS DEL JUEGO EN EL ÁREA DE CONSULTORIOS EXTERNOS DE UN
HOSPITAL PEDIÁTRICO POLIVALENTE EN LA CIUDAD DE CÓRDOBA**

Bertini, Delfina

2024

**MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL MUNDO INTERNO DEL NIÑO/A A
TRAVÉS DEL JUEGO EN EL ÁREA DE CONSULTORIOS EXTERNOS DE UN
HOSPITAL PEDIÁTRICO POLIVALENTE EN LA CIUDAD DE CÓRDOBA**



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CÓRDOBA**

Universidad Jesuita

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Licenciatura en Psicología

Trabajo Integrador Final

Sistematización de Prácticas

**MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL MUNDO INTERNO DEL NIÑO/A A
TRAVÉS DEL JUEGO EN EL ÁREA DE CONSULTORIOS EXTERNOS DE UN
HOSPITAL PEDIÁTRICO POLIVALENTE DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA**

Alumna: Bertini, Delfina – 1914018

Directora: Lic. Rubio, Cecilia

2024

AGRADECIMIENTOS

A Ismael y Analía, mis padres, quienes con su amor y sacrificio hicieron posible este hermoso camino.

A Emilio y Enzo, mis hermanos, quienes siempre confiaron en mí y me llenaron de fuerza.

A Camila, mi hermana de corazón, quien siempre me acompañó y potenció con su apoyo incondicional.

A Tomás, mi compañero de vida, quien siempre me brindó escucha, paciencia y amor.

A mis abuelos, Eva, Enrique y Amanda, por el cariño brindado incondicionalmente.

A mis amigas, de la vida y de la facultad, quienes con su amistad hicieron de este camino un paisaje con momentos inolvidables.

A la Universidad Católica de Córdoba, por permitirme estudiar la carrera de mis sueños y crecer como persona.

Al Hospital Infantil Municipal, institución que me aportó grandes conocimientos y profundizó mi amor hacia los niños y niñas.

A la Lic. Cecilia Rubio, quien dirigió este trabajo con dedicación y profesionalismo admirables.

Y a mí misma, por mi esfuerzo, dedicación y amor por la psicología.

¡Gracias!

Delfi.

ÍNDICE GENERAL

1. INTRODUCCIÓN	5
2. CONTEXTO DE PRÁCTICA	8
2.1 HITOS DESTACADOS: LA HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN CONSTANTE TRANSFORMACIÓN	9
2.2 PSICOLOGÍA CLÍNICA CONTEMPORÁNEA: DEFINICIÓN Y ESPECIFICIDADES	11
2.3 EL PSICÓLOGO CLÍNICO EN POBLACIÓN INFANTO JUVENIL: ROL HOSPITALARIO	13
2.4 RESPONSABILIDADES DEL PSICÓLOGO CLÍNICO: ÉTICA Y NORMATIVAS LEGALES	15
3. CONTEXTO INSTITUCIONAL	17
3.1 BREVE RECORRIDO HISTÓRICO DE LA INSTITUCIÓN	18
3.2 OBJETIVOS DE LA INSTITUCIÓN	19
3.3 CONTEXTUALIZACIÓN DEL SERVICIO	20
3.3.1 Consultorio externo	20
3.3.2 Internado	20
3.3.3 Participación	20

3.4 ACTIVIDADES	22
3.4.1 Escuela hospitalaria	22
3.4.2 Voluntarios	22
3.4.3 Ludoteca	22
3.4.4 Asociación Hospital Infantil	23
3.5 ORGANIGRAMA	24
3.5.1 Organigrama Salud Mental	25
4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN	26
5. OBJETIVOS	28
5.1 OBJETIVO GENERAL	29
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
6. PERSPECTIVA TEÓRICA	30
6.1 EL JUEGO	31
6.1.1 Definición de juego	31
6.1.2 Aportes al juego desde el psicoanálisis	31
6.1.3 El Rol del psicólogo en el juego del niño/a	35
6.1.4 Inhibiciones en el juego del niño/a	37
6.1.5 El lugar del juego en el desarrollo evolutivo	40
6.1.6 La importancia del juego simbólico	44

6.2 ¿QUÉ ES UNA HERRAMIENTA TERAPÉUTICA?	46
6.2.1 El juego como la herramienta terapéutica por excelencia en el niño/a.	46
6.3 SUJETO Y SUBJETIVIDAD	47
6.3.1 El camino a la subjetivación	48
6.4 DE LA INFANCIA A LA ADOLESCENCIA: REESTRUCTURACIÓN Y TRABAJO PSÍQUICO	50
6.5 MECANISMOS DE DEFENSA EN LA INFANCIA	52
6.5.1 Proyección: mecanismo predominante en el juego	53
6.6 ELABORACIÓN DE LO TRAUMÁTICO	55
6.6.1 Lo Traumático	55
6.6.2 El juego como herramienta para la elaboración de lo traumático	56
7. MODALIDAD DE TRABAJO	57
7.1 CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS	58
7.2 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	59
7.3 IMPLICACIONES ÉTICAS	60
8. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA	61
8.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO	62
8.2 ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA	67
8.2.1 Manifestaciones clínicas del mundo interno a través del juego	67

8.2.2 El psicólogo infantil en el Hospital público: Características del rol	73
8.2.3 Desafíos Del Psicólogo Ante Las Imposibilidades De Jugar	77
9. CONSIDERACIONES FINALES	82
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86
11. ANEXO	94
11. 1 DATOS SIGNIFICATIVOS DE LOS CASOS CLÍNICOS SELECCIONADOS	95
11.1. 1 Caso 1: Nadia	95
11.1. 2 Caso 2: Emilia	96
11.1.3 Caso 3: Ezequiel	97
11.1.4 Caso 4: Josefina	98
11.1.5 Caso 5: Tomás	99

ÍNDICE DE SIGLAS

- APA:** American Psychological Association.
- CUD:** Certificado Único de Discapacidad.
- EFPA:** Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos.
- FePRA:** Federación de Psicólogos de la República Argentina.
- SeNAF:** Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia.
- SPD:** Servicio de Protección de Derechos.
- HTP:** Técnica de dibujo proyectivo Casa-Árbol-Persona.

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se enmarca en las Prácticas Pre Profesionales, llevadas a cabo en el Hospital Infantil Municipal durante el periodo comprendido entre abril-noviembre del año 2023 en la Ciudad de Córdoba. El mismo corresponde al Trabajo Integrador Final de la carrera de Licenciatura en Psicología de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica de Córdoba.

Como eje de sistematización de experiencia se plantea: *“Manifestaciones clínicas del mundo interno del niño/a a través del juego en el área de consultorios externos de un hospital pediátrico polivalente de la Ciudad de Córdoba”* con el objetivo general de analizar aquellas manifestaciones observadas en el juego de pacientes previamente seleccionados.

En lo que concierne al desarrollo teórico, en primer término, se enfatiza la importancia de la Psicología Clínica a lo largo de la historia, a través de un recorrido por hitos significativos, que posibilitarán comprender los orígenes y los aportes que han influido en la actualidad. Se enfatiza en la importancia del entorno social y cultural, como así también en la reflexión sobre la salud y la generación de conocimiento en el proceso.

A su vez, se aborda el rol del psicólogo clínico con un enfoque en la población infanto-juvenil, haciendo hincapié en el dinamismo y flexibilidad, lo que permite adaptarse a la singularidad de cada niño/a o adolescente, considerando tanto aspectos emocionales como del entorno social. Además, se profundizan las especificidades de la labor del psicólogo clínico en el contexto hospitalario, donde desempeña un rol esencial al brindar apoyo terapéutico, al participar activamente en equipos interdisciplinarios y al respetar ciertos límites que se presentan dentro del ámbito laboral.

Teniendo en cuenta que el psicólogo clínico asume una serie de responsabilidades éticas y legales, se destaca la relevancia de las mismas en la preservación del bienestar de los usuarios del servicio de salud mental ya que estas normativas no solo regulan la práctica profesional, sino que también promueven la reflexión acerca de cada caso individual. A su vez, se enfatiza en la importancia de la formación continua debido a que algunas normativas, cuadros psicopatológicos y clasificaciones diagnósticas pueden experimentar modificaciones con el paso del tiempo.

Asimismo, se presenta información que acontece al Contexto Institucional de la práctica pre profesional supervisada. Esta institución es un Hospital Público Polivalente, lo cual implica una atención médica integral, llevando a cabo una serie de acciones que abarcan

desde la promoción de la salud en la comunidad hasta el diagnóstico temprano y tratamiento adecuado. A su vez, los profesionales que allí desempeñan su labor se centran en la recuperación del niño/a tanto en sus aspectos físicos como también psicológicos y sociales. También se desarrollan las actividades que implementa, en diversas áreas, el servicio de Salud Mental comprendiendo así la participación interdisciplinaria y la importancia del enfoque integral.

En consiguiente, se desarrolla la perspectiva teórica pertinente al eje de sistematización. Se presenta un recorrido sobre la importancia del juego en la infancia y en la etapa pre adolescente. Asimismo, se destacan desarrollos teóricos que, a lo largo de la historia, han otorgado grandes aportes al rol del psicólogo infantil. Se enfatiza en la importancia del quehacer profesional ante las dificultades de jugar, y se desarrollan las manifestaciones clínicas que suelen observarse en el consultorio psicológico.

Por otra parte, se lleva a cabo una revisión de la práctica, permitiendo una reflexión del proceso experimentado a raíz de lo documentado en los registros diarios que posibilitó organizar la información para realizar el trabajo presente. Seguidamente se desarrollan los objetivos específicos planteados con la finalidad de realizar un análisis de la práctica.

Finalmente, se presentan reflexiones conclusivas.

2. CONTEXTO DE PRÁCTICA

2.1 HITOS DESTACADOS: LA HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN CONSTANTE TRANSFORMACIÓN

Tomando como referencia los aportes de la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (2003), a continuación se mencionan algunos hitos de la historia de la Psicología Clínica.

Lighner Witmer, en 1896, fue quien utilizó por primera vez el término “Psicología Clínica” al fundar la primera clínica en la Universidad de Pennsylvania. Este hito se considera de suma importancia ya que posibilitó definir el papel del psicólogo -el cual en ese momento era caracterizado como científico- y desarrollar el Método Clínico. En sus comienzos, “La clínica de Witmer empezó por ofrecer tratamiento para deficiencias del desarrollo infantil sobre la base terapéutica de un re-aprendizaje” (EFPA, 2003, p.4).

Otro hito histórico relevante, se sitúa en el año 1896 cuando Sigmund Freud denominó “Psicoanálisis” a su método clínico. Este enfoque propuesto, trajo aparejada una nueva mirada, consecuente de la ruptura de la neuropatología que predominaba en la Psicología Clínica.

En el comienzo del siglo XX comenzaron a surgir pruebas para medir la inteligencia, las cuales conllevaron innovaciones psicodiagnósticas que subrayaron la importancia de la “[...] función del psicólogo clínico en la construcción de pruebas de medición psicológica y en su aplicación al psicodiagnóstico” (EFPA, 2003, p.4).

Los años transcurrían y la Psicología Clínica cada vez se nutría de más conocimientos. En 1913, J. B. Watson presentó el conductismo, lo cual posibilitó el importante desarrollo de la Psicología del Aprendizaje. Paralelamente, el psicoanálisis de Freud también se iba sustentando con nuevos aportes. Cabe destacar que en 1927 Freud defiende la separación del psicoanálisis de la medicina y psiquiatría, dejando en claro que el psicoanálisis pertenece a la Psicología.

Es así como en la década de 1930 el psicólogo clínico se encontraba desempeñando funciones psicodiagnósticas de índole tradicional y funciones terapéuticas. Hacia fines de la década, comienzan a surgir formaciones académicas de postgrado y comenzó a hacerse notar el crecimiento de la Sección de Psicología Clínica de la American Psychological Association.

Continuando con un recorrido histórico, en 1945, Estados Unidos reconoció mediante certificación legal la Especialidad de Psicología Clínica. Cabe destacar que este hito se enmarca en la finalización de la Segunda Guerra Mundial - cuando el retorno de los veteranos de la guerra desbordó las condiciones clínicas al uso-. Debido al problema social que acontecía, se vieron en la necesidad de habilitar un sistema de formación en Psicología Clínica, con requisitos avalados por la APA e instituciones estatales, en donde la formación se focalizaba en la investigación científica, la evaluación psicodiagnóstica y el tratamiento psicoterapéutico -denominado la “santa trinidad” de la psicología Clínica-. Este hecho posibilitó la promulgación del Código Ético para los Psicólogos Clínicos por parte de la APA.

“A partir de los años cincuenta, la Psicología Clínica consolida su estatuto tanto profesional como científico, amplía su horizonte y alcanza reconocimiento social según se aprecia en la demanda y satisfacción por sus prestaciones” (EFPA, 2003, p.5). Así es cómo comenzaron a desarrollarse nuevos sistemas psicoterapéuticos, aparte de las psicoterapias clásicas, como lo son: terapia cognitiva, terapia de la conducta, terapia de pareja, terapia de familia, entre otras.

Gracias al desarrollo científico de la Psicología y debido a las demandas sociales que acontecían -relacionados a las formas de vida y a las características de la sociedad actual-, surgió la necesidad de demostrar la eficacia de la terapia psicológica, lo cual se logró gracias a diversas investigaciones sistematizadas. Este hito trae aparejada la eficacia terapéutica de los tratamientos psicológicos posibilitando la consolidación y expansión de la terapia psicológica. A su vez, permitió comprender los trastornos psicológicos y elaborar tratamientos adecuados.

De acuerdo a lo planteado, se puede dilucidar que “la psicología clínica, como ya hemos indicado, tiene un origen relativamente reciente y su desarrollo está lleno de conflictos y de inquietudes sobre su identidad” (Buendía, 1999, p. 19). Esta logra establecerse como un campo específico a raíz de muchos años de desarrollo y evolución. A su vez, la historia de la misma se caracteriza por una apertura a recibir novedosos y múltiples avances, permitiendo así que se vaya transformando en su devenir.

2.2 PSICOLOGÍA CLÍNICA CONTEMPORÁNEA: DEFINICIÓN Y ESPECIFICIDADES

La Psicología Clínica en la actualidad se define como: “[...] una disciplina científico-profesional con historia e identidad propia y cuyos objetivos son la evaluación y diagnóstico, tratamiento e investigación en el ámbito de los trastornos psicológicos o mentales” (EFPA, 2003,p.1). Lagache (1945), por su parte, menciona que se trata de un enfoque clínico que aborda todos los aspectos del comportamiento humano, ya sea adaptativo o desadaptativo.

Esta disciplina se aborda desde diversas áreas, como lo son: Hospitales Generales, Psiquiátricos, Centros de Salud, Clínicas, Consultorios, y otras Organizaciones e Instituciones Públicas o Privadas. Para su desarrollo es importante tener en cuenta, tomando lo planteado por García Barthe (1997), tres grandes ejes: la formación, la ética y la intervención.

Por un lado, la formación alude a la capacitación continua y al abordaje psicológico personal como clave para desarrollar la profesión de la manera más adecuada. Rescatando las palabras de Escobedo (2008): “La psicología clínica es un campo en constante transformación disciplinaria y profesional que requiere de reflexión, actualización y renovación constantes” (p.1). Tomando a Janin (2012) “La herramienta principal que utilizamos es nuestro propio psiquismo, y esto implica que la formación teórica es fundamental, que sin teoría no podemos trabajar, pero que la teoría debe haber sido “digerida”, haber pasado por uno mismo” (p.50).

En la misma línea, en el ejercicio como profesionales de la salud mental, se destaca la importancia de la ética como un principio rector fundamental. Se refiere al reconocimiento y comprensión de la complejidad que subyacen los abordajes y las intervenciones psicológicas, esto es, considerar aquellos límites que se presentan en la labor del psicólogo. Asimismo, se marca la necesidad del psicólogo de trabajar en equipo, esto es, de manera interdisciplinaria: “El psicólogo debe aprender a trabajar de manera cooperativa y multidisciplinaria” (Escobedo, 2008, p.10).

Siguiendo lo desarrollado, se puede pensar la interdisciplinariedad como parte del rol del psicólogo clínico, ya que posibilita múltiples lecturas y posibles respuestas al conflicto, como así también por parte de cada profesional la necesaria responsabilidad, reflexión y compromiso hacia el paciente, que hacen a una parte de la ética. Siguiendo a Goldenberg, (como se citó en Trimboli, 2019), el trabajo interdisciplinario se basa en la idea indispensable

de comprender al sujeto como una unidad biopsicosocial con un entrecruce de diferentes discursos y saberes.

A su vez, se tiene en consideración, siguiendo los aportes de García Barthe (1997), que, “el lugar de la ética es el de la reflexión sobre la acción. Acción realizada por un sujeto responsable que se hace cargo de sus efectos. En tanto reflexión sobre la praxis, la ética es una praxis en sí misma” (p. 88).

De esta manera, en cada intervención se considerarán aquellas leyes, normas, valores, límites, derechos, concepciones y movilizaciones personales que se presentarán en cada praxis. Cabe destacar los aportes de Lagache (1945) quien menciona que la aplicación práctica no debe limitarse a seguir mecánicamente un manual de instrucciones sino que debe concebirse como una investigación constante, una adaptación continua a lo novedoso y singular del objeto en cuestión, con el objetivo de dirigirse hacia la individualidad y totalidad de la persona involucrada.

Tomando los aportes de Ulloa (2002), el Psicólogo Clínico emplea las leyes generales propias del Método Clínico que se adecua a un determinado campo y finalidad. Este método, según el autor, refiere al quehacer médico y las funciones que se identifican clásicamente en el ámbito institucional, es decir, la psicopatología y la asistencia. Tal método, se caracteriza por su especificidad en la psicología clínica debido a que, según Lagache (1949), marca el carácter de las operaciones con la que el psicólogo enfoca la conducta humana regidas por el principio de unidad y de totalidad del sujeto en situación.

Teniendo presente que “la psicología clínica, constituye un campo heterogéneo de teorías y procedimientos” (Escobedo, 2008, p.1), es imprescindible considerar el contexto en el que se encuentra el paciente, ya que guía cómo trabajar y enfocar el tratamiento, entre otros aspectos relevantes.

Siguiendo con lo planteado podemos destacar lo propuesto por Lopera, et al, 2010, (como se citó en Tisnés, 2011), quienes mencionan que la Psicología Clínica, partiendo desde lo individual, indaga “un sujeto singular (un ser humano), plural (un grupo) o colectivo (una comunidad)”. El sujeto es pensado como participante activo y en constante interacción dentro de su entorno ya que forma parte de él.

A su vez, es importante rescatar que la Psicología Clínica va más allá de ser simplemente un campo de intervención enfocado en la enfermedad. Su enfoque es amplio,

integral y considera aspectos sociales y culturales. Así es como, teniendo en cuenta aportes de Desviat, et al. (2016), es necesario que la práctica reflexione sobre la producción de la salud y, en consecuencia, sobre la generación del conocimiento.

2.3 EL PSICÓLOGO CLÍNICO EN POBLACIÓN INFANTO JUVENIL: ROL HOSPITALARIO

La tradicional perspectiva del psicólogo clínico en la población infanto juvenil aporta un carácter de dinamismo y flexibilidad, esto impide una adherencia estricta al modelo clínico, ya que se requieren cualidades particulares debido a la singularidad de cada niño/a. Esta singularidad no solo proviene de las características personales, sino también de las particularidades del entorno.

A su vez, “Para llevar a cabo sus funciones, el psicólogo clínico precisa conocer, adaptarse y construir progresivamente un lenguaje común con el resto de facultativos y profesionales sanitarios, pero sin perder lo específico de su propia especialidad formativa” (Fuentetaja y Villaverde, 2019).

Los contenidos a abordar en el Hospital suelen estar relacionados a condiciones médicas. Así es como el objetivo de la intervención psicológica es ayudar al niño/a y a sus familiares a realizar ciertos tratamientos médicos para que logren convivir con la enfermedad con el menor costo psíquico posible, como así también acompañar el sufrimiento del niño/a. Cabe destacar que, este objetivo es amplio pero no universal ya que cada paciente y cada familia tiene su singularidad que los caracteriza. El psicólogo debe ejercer su rol en equipo, incluyendo al paciente, al conjunto de médicos, enfermeros, asistentes sociales y el psicólogo y/o psiquiatra ya que, aumenta la eficacia de la intervención (Farberman, 2010).

Así es como, en el entorno hospitalario la vivencia del sufrimiento, tanto a nivel físico como emocional, es una presencia constante. Esta realidad demanda que los diversos profesionales de la salud aborden de manera excepcional en su práctica cotidiana (Fuentetaja y Villaverde, 2019). Teniendo en cuenta que: “La hospitalización es un evento estresante para el niño debido a que confluyen situaciones que generan una alteración emocional y conductual que favorece el que se vivencie como una experiencia negativa” (Quiles, et al, 2007), la psicología debe poder ayudar a los/as niños/as a adaptarse, sobrellevar o beneficiarse

emocionalmente de la experiencia por la cual están atravesando, proporcionando respaldo emocional y terapéutico a pacientes y sus familiares. Es por esto que, “Los niños que padecen enfermedades crónicas, agudas, que requieren intervenciones invasivas o dolorosas por largos períodos, o que atraviesan internaciones prolongadas, suelen requerir atención psicológica o psiquiátrica” (Faberman, 2010, p.25). A su vez, “El aporte del psicólogo no solo debe limitarse a brindarle un soporte emocional durante la hospitalización, sino a ayudarlo a enfrentarse a la hospitalización que, como se mencionó anteriormente, implica un suceso amenazante para el niño” (Velazquez, 2014).

El psicólogo clínico debe realizar las siguientes funciones (Zas, 2011, como se citó en Fuentetaja y Villaverde, 2019, p.8):

- Adquirir habilidades de comunicación y recibir capacitación.
- Familiarizarse con los principios éticos y códigos que rigen la práctica profesional.
- Ser competente en la planificación de intervenciones, el análisis de la situación y la selección de estrategias.
- Reconocer los límites de su intervención.
- Participar en sesiones de supervisión.
- Evaluar los resultados de sus intervenciones para permitir ajustes durante su desarrollo y ser consciente de sus propias actitudes y limitaciones.

No se debe perder de vista que, al igual que en otros entornos, toda intervención psicológica depende del consentimiento y la voluntad de la persona a la que se dirige la intervención. No es posible llevarla a cabo si esa persona no lo desea o no está consciente de ello (Utrilla, 1998, como se citó en Fuentetaja y Villaverde, 2019, p.11).

Así es como, siguiendo a Velásquez (2014), la preparación psicológica de un niño/a que está hospitalizado es un proceso de gran complejidad que involucra la consideración de diversos aspectos en múltiples dimensiones, como la esfera personal, familiar, educativa, recreativa y social del paciente. Esto también implica adaptarse a la enfermedad, el tratamiento y la hospitalización. Este proceso no solo requiere la contribución del psicólogo clínico, sino también la colaboración de un equipo interdisciplinario de profesionales y personal de apoyo que interactúe directamente con el paciente y sus padres.

2.4 RESPONSABILIDADES DEL PSICÓLOGO CLÍNICO: ÉTICA Y NORMATIVAS LEGALES

Las Normativas Legales vigentes y la Ética atraviesan la práctica clínica constantemente, es por esto que el Psicólogo Clínico debe estar informado sobre las mismas ya que permite garantizar la seguridad y el bienestar de sus pacientes. A su vez, permite colaborar de manera efectiva en equipos interdisciplinarios, respetando las regulaciones y contribuyendo a un enfoque integral.

Tomando los aportes rescatados del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba (2011), la ética profesional posee una doble dimensión: por un lado, lo que respecta al Campo Normativo, se conforma por normativas vigentes, leyes, códigos y reglamentos, es decir, pautas que regulan y que sirven como referencia para la práctica profesional, a su vez, refiere a que a pesar de que las normas están para ser cumplidas, es importante reflexionar acerca del caso particular. Esta dimensión implica las siguientes leyes, códigos y resoluciones: Código de Ética del CPPC (1987); Código de Ética de FEPPA (1999); Ley de Ejercicio profesional 7106; Ley de Salud Mental Nacional (26.657) y Provincial (9848); Ley 26529 (PLN) Derechos del Paciente; Ley de Protección Integral De Los Derechos De Las Niñas, Niños Y Adolescentes Nacional N° 26.061; Ley de Promoción y Protección de los Derechos del Niño y Adolescente Provincial N° 9944.

Con respecto a la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, “acentúa el enfoque de Derechos para todos los sujetos con padecimiento mental” (López, 2012). En el primer artículo de la misma se menciona:

La presente ley tiene por objeto asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional, reconocidos en los instrumentos internacionales de derechos humanos, con jerarquía constitucional. (Ley N° 26.657, 2010, art.1)

Por otra parte, se considera de suma importancia hacer mención de la Ley Provincial N° 7106: Disposiciones para el ejercicio de la Psicología, la cual aporta que:

Se considerará ejercicio de la profesión en el área de la Psicología Clínica: la exploración psicológica de la estructura, dinámica y desarrollo de la personalidad, la orientación psicológica para la promoción y prevención del equilibrio de la personalidad, la investigación y formulación de diseños experimentales, el diagnóstico

y tratamiento de los conflictos que con el mismo objetivo requieran el uso de instrumentos y técnicas estrictamente psicológicas. (Ley N° 7106, 1984, art. 3).

En lo que respecta a la Ley N° 26.061: Protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes, se establece que:

Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la atención integral de su salud, a recibir la asistencia médica necesaria y a acceder en igualdad de oportunidades a los servicios y acciones de prevención, promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud. (Ley 26.061, 2005, art. 14)

Tomando en cuenta el Artículo 1 de la misma:

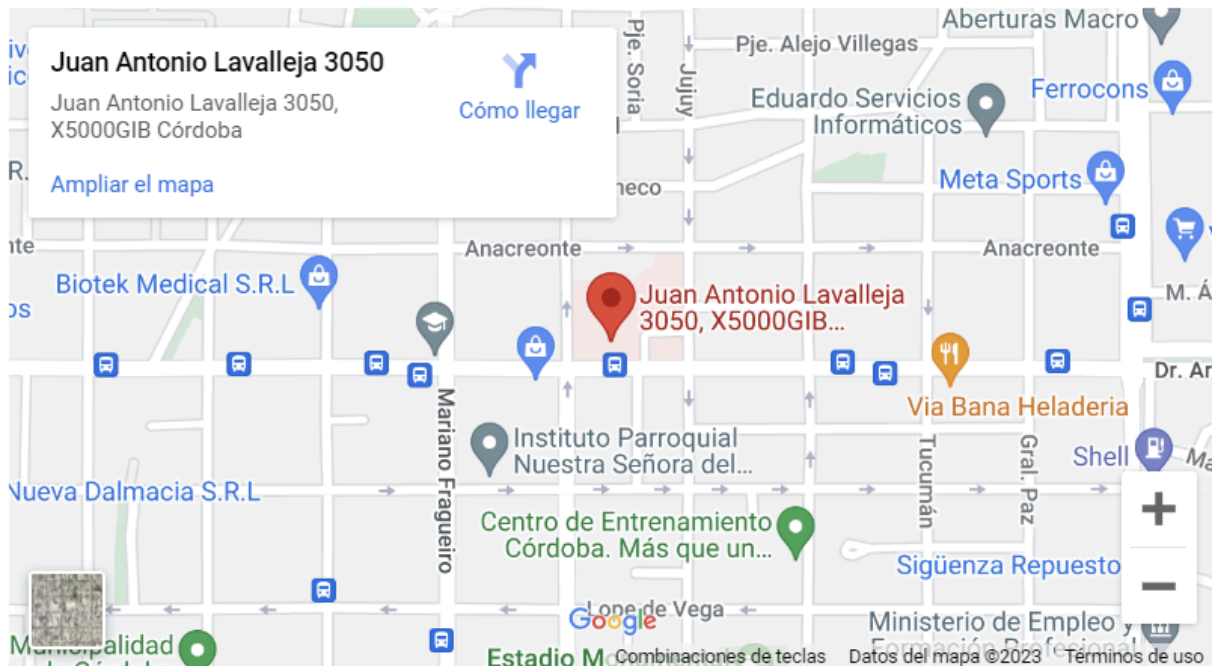
Esta ley tiene por objeto la protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes que se encuentren en el territorio de la República Argentina, para garantizar el ejercicio y disfrute pleno, efectivo y permanente de aquellos reconocidos en el ordenamiento jurídico nacional y en los tratados internacionales en los que la Nación sea parte. (Ley 26.061, 2005, art. 1)

Es importante destacar que las leyes y regulaciones en el campo de la psicología y la salud mental pueden cambiar con el tiempo. Esto conlleva la responsabilidad del profesional de mantenerse actualizado sobre estas normativas.

3. CONTEXTO INSTITUCIONAL

3.1 BREVE RECORRIDO HISTÓRICO DE LA INSTITUCIÓN

El Hospital Infantil Municipal se encuentra ubicado en el barrio Alta Córdoba de la ciudad de Córdoba, sobre la calle Lavalleja al 3050.



Google. (s.f.). [Mapa de Barrio Alta Córdoba, Ciudad de Córdoba, Córdoba, Argentina en Google Maps]. Recuperado el 16 de octubre, 2023, de: <https://maps.app.goo.gl/WPaqHwFbiy39TWVg8>

En lo que respecta a su recorrido histórico el 30 de septiembre de 1968 se fundó como un centro asistencial accesible, y actualmente está bajo la supervisión de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Córdoba.

En los años '60 el clima social favorecía cambios en lo político, económico, educacional, etc. Incluyendo el campo de la salud. En América latina en general, en Argentina y en Córdoba en particular, se inicia un camino transformador a través del trabajo comunitario. El aumento en la demanda y la complejidad creciente del sector hizo necesario la ampliación edilicia del Hospital. Se construye un nuevo edificio colindante al existente. En julio de 1986 se inaugura la nueva sede, sobre una superficie que triplica la anterior, permitiendo un desenvolvimiento más adecuado de las actividades. El Dr. Sixto Gonzales fue uno de los fundadores y el primer director del hospital.

Actualmente está compuesto por el Hospital Base y cuatro centros periféricos ubicados en su área de influencia. Son: el Centro de Salud Guiñazú que se encuentra camino a Jesús María s/n- Barrio Guiñazú; el Centro de salud Remedios de Escalada ubicado en el Pasaje 14 N- Barrio Remedios de Escalada; el Centro de Salud Hipólito Irigoyen en Avellaneda 3571- Barrio Hipólito Irigoyen; y el Centro de Salud Villa Azalais que se encuentra en Acampis s/n- Barrio Villa Azalais.

Mediante la operación de estos cuatro centros periféricos, se brinda atención en el Primer Nivel de Atención de la Salud, enfocado en la promoción y prevención de la salud. El segundo nivel, principalmente dirigido al tratamiento de especialidades médicas, se realiza en consultorios externos. Por su parte, el tercer nivel se concentra en el proceso de rehabilitación de los pacientes y corresponde a Hospitales Especializados, como el Hospital Infantil Municipal de la Ciudad de Córdoba, Argentina, donde se abordan problemáticas de salud específicas.

En Argentina, este hospital fue pionero en situar sus consultorios externos directamente en la comunidad, en lugar de ubicarlos en el hospital. Su creación tuvo como objetivo lograr una atención primaria de excelencia, lo que representó una innovación significativa en la concepción de la medicina asistencial en la región.

Cabe destacar que este hospital abastece la demanda, no solo de los niños/as cordobeses (desde 3 meses de vida y hasta los 15 años de edad) sino de varias provincias argentinas por la excelencia de su nivel asistencial, científico y docente.

En el 2010 se inauguró la Plazoleta Integradora con juegos accesibles, ubicada dentro del espacio verde que el hospital posee. De esta manera, se convierte en un centro integrador para la comunidad que asiste al nosocomio y al barrio.

3.2 OBJETIVOS DE LA INSTITUCIÓN

A nivel asistencial es brindar atención médica integral, para ello las acciones que se llevan a cabo son:

-Promoción de salud a nivel de la comunidad y a través del equipo de salud en los centros periféricos, control de enfermedades transmisibles, programa de inmunizaciones, salud mental, etc.

-Diagnóstico precoz y tratamiento adecuado.

-Recuperación psico-físico-social del niño/a y su reinserción en la comunidad.

3.3 CONTEXTUALIZACIÓN DEL SERVICIO

El servicio de Salud Mental está organizado por áreas.

3.3.1 Consultorio externo

Atención individual a niños, niñas y adolescentes en donde se realizan procesos psicodiagnósticos y psicoterapéuticos. También se realizan entrevistas de admisión, entrevistas de seguimiento y devolución a los padres de los niños/as.

3.3.2 Internado

Asistencia a niños, niñas y adolescentes que requieren supervisión y tratamiento de manera multidisciplinaria, incluyendo diagnóstico, tratamiento y cuidados personalizados, con el objetivo de mejorar su salud y bienestar.

3.3.3 Participación

- Instantáneas: se trata de presentaciones realizadas por residentes de medicina ante diversos profesionales, principalmente médicos, seguidas de un debate interdisciplinario. Se llevan a cabo de lunes a viernes en el horario de 8 a 9 AM. Se fomenta la participación del equipo de salud mental debido a que a menudo se abordan temas que competen a esta área. El equipo se organiza de tal manera que rotan asistiendo un integrante por día.
- Revista de salas: equipo conformado por neurocirugía, fonoaudiología, kinesiología y psicología. Cada mañana de 7:30 hs a 8 hs se reúnen estos profesionales para hacer un seguimiento de pacientes que están bajo tratamiento de neurocirugía. El tratamiento se aborda de manera integral.

- Ateneo: corresponde a una instancia de formación del equipo de salud mental. Se lleva a cabo los días viernes de 9 a 11 hs. La dinámica consiste en presentar algún tema de interés para el equipo. Al finalizar, se suelen presentar casos clínicos para abordarlos desde una mirada integral. Este espacio también se utiliza para comunicar cuestiones administrativas del equipo.
- Participación en equipos de Nefrología: equipo conformado por profesionales de diversas disciplinas donde abordan el tratamiento de enfermedades que afectan el funcionamiento renal. En el equipo participa una psicóloga.
- Participación en equipos de Fibrosis Quística: equipo conformado por trabajo social, kinesiología, neumonología, pediatría, gastroenterología y psicología. Cabe destacar que es un equipo referente a nivel nacional, llegan pacientes de diversas provincias. Las intervenciones se realizan los días miércoles de 8:30 a 14 hs en donde el paciente permanece en un consultorio y son los profesionales quienes rotan sobre el mismo.
- Intervenciones en internado y Psicoprofilaxis quirúrgica: seguimiento y tratamiento psicológico a pacientes pre y post quirúrgicos como también intervenciones a internaciones generales que llegan a través de interconsultas.
- Intervención en sala de guardia e intervención en crisis: el equipo cuenta con un celular llamado “corporativo”. Se organizan respetando un cronograma en el que rotan el celular una semana cada profesional del equipo. Las personas que lo integran son las psicólogas y las psiquiatras. Ante un llamado de guardia o una intervención en crisis, la persona responsable de la atención es quien tenga el corporativo en ese momento.
- Psicooncología: seguimiento y tratamiento psicológico de pacientes con diagnóstico de cáncer. Se realizan entrevistas con los pacientes, con sus familiares y con los doctores a cargo. Junto al equipo de médicos oncológicos participa una psicóloga especialista en la enfermedad.
- Talleres de diabetes: dispositivo pensado para los padres de niños/as con diabetes. El objetivo es compartir inseguridades, progresos y dudas sobre el caso particular de cada niño/a, niña o adolescente. Los padres son agrupados por rango etario de sus hijos. Paralelamente sus hijos realizan un taller de cocina con las nutricionistas.

- Enfermedades neuromusculares: intervención en niños/as con distrofia o atrofia muscular. Dentro del equipo interdisciplinario se encuentra: psiquiatría, neurología, kinesiología motriz, kinesiología respiratoria, pediatría, trabajo social, neumología y cardiología.
- Interconsultas: llevadas a cabo desde múltiples disciplinas como puede ser: psiquiatría, pediatría, psicopedagogía, psicomotricidad, fonoaudiología, neurología, trabajo social, dermatología, nefrología, neurocirugía, diabetes, gastroenterología, nutrición, oncología, entre otras.

3.4 ACTIVIDADES

3.4.1 Escuela hospitalaria

En el año 1998, se creó un servicio educativo en el hospital, para que los niños/as internados por largo tiempo continúen su escolaridad. Al año siguiente se inauguró un aula que depende de la Escuela Pedro Caran de Carro, de barrio Centro América. Este programa escolar se llama “Un solcito de ternura”, fue ampliado en 2012.

El equipo de educadores está conformado por una maestra de nivel inicial, tres multigrado, una de plástica y otra de música que interactúan junto al equipo de salud y los padres de los niños/as para desarrollar los contenidos curriculares de educación primaria.

Se trabaja de manera especial la expresión artística como herramienta para elaborar una respuesta positiva ante las situaciones de crisis del proceso de la enfermedad.

3.4.2 Voluntarios

El 26 de septiembre de 1970 se fundó el Centro de Voluntarios para internados en instituciones en Córdoba, con personería jurídica 011 “A” / 79 con inserción en once instituciones de la ciudad. Es una organización sin fines de lucro, el trabajo de voluntariado son 3 horas semanales obligatorias. Un grupo de estos voluntarios desarrollan actividades en el Hospital Infantil. Su objetivo es acompañar, recrear y dar afecto a los niños/as internados.

3.4.3 Ludoteca

Es un proyecto que, a través del juego, la lectura y la expresión artística en las salas de espera del hospital, promueve derechos y previene en salud con niños/as, niñas y

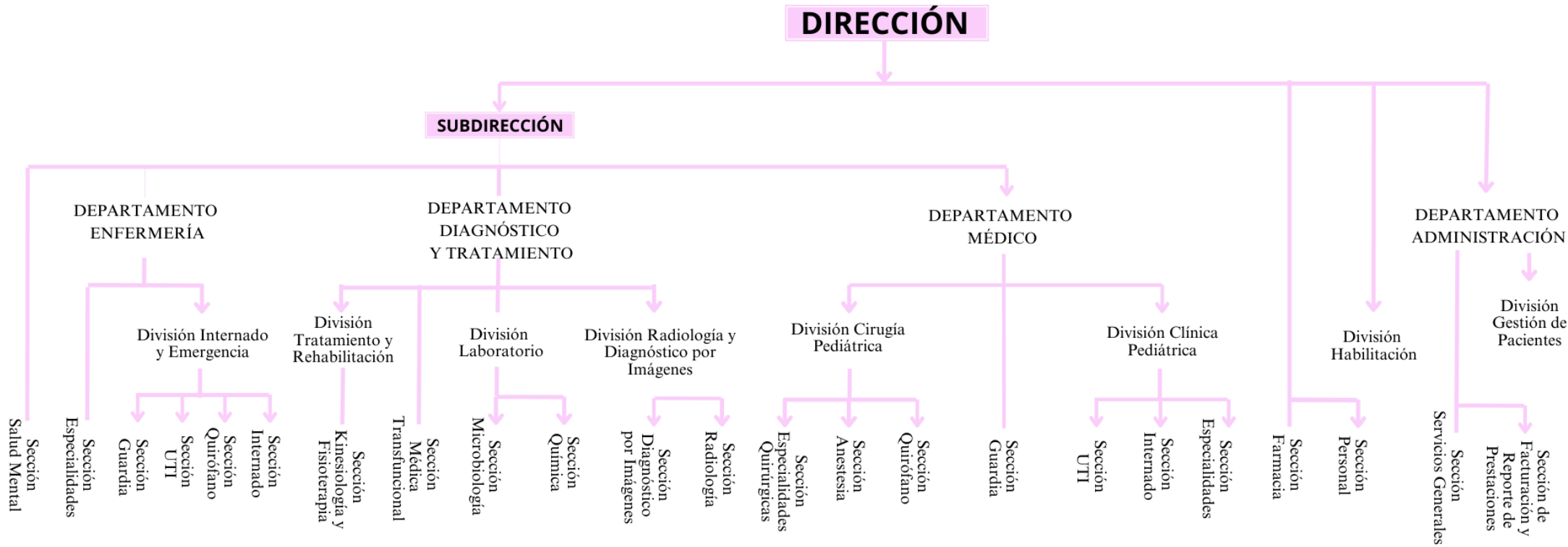
adolescentes. Allí se apuesta al intercambio, la exploración de la realidad, el desarrollo creativo, imaginativo y social de los niños/as.

3.4.4 Asociación Hospital Infantil

Es una organización de la sociedad civil que trabaja desde 1984 promoviendo la defensa de los derechos a la salud de niñas, niños/as y adolescentes a través de programas y proyectos que dan respuesta a las demandas de los mismos.

Se trabaja desde la perspectiva de derechos, teniendo en cuenta la Convención Internacional de los Derechos del niño, la Ley Nacional N°26061 de Protección Integral de los Derechos de niñas, niños y adolescentes, y la Ley Provincial N° 9944 de Promoción y protección integral de los Derechos de los niños y adolescentes en la Provincia de Córdoba. Se considera a los niños, niñas y adolescentes como sujetos protagonistas activos de derechos, capaces de participar y transformar la realidad. El niño/a protagonista con voz y no como objeto de medidas y decisiones de los adultos y autoridades.

3.5 ORGANIGRAMA



Fuente: elaboración propia a partir de lo informado por la institución.

3.5.1 Organigrama Salud Mental



Fuente: elaboración propia a partir de lo informado por la institución.

4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN

En toda sistematización de experiencia se debe ordenar y reconstruir la experiencia. Para ello es necesario un eje de sistematización. El mismo se define de la siguiente manera:

“Manifestaciones clínicas del mundo interno del niño/a a través del juego en el área de Consultorios Externos de un Hospital Pediátrico Polivalente en la Ciudad de Córdoba”.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar las manifestaciones clínicas del mundo interno del niño/a a través del juego en el área de Consultorios Externos de un Hospital Pediátrico Polivalente en la Ciudad de Córdoba.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Caracterizar el mundo interno del niño/a a través del juego simbólico en Consultorios Externos de un Hospital Pediátrico Polivalente.
2. Identificar la multiplicidad de recursos que dispone el psicólogo en relación al juego del niño/a en Consultorios Externos de un Hospital Pediátrico Polivalente.
3. Identificar los desafíos del psicólogo ante las imposibilidades de jugar del niño/a en Consultorios Externos en un Hospital Pediátrico Polivalente.

6. PERSPECTIVA TEÓRICA

6.1 EL JUEGO

6.1.1 Definición de juego

Tomando los aportes de López (2014) el juego se presenta en todos los seres humanos y se caracteriza por constituir una herramienta que permite adquirir conocimientos y capacidades tanto intelectuales como emocionales, motoras, sociales y psicológicas. Siguiendo a la autora: “Es a través del juego cómo el niño/a irá descubriendo el mundo, cómo se hacen las cosas y cómo vincularse con otros.” (p.23)

Por su parte, Yadelis (2021) define: “El juego es una actividad y una experiencia que está presente en la vida de las personas desde temprana edad que conjuntamente facilita la socialización.” (p.30). Así es como Linaza (2012) aporta que el juego es practicado por los niños/as a lo largo de todo su desarrollo. El juego permite las primeras formas de expresión del niño/a ya que a través de él pueden expresar emociones como miedo, alegría y preocupación. A su vez, el juego mantiene relación con procesos tanto cognitivos como sociales lo cual conlleva una función de suma importancia para la educación, colaborando así en el desarrollo del niño/a (Lopez, 2014). La autora agrega:

Así, el juego se transforma en un proceso de descubrimiento y redescubrimiento de la realidad y el mundo, a través de los cuales no solo irá formando conceptos sino que, por sobre todo, se irá conociendo y auto-descubriéndose, estructurándose como sujeto. (Lopez, 2014, p.23)

Linaza (2012) desarrolla la importancia de las cualidades del juego, mencionando que es una actividad libre, alegre, espontánea y divertida. Agrega que se presenta de diversas formas, como puede ser de manera individual o colectiva. “En cierto sentido, para el niño es un lenguaje simbólico por medio del cual se expresa a sí mismo (autoexpresión).” (Linaza, 2012, p.1).

6.1.2 Aportes al juego desde el psicoanálisis

El concepto de juego ha evolucionado a lo largo del tiempo a través de novedosos aportes que han realizado diversos autores a la teoría psicoanalítica.

Las primeras referencias con respecto al juego se encuentran en *La interpretación de los sueños*, en 1900, “cuando Freud describe los juegos de movimiento, cuya repetición estaría al servicio del principio de placer” (Luzzi y Bardi, 2009, p.54). Más adelante, en *Tres ensayos de teoría sexual* (1905), Freud descubre que los niños/as suelen pedir su repetición a

través de juegos de movimiento pasivo, consta de un placer producido por movimientos mecánicos. Cabe destacar que Janin (2012) menciona, “Lo que insiste en el juego de repeticiones es lo que vamos descifrando en el niño y en sus padres” (p.50).

A su vez, en *El creador literario y el fantaseo* (1908), Freud enfatiza la satisfacción que el niño/a experimenta en el juego. Según su perspectiva, cuando el niño/a crece y abandona el juego, dedicándose a comprender las realidades de la vida, existe la posibilidad de que en algún momento adquiriera una disposición anímica que suprima la antítesis entre el juego y la realidad. El autor, al principio de su teoría del desarrollo pulsional, define que “La ocupación favorita y más intensa del niño es el juego” (p.127). Freud “propone una relación entre el juego y la creación poética” (Luzzi y Bardi, 2009, p.54), menciona: “Todo niño que juega se comporta como un poeta, pues se crea un mundo propio, o, mejor dicho, inserta las cosas de su mundo en un nuevo orden que le agrada” (Freud, 1908, p. 127).

Lewin (2004) enfatiza que Freud sitúa el juego infantil como la actividad principal de la niñez y lo compara con la creación literaria, la imaginación diurna y el humor. De esta manera, la fantasía se convierte en la heredera del juego. El autor también argumenta que jugar proporciona un placer que persiste y evoluciona con el tiempo. Así, el juego se realiza por placer, disfrutando del pensamiento, las palabras, la sexualidad y la creación.

Más adelante, Freud en *Más allá del principio del placer* (1920) aporta la teoría traumática, en donde describe que el juego del niño/a permite elaborar situaciones dolorosas, inadmisibles para el yo.

S. Freud postula que los niños repiten en sus juegos todo lo que en la vida les ha causado una fuerte impresión, descargando la energía insumida en la misma, y agrega que un deseo dominante incluye en todo juego infantil: el deseo de ser grande y de poder hacer lo que hace la gente grande. (Luzzi y Bardi, 2005, p.59)

Estos aportes surgen a partir de la descripción que realiza el autor del juego del carretel en donde a través del análisis del mismo pudo realizar una primera descripción e interpretación psicoanalítica del juego de un niño. Según lo narrado por Freud (1920), el juego del carretel consistía en que el niño tenía que lanzar un carrete de madera atado con un cordel por encima de la barandilla de su cuna, sosteniéndolo con la cuerda; el carrete desaparecía al otro lado y el niño decía "o-o-o-o" (se fue), luego, tirando del cordel, recuperaba el carrete de la cuna, saludando su regreso con un alegre "da" (aquí está). Según la descripción de Freud, el juego era hacer que algo desapareciera y luego recuperarlo. Sin

embargo, Freud se sorprendió porque notó que la mayor parte del tiempo el niño repetía solo el primer acto como un juego, a pesar de que el mayor placer parecía estar en el segundo acto.

“El análisis del juego del carretel, le permitió a S Freud (1920) inferir que los niños, en sus juegos, reproducen aquello que los ha impresionado, constituyendo una forma de reacción e intento de dominio de la realidad” (Luzzi y Bardi, 2005, p.59). Freud ofreció varias posibles explicaciones para este juego. Una de ellas es que el niño repetía la partida como condición previa para el placer de la reaparición del objeto, es decir, el carrete. También consideró la posibilidad de que el niño experimentara un deseo de venganza hacia su madre por su partida, aunque descartó esta idea en favor de una explicación alternativa. Sugirió que el acto de arrojar el objeto para que "se fuera" podría ser una forma de satisfacer un impulso que el niño había reprimido en su comportamiento hacia su madre.

La idea que se desarrolló en este artículo sobre el juego como una forma de tratamiento para abordar experiencias traumáticas fue retomada posteriormente por la mayoría de los autores psicoanalíticos que investigaron el juego.

Tomando las conclusiones de Luzzi y Bardi (2005) los aportes de Freud se pueden dividir en dos grandes conceptualizaciones según la época de producción de los escritos: en el primer período, correspondiente a la primera tópica planteada por el autor, el juego está al servicio de la realización de deseos y la repetición se vincula con el principio de placer; en el segundo período correspondiente a “Más allá del principio de placer” (1920), se evidencia que el principio de placer no es la única fuerza que guía el funcionamiento del aparato psíquico, y que existe una dimensión más allá del principio homeostático de constancia.

Los aportes mencionados de Sigmund Freud, se consolidaron como punto de partida de teorizaciones posteriores, como las de Anna Freud y Melanie Klein, quienes buscaron sistematizar un método de análisis de niños/as.

“Anna Freud intentó la primera sistematización del método de análisis de niños” (Luzzi y Bardi, 2005, p.59). La autora demostró las posibilidades y desafíos que implica el análisis de niños/as mediante la presentación de casos clínicos. Su enfoque metodológico se basó en la interpretación de sueños, sueños diurnos y dibujos, mientras que restringió en gran medida el uso del juego como elemento para el análisis. Para esta autora “El juego es considerado una técnica auxiliar” (Luzzi y Bardi, 2009, p.57).

Cabe destacar que el énfasis del desarrollo de Anna Freud fue a nivel educativo debido a que para esta autora, el juego se caracterizaba por la sublimación de las pulsiones con fines adaptativos y también, en la construcción del yo. La autora refiere que el niño/a deberá resignar la satisfacción directa del jugar, en pos del producto final, lo cual es esencial para el éxito escolar (Lopez, 2014). “Así, de esta manera, la actividad lúdica colaboraría en la adquisición de las facultades de inhibición, control, modificación de impulsos y transformación de la agresión hacia fines constructivos, todo lo cual constituirá el paso previo a la capacidad laboral” (Lopez, 2014, p. 28).

Por su parte, Melanie Klein (1955) desarrolló la técnica del juego como un enfoque para explorar el mundo psicológico de niños/as pequeños dentro del dispositivo analítico, siguiendo los fundamentos de Freud, y adaptándolo específicamente para su aplicación en niños/as menores de 6 años. A su vez, la autora “otorgó al juego un valor esencial como criterio de salud o enfermedad mental infantil y lo consideró equivalente a la asociación libre del adulto” (Luzzi y Bardi, 2005, p.59). Klein (1929) concluye que mediante el juego, el niño/a expresa de manera simbólica sus fantasías, deseos y experiencias, lo cual le permite procesar situaciones traumáticas y aliviar la presión superyoica a través del mecanismo de personificación. Sus contribuciones permitieron pensar la interpretación de juego.

A su vez, la autora en su trabajo de 1932, destaca que, a través del juego, el niño/a logra superar realidades dolorosas y controlar sus miedos instintivos, proyectándolos hacia el mundo exterior a través de la interacción con los juguetes. Ella considera que este mecanismo es posible porque presupone la temprana capacidad del niño/a para simbolizar. De esta manera, el juguete se convierte en un medio que le permite al niño/a vencer el temor a peligros internos, actuando como un puente entre su fantasía y realidad.

Por su parte, Aberastury (1984), toma la técnica desarrollada por Melanie Klein y a través de una sistematización crea la denominada “Hora de Juego Diagnóstica”. La autora:

Consideró que el juego es el modo privilegiado de conexión con el niño y que permite arribar a un diagnóstico inicial. En la primera hora de juego el niño comunica su fantasía inconsciente de enfermedad y curación, así como el papel que le otorgará al terapeuta en el proceso psicoterapéutico. (Luzzi y Bardi, 2005, p.59)

Tomando en consideración estos aportes, Siquier de Ocampo desarrolló indicadores específicos de la hora de juego diagnóstica. Estos indicadores se conciben como una herramienta que proporciona pautas sistemáticas para guiar el análisis del juego, centrándose en aspectos dinámicos, estructurales y económicos (Siquier de Ocampo et al., 1975).

Cabe destacar los aportes de Winnicott (1971), quien enfatiza en lo desarrollado por Freud y Melanie Klein y logra enriquecer la perspectiva basándose en su práctica de pediatra y analista de niños/as. Conceptualiza al juego como una actividad natural y universal.

El autor conceptualiza como “objetos transicionales” a aquellos objetos que utiliza el pequeño/a para ayudarlo a salir del mundo de los sueños, lo cual implica también, salir de su narcisismo primario. De esta manera, los objetos transicionales quedan ubicados en una “zona intermedia”, siendo esta un espacio que ya no es interno pero que aún tampoco es externo. El autor menciona que el juego se da en esa zona, en ese tercer espacio, a través de un estado de ilusión (Portalatin Vargas, 2020). Así es como el jugar sucede “En una zona intermedia entre la creatividad subjetiva y la realidad objetiva” (Green, 2012, como se citó en Portalatin Vargas, 2020, p.179).

Según Winnicott, la capacidad de jugar representa un hito significativo en el desarrollo emocional del niño/a. El comienzo del juego simboliza la confianza que el/la niño/a tiene en su entorno, ya que al jugar, incorpora una parte de la realidad externa como propia. El juego tiene un comienzo, un desarrollo y un fin, conformando así un ciclo, como así también tiene un lugar y un tiempo. El autor menciona que el juego en sí mismo se considera terapéutico, y según esta perspectiva, el psicoanálisis se concibe como un espacio para el juego.

Para Winnicott, el juego va más allá de la técnica, el autor se refiere al “jugar” en donde el foco no es el juego como contenido sino el jugar mismo.

El juego es Mucho Más, no es cualquier cosa. La concepción del juego de Winnicott añade la importancia de experimentar toda la personalidad, y cómo esto permite al sujeto descubrir lo que es más intrínsecamente suyo, su Self (Su ipsidad). Lo que Winnicott denomina la sensación de estar vivo (Portalatin Vargas, 2020, p.177).

6.1.3 El Rol del psicólogo en el juego del niño/a

Partiendo de los aportes de Winnicott (1971), quien considera al juego como el medio de comunicación del niño/a, lo cual cobra un valor esencial en el trabajo psicoanalítico, se considera pertinente que el analista tenga en claro que el juego constituye el lenguaje a través del cual se expresa el niño/a, el cual difiere del lenguaje adulto (Portalatin Vargas, 2020). “Igual que los pequeños aprendemos el lenguaje de nuestros padres, los pacientes aprenden el lenguaje de su analista, porque desean ser comprendidos” (Balint, 1982, como se citó en Portalatin Vargas, 2020, p.164). Así es como, se hace énfasis en la capacidad del analista de poder escuchar tanto el material verbal como el no verbal ya que en el niño/a utiliza para

comunicarse un lenguaje diferente al del adulto, siendo este el juego (Portalatin Vargas, 2020). Tomando los aportes de Rago Orrego (2017):

El niño habla con su jugar, pero no sabe qué está diciendo. Se brinda en sus juegos signos y símbolos que el niño no emite de forma consciente, el terapeuta debe decodificarlos, comprenderlos y así poner en palabras eso que el niño quiere transmitir. Para ello es fundamental que el psicólogo logre ver más allá del juego en sí. (p.19)

A su vez, la autora enfatiza en la importancia de observar a qué juguete se apega el niño, de qué manera, si lo ignora, cuáles son sus gestos, movimientos, actitudes frente al juguete, cuáles son los momentos de cambio de juego y sus expresiones. También menciona la importancia de observar aquellos momentos de silencio, ausencia, detención del juego o disminución del mismo, lo cual brinda información del lenguaje del niño (Rago Orrego, 2017).

Retomando aportes de Winnicott (1971), todos los/as niños/as tienen potencial para jugar, sin embargo, el autor le atribuye importancia a la implicancia del ambiente como factor facilitador o entorpecedor para el desarrollo de ese potencial. Es por esto que, para este autor, el analista debe crear ciertas condiciones para que pueda tener lugar la transferencia (Portalatin Vargas, 2020). A su vez, “El terapeuta no es un mero receptáculo de la transferencia” (Sainz Bermejo, 2017, como se citó en Portalatin Vargas, 2020, p.167) sino que, siguiendo los aportes de Portalatin Vargas (2020), es su persona real, con su subjetividad, estando allí disponible para que el paciente puede desdoblar sus alas en la sesión, esto es, que el niño/a juegue, permitiendo que suceda un atravesamiento transformador de la relación terapéutica, “A lo indefectiblemente indispensable de estar para el otro” (Portalatin Vargas, 2020, p.168).

Es así como, es esencial que el analista juegue para poder llevar a cabo la terapia con el niño/a:

Con suerte la terapia será un lugar suficientemente seguro para atreverse a explorar y el niño puede desarrollar un jugar espontáneo y elaborativo, que se origina y reaparece siempre en el seno de, y sostenido por, el vínculo con otro. (Tangle, 2016, como se citó en Portalatin Vargas, 2020, p.180)

En otras palabras, para que el niño comience a jugar necesita encontrar a alguien disponible -el terapeuta- que pueda sostener el escenario del juego y asimismo ocuparse de la realidad del entorno. “El terapeuta tiene que vivirse en la red relacional del paciente” (Portalatin Vargas, 2020, p.168). Asimismo:

Se considera que mientras haya un sujeto del otro lado que pueda jugar con él, decodificar y comprenderlo con una mirada objetiva, sin juzgar ni etiquetar, siempre habrá algo que se pueda hacer para poner su creatividad...en juego. En el juego, y solo en él, pueden el niño o el adulto crear y usar toda la personalidad, y el individuo descubre su persona solo cuando se muestra creador. (Winnicott, 1993, p.80, como se citó en Rago Orrego, 2017, p.33).

Por otra parte, tomando los aportes de Farberman (2010), el profesional debe caracterizarse por la flexibilidad y la creatividad, debido a que en muchas ocasiones, por diversas razones, la tarea exige plasticidad. A su vez, el psicólogo debe tener los conocimientos necesarios acerca de trastornos emocionales y herramientas psicoterapéuticas y farmacológicas. Tomando a Janin (2011) :

Siguiendo esta línea, podríamos decir que el psicoanalista, cuando trabaja con niños, pone en juego: 1) su capacidad lúdica (como despliegue de un espacio transicional), 2) su capacidad para ofrecerse al otro como un "objeto maleable" (flexible y seguro simultáneamente), 3) su conexión empática y de "reverie", 4) su capacidad de contención y sostén, 5) su posibilidad de permitir la fusión y la diferenciación, 6) su disponibilidad creativa (como capacidad para inventar diferentes recursos, lo que supone permeabilidad psíquica). (p.42)

En relación al encuadre, las intervenciones simples realizadas en un lapso corto lograrán gran eficacia. Farberman (2010) menciona que: “Muchas veces una, dos o tres entrevistas u horas de juego semidirigidas son suficientes para desarmar estados de terror en los chicos, o de desasosiego en los más grandes” (p.23). Sin embargo, en muchas ocasiones la frecuencia no sigue un orden sistemático, aquí es donde el psicólogo debe adaptarse a las circunstancias cambiantes. Según la autora, la confianza del niño/a hacia su terapeuta perdura por más que los encuentros hayan sido en tiempos prolongados.

En lo que respecta al diagnóstico, la autora menciona que no implica solo al terapeuta sino también a las observaciones de los especialistas médicos como es el pediatra. Estos brindan información que puede resultar valiosa. La autora refiere: “Del intercambio de puntos de vista entre ellos, los pacientes y nosotros, surgen las estrategias mejor orientadas” (p.25).

6.1.4 Inhibiciones en el juego del niño/a

En diversas ocasiones se puede presenciar en el consultorio clínico a un niño/a que se encuentra sin la posibilidad de crear un juego cargado de simbolismo. Ante esto, Janin (2006) menciona que se debe a tres posibilidades: no se han constituido las posibilidades de simbolizar; están reprimidas; o están inhibidas. En otras palabras, “Cuando no hay juego,

estamos frente a un atascamiento. La inmovilidad lúdica es índice de una detención de los tiempos del sujeto” (Flesler, 2011, p.118, como se citó en Rago Orrego, 2017).

Bó (2023) menciona que la problemática de la simbolización afecta a toda la estructura psíquica, impidiendo un lenguaje adecuado, restringiendo la capacidad reflexiva y por ende, es común que se evidencien afectaciones escolares en el individuo. La autora agrega: “(...) la modalidad de simbolización de un sujeto estará en relación con la conflictiva psíquica y con las particulares maneras de tramitarla. Entonces, el tratamiento psicoterapéutico deberá considerar ambos aspectos y encontrar los modos adecuados de intervención” (p.32).

Carlos Blinder et al. (2008) como se citó en Rago Orrego (2017) enfatiza que las dificultades y patologías en el jugar expresan dificultades en la construcción de la subjetividad, como así también alteraciones en la capacidad creadora, manifestando un psiquismo comprometido. “Ahora bien, si la capacidad de jugar, de fantasear o imaginar se encuentran limitadas, también lo están sus funciones; entre ellas su capacidad de expresión, de reparar conflictos, entre otras” (Rago Orrego, 2017, p.32).

Se evidencia que las razones que pueden llevar a un niño/a a presentar inhibiciones en el juego son diversas. Estas pueden derivar de diversas circunstancias, ya sean de índole emocional, relacional, vinculadas a trastornos del neurodesarrollo, exceso de juguetes, exceso de exposición televisiva, falta de atención, así como también experiencias de abuso o violencia, entre otros factores. Cuando los conflictos que afectan al niño/a son significativos y el entorno se torna adverso, el niño/a se encuentra desprovisto de las herramientas necesarias para afrontar los problemas, lo que repercute en su bienestar psicológico y, por ende, en su capacidad para participar en el juego. En este contexto, se comprende la importancia y utilidad del papel desempeñado por el psicólogo infantil. (Rago Orrego, 2017).

“Cuando el niño no juega o su juego se observa bizarro, una luz se enciende alertándonos sobre la necesidad de consultar a un profesional, ya que el juego cumple un papel fundamental en la subjetivación del niño” (Asturizaga y Unzueta, 2008, p.4). Allí es fundamental el rol del psicólogo infantil ya que, “Es parte del proceso terapéutico, descubrir que hay detrás de ese silencio lúdico” (Blinder et al., 2008, como se citó en Rago Orrego, 2017). El terapeuta debe esforzarse por crear oportunidades que conviertan acciones individuales y llenas de actividad en escenarios lúdicos. De este modo, se busca que el niño/a emerja en ese espacio como un individuo separado del terapeuta, un ser independiente y

distinto, permitiendo así colaborar en la representación y resolución de conflictos. Esto es especialmente relevante cuando se trata de niños/as que están emocionalmente comprometidos, ya que trabajar o interpretar desde afuera de ese escenario no resulta factible (Untoiglich, 2015, como se citó en Rago Orrego, 2017).

Ante la capacidad simbólica obturada del niño/a, el psicólogo tiene que realizar un trabajo analítico construyendo posibilidades y desarmando obstáculos internos. Esto posibilita pasar a un estatuto de juego (Janin, 2006). Asimismo, el psicólogo debe describir qué sucede detrás del no jugar del paciente, tal como se haría ante los silencios de un adulto en terapia (Rago Orrego, 2017). Así es como:

La tarea del terapeuta será la de acompañar al paciente a comprender lo que siente, a dar lugar a la expresión de sus fantasías, a compartir las sensaciones que le producen dificultades que padece, para que -en esa relación transferencial- se pueda ir nombrando lo que afecta, se vaya construyendo un nuevo sentido y desplegando una nueva posición subjetiva. Las intervenciones constituirán las herramientas con que cuenta el terapeuta para realizar esta tarea. (Bó, 2023, p.45)

Es fundamental destacar los aportes de Janin (2012) quien menciona que son diversas las modalidades en las que un psicoanalista debe intervenir en el trabajo con niños/as ya que se opera sobre un sujeto en estructuración. La autora hace énfasis en intervenciones estructurantes, las cuales generan una posibilidad y abren un espacio a través del psicoanalista que opera como catalizador, posibilitando un armado. “Armado de una trama, de una red representacional que opere como sostén, como garantía frente a la irrupción pulsional, frente a la insistencia de lo no-representado” (p.54). De esta manera, las intervenciones motorizan la estructuración, disparando una transformación estructurante.

Tanto a través del trabajo con los padres, o con uno de ellos, como con el niño de lo que se trata es de ir deconstruyendo-construyendo, modos de funcionamiento en los que predomina el sufrimiento por otros más creativos y placenteros. Un psicoanalista de niños debe escuchar, mirar, jugar, hacer...y posibilitarle al niño un espacio verbal, lúdico y gráfico. (Janin, 2012, p.55)

Es de suma importancia recalcar que, siguiendo a la autora, en las intervenciones lo que se pone en juego es la creatividad, para que el paciente deje de repetir y pueda crear algo propio, se deben desplegar las propias posibilidades creativas del analista.

6.1.5 El lugar del juego en el desarrollo evolutivo

El niño/a está en constante desarrollo y evolución hacia su identidad. A pesar de que el inconsciente no sigue una línea temporal, es importante tener en cuenta la dimensión del

tiempo que se relaciona con su crecimiento, su madurez y los momentos lógicos en los que se forma su subjetividad. Los niños/as atraviesan las diferentes etapas del desarrollo psicosexual que Sigmund Freud describió, como la etapa oral, anal, fálica y de latencia (Yadelis, 2021).

a. El juego en el niño/a de 0 a 2 años (etapa oral):

“Al principio su vida mental se basa principalmente en la repetición de reflejos motores y sensoriales y en conductas instintivas tales como alimentarse” (Lopez, 2014, p.31). Con el transcurrir del tiempo, a través del ejercicio motriz y del registro de la visión, comenzará a explorar el mundo. La manera más natural de hacerlo es a través de su boca, por lo cual esta etapa es denominada "etapa oral". Ante cada estímulo que se le presenta, comienzan a reaccionar con distintas respuestas motrices (Lopez, 2014).

“A medida que pasa el tiempo el bebé empieza a repetir ciertos reflejos y acciones que le han producido placer” (Lopez, 2014, p.31). Siguiendo a la autora, la acción de experimentar la satisfacción a través de la alimentación generará un placer en el bebé, lo que lo llevará a desear repetir esta experiencia. Esta repetición dará lugar a la formación de conexiones neuronales, memorias y huellas mnémicas que representarán sus primeras percepciones de la realidad externa. “Instinto, hábito, deseo, imaginación y fantasía. Así comienza la actividad lúdica, siempre paralela al desarrollo psíquico. Es por eso que es tan importante que los niños/as jueguen, porque sin juego no hay posibilidades de desarrollo mental” (Lopez, 2014, p.32).

A las pocas semanas de nacer, el bebé ya muestra la capacidad de agarrar un sonajero, agitarlo y soltarlo al suelo, experimentando diversión con esta acción. Alrededor de los cuatro meses, el niño/a empieza a explorar y jugar con sus propios movimientos corporales, descubriendo sus manos y pies. Hacia los ocho meses, se divierte tratando de mantener el equilibrio al sentarse erguido y simula intentos de ponerse de pie. Además, busca entretenerse con cualquier objeto que esté a su alcance golpeándolo y disfrutando de los sonidos que produce al hacerlo.

Cuando el niño/a comprende que los objetos que salen de su campo visual no desaparecen por completo, empieza a disfrutar al jugar a esconderse creando una especie de magia al hacer que el mundo aparezca y desaparezca de manera sorprendente. De esta forma, el niño/a comienza a abordar la ansiedad que siente cuando su madre se ausenta, empleando

juegos que implican pérdida y separación. Esta angustia al separarse de su madre, irá disminuyendo hacia el año de vida debido a las capacidades de comunicarse verbalmente.

Al año y medio ya es capaz de centrar su atención por ratos cada vez más largos y disfruta jugando con bloques de construcción, autos y trenes; también con muñecos, osos y otros animales. A estas alturas ya se ha dado cuenta de que los juguetes pequeños representan a personas y objetos del mundo real. (Lopez, 2014, p.33)

b. El juego en el niño/a de 2 a 4 años (etapa anal):

Siguiendo con los aportes de la autora, el niño/a en esta etapa aún no ha logrado entender el sentido del peligro y posee un tipo de pensamiento “animalista” lo cual conlleva a que le coloque vida a objetos inanimados. Aún no es capaz de pensar de forma abstracta pero sí de forma intuitiva, a través de las acciones. “Así, comienza a descubrir que a cada acción le sucede un efecto y comienza a jugar a romper cosas para investigarlas, por ejemplo” (Lopez, 2014, p.34).

En esta etapa se comienza a desarrollar la musculatura anal, lo cual le permite poder controlar sus esfínteres. De aquí la denominación de “etapa anal”. Paralelamente, comenzará a aprender a controlar su conducta. Es en relación a lo mencionado que los juegos de moldeado (por ejemplo con plastilina, arcilla) serán los que le producirán más placer debido a que constituyen sustitutos de la caca y el pis, elementos que en esta etapa comienzan a manipular.

Cabe destacar que, si bien a los 3 años suelen preferir jugar solos, a los 4 años experimentan un notable avance en términos de socialización al empezar a incluir a sus compañeros en sus juegos.

c. El juego en el niño/a de los 4 a 6 años (etapa fálica):

Alrededor de los 4 años, el niño/a comienza a socializabilizar y a planificar sus juegos, respetando reglas. Los juegos comienzan a tener una índole más motriz debido a que adquieren más capacidades como por ejemplo, saltar, subir, utilizar títeres, juguetes pequeños y demás. Es por esta razón que es común que los niños/as comiencen a ordenar los muñecos.

Debido a que su lenguaje es más completo, en esta etapa fálica los niños/as averiguan preguntando sobre enigmas que los rodean. El nombre de la etapa se debe a que el niño/a aún no es del todo consciente de la diferenciación sexual entre sexos.

El descubrimiento de la sexualidad y de los roles de cada miembro de la familia enriquece la fantasía del niño/a, quien comienza a jugar a la familia o a la mamá y al

papá casados, al doctor (a través de este juego exploran visual y táctilmente la anatomía humana) y a otros juegos derivados tal y como la enfermera o el veterinario de animales, los cuales suelen adquirir iguales características que las personas de su entorno familiar. (Lopez, 2014, p.35)

Alrededor de los 6 años comienzan los juegos de roles en donde, por lo general, imitan a papá y mamá. En esta etapa la diversión se encuentra en juegos que incluyan reglas e impliquen el despliegue simbólico.

d. El juego en el niño/a de los 6 a 11 años (etapa de latencia):

En esta etapa el niño/a ha logrado acceder al “pensamiento lógico” mediante el cual podrá expresarse valiéndose de estructuras lingüísticas más complejas y también adquirirá mayores habilidades cognoscitivas. A su vez, se hace característica la presencia de creatividad, como así también comienza el placer por actividades artísticas como por ejemplo, el baile y el dibujo.

El interés está puesto en juegos reglados como por ejemplo juegos de mesa, como así también juegos sociales. Mediante estos y otros juegos, expresan su deseo de competir para alcanzar un estado de superación y destacar frente a sus hermanos y hermanas a los ojos de sus padres. Al mismo tiempo, estos juegos les ayudan a desarrollar la capacidad de lidiar con la frustración, lo que les resulta útil para enfrentar los desafíos cotidianos en sus relaciones familiares y amistades.

Así es como a cada etapa se le debe vincular un cierto estilo de juego, ya que demuestra la evolución mental del niño/a. Cabe destacar que la edad de aparición puede variar dependiendo de la sociedad, la cultura y la estimulación por parte de los adultos referentes. (Rabee, 1980, como se citó en Rago Orrego, 2017, p.13).

Por su parte, Piaget (1982) realizó una clasificación de juego teniendo en cuenta tres etapas del desarrollo: el juego sensoriomotor (hasta los dos años), el juego representativo o simbólico (desde los dos años hasta aproximadamente los seis) y el juego reglado o formal que comienza en la etapa escolar (Rago Orrego, 2017).

Con respecto al juego sensoriomotor, “se observa desde mucho antes que el desarrollo del lenguaje, a través de él se pone en acción percepciones y movimientos, es un juego de puro ejercicio el cual se caracteriza por la ausencia de pensamiento” (Rago Orrego, 2017, p.14).

La función simbólica en Piaget, se refiere a la capacidad de utilizar símbolos, como palabras o imágenes, para representar objetos o eventos ausentes. En el juego simbólico, el juego repercute en la inteligencia ya que se puede anticipar o prevenir soluciones simbólicas, es decir, imaginativas. De esta manera, se interiorizan nuevos esquemas simbólicos que provocan el desarrollo de la capacidad de elaborar imitaciones diferidas en el tiempo. Su finalidad es anticipar situaciones. (Piaget, 1982, como se citó en Rago Orrego, 2017, p.14). El autor considera el juego como una proyección de cuestiones internas y como una manera de poder explorar la realidad (Linaza, 2012).

Paralelamente, “Para Vygotski el juego simbólico es la realización inmediata, a través de la imaginación, de deseos irrealizables” (Linaza, 2012, p.20). El autor sostiene que el juego no se define como una actividad de naturaleza intelectual. A pesar de que no constituye la actividad central en la vida de un niño/a, durante la primera etapa de la infancia, el juego simbólico se convierte en la principal fuente de desarrollo. A través del juego simbólico, el niño/a crea áreas de desarrollo cercanas que estimulan su crecimiento. Es así como, para Vigotsky el juego simbólico se origina a partir de ideas en lugar de objetos, y una de sus características esenciales es la capacidad de separarse de la percepción directa (Linaza, 2012). El autor menciona que:

En el juego, el pensamiento está separado de los objetos y la acción surge a partir de las ideas más que de las cosas: un trozo de madera se convierte en una muñeca y un palo en un caballo. La acción, de acuerdo con las reglas, está determinada por las ideas, no por los objetos en sí mismos. Ello supone un cambio tan radical de la relación del niño con la situación real, concreta e inmediata, que es difícil subestimar su total significación. (Vygotski, 1979, como se citó en Linaza, 2012, p.17)

Ruiz De Velasco y Abad (2011) definen al juego simbólico como: “una experiencia vital de la infancia” (p.30). Mencionan el carácter placentero del juego el cual se liga a las emociones. También mencionan que el juego simbólico es una necesidad biológica. Los autores agregan: “Así como en los primeros años de vida la posibilidad de moverse libremente le facilita la comprensión y el dominio del mundo físico, el juego con los símbolos le va a permitir captar, interpretar y apropiarse de la realidad” (p.30).

El juego se torna simbólico cuando posibilita trasladar fantasías a la realidad, es ejercitar ser un otro, en otro espacio y otra cosa, con la finalidad de ser uno mismo. Esto se convierte en necesario en los niños/as ya que constituye un espacio seguro de ensayo, en donde el error está permitido. (Ruiz de Velasco Galvez, 2011).

Retomando la clasificación de Piaget (1991, como se citó en Rago Orrego, 2017), el juego reglado o formal:

A lo largo del desarrollo, el niño logra incorporar conceptos sociales tales como competir y trabajo en equipo; y a raíz de ellos surge el tipo de juego formal, el cual se caracteriza por un estilo de juego donde priman reglas objetivas, y el concepto de cooperación. (p.15)

De forma gradual, se irá adquiriendo la capacidad de entender las diferencias en relación al otro- como por ejemplo, pensar, actuar y sentir de forma distinta-. De esta manera, se irá conociendo la realidad, procesando y solucionado situaciones que impliquen una complejidad para su comprensión (Colombo & Beigbeder, 2005, como se citó en Rago Orrego, 2017, p.16).

Así es como, siguiendo a Linaza (2012), el juego se presenta como una actividad que genera placer de manera espontánea, a través de la diversión. Refleja el curso de la evolución y contribuye al proceso de maduración y al fomento del pensamiento creativo. Se presenta como una necesidad psico-bio-social, y a través de él, se amplía la capacidad de imaginación. Al observar cómo un niño/a interactúa con sus juguetes y cómo construye la dinámica del juego, se puede obtener una comprensión profunda de aspectos como su autoconfianza, sus emociones y sus sentimientos hacia sí mismo y hacia las personas importantes en su vida, además de los eventos que han impactado en su experiencia (Linaza, 2012).

6.1.6 La importancia del juego simbólico

Es relevante distinguir que Piaget aborda el juego simbólico al analizar el origen del símbolo lúdico y lo interpreta a través de la estructura intelectual, mientras que Freud indica que el juego del niño/a adquiere un carácter simbólico al basarse en un fragmento de la realidad, otorgándole un significado especial y un sentido oculto. De esta manera, el niño/a al jugar crea un mundo propio que le sirve como medio para materializar la realidad de sus deseos. Así es como, “En Freud, se explica el juego en su aspecto simbólico en función de su concepción de la repetición lúdica como forma de tramitación psíquica. La interpretación será, pues, posible en la singularidad de cada caso”. (Landeira, 1998, p.6)

La importancia del juego simbólico radica en el rol fundamental que desempeña para el desarrollo de habilidades cognitivas, lingüísticas, emocionales y sociales en los niños/as.

Por esta razón, se convierte en una herramienta privilegiada para abordar dificultades que puedan surgir en cualquiera de estos niveles y aplicar un enfoque terapéutico efectivo. Este tipo de juego, implica que los niños/as utilicen su capacidad de representación mental para recrear complejos escenarios de juego. De esta manera, facilita la exteriorización de conductas aprendidas por observación y estimula la adquisición de nuevas conductas. Además, fomenta la expresión de emociones y activa habilidades y competencias socioemocionales, contribuyendo significativamente al proceso de maduración (Carrasco Zurita, 2017).

Siguiendo los aportes de Carrasco Zurita (2017), el juego simbólico no solo permite que el niño/a represente, ensaye y proyecte a través de juguetes o conductas de juego, sino que también sirve como canal para abordar preocupaciones y encontrar soluciones a conflictos. Al asumir roles durante el juego, el niño/a amplía su comprensión de sí mismo, mostrando la flexibilidad para abandonar roles fácilmente y adoptar otros, respaldado por la confianza en su identidad y seguridad en sus capacidades.

El juego simbólico ocurre entre las edades de dos a siete años, dependiendo de la madurez de cada niño, y aumentará su complejidad a medida que crecen. Permitiéndoles que los niños combinen eventos reales e imaginarios, que recreen situaciones ficticias como si realmente sucedieran, convirtiéndose en personajes y objetos vivos en su imaginación. Esta actividad les permite explorar otros mundos, activar su creatividad e imaginación, superar sus miedos y ganar confianza. (Jaramillo Caspata, 2022, como se citó en Herrera, 2016, p.14)

Tomando en cuenta los aportes de Torres (2017), el juego simbólico se puede clasificar en:

- Juego simbólico individual: 18 meses-3 años: "Hacer como si", son aquellos comportamientos que representan algo, como dormir, sin la presencia de objetos. Puede implicar el uso de objetos sobre los cuales se llevan a cabo acciones ficticias, como hacer que un osito duerma. También abarca la imitación lúdica, como replicar las acciones de la madre al leer, barrer o hablar por teléfono.
- Juego simbólico colectivo:
3-4 años: Asimilación deformante de la realidad: se crean escenas/situaciones que no reflejan con precisión la realidad. En este contexto, los roles no están claramente definidos ni establecidos desde el principio, o los roles pueden confundirse e invertirse. Un ejemplo sería desempeñar el papel de maestra o participar en juegos de tiendas (comprar y vender).

4-7 años: Ajuste progresivo a la realidad: se busca la autenticidad mediante una imitación precisa de los roles y acciones, asignando roles desde el inicio del juego. El juego protagonizado implica representar roles con un argumento y contenido específicos. Por ejemplo, en el juego de médicos, cada participante asume un papel definido (médico, enfermera, paciente), ejecutando acciones pertinentes a su función. Se emplean objetos relacionados con la acción.

6.2 ¿QUÉ ES UNA HERRAMIENTA TERAPÉUTICA?

Según la RAE (2023) una herramienta terapéutica consiste en: “Conjunto de prácticas y conocimientos encaminados al tratamiento de dolencias”. Como es de conocimiento, la psicología utiliza diversas herramientas terapéuticas. Considerando la relevancia inherente al ámbito de este trabajo, se abordará la utilización del “juego” como la herramienta central empleada en la psicología infantil.

6.2.1 El juego como la herramienta terapéutica por excelencia en el niño/a.

Tomando los aportes de West (2000), se puede pensar al juego como la herramienta terapéutica que funciona como una vía para contribuir a diversos componentes -como físico, mental, afectivo, espiritual- teniendo en cuenta el pasado, el presente y el futuro del niño/a.

O'Connor et al., (2017) refiere que a través de distintas modalidades del juego y de elementos simbólicos, se puede restablecer el equilibrio mental en menores de edad, lo cual ha sido alterado a raíz de sensaciones conocidas y desconocidas. Así es como el juego como herramienta tiene una gran utilidad. Desde la psicología se puede utilizar por ejemplo para disminuir el miedo o la ansiedad en el niño/a, para brindar información y explicación sobre algún procedimiento médico a realizar, y demás (Morán, 2018).

Siguiendo a Penón (2006), el juego permite conocer y aprender el medio, como así también desarrollarse en él. Es por esto que se conforma como una necesidad inherente al ser humano, siendo así una herramienta vital, de crecimiento y desarrollo. “[...] el juego resulta fundamental en la humanización de los cuidados en el niño porque forma parte de su vida y de su actividad normal, favorece el desarrollo psicomotor y de la personalidad” (Morán, 2018, p.22). Así es como el juego en el niño/a va a conformar la actividad con más relevancia para

su crecimiento, lo cual justifica la utilización como herramienta terapéutica, favoreciendo así el desarrollo de habilidades (Morán, 2018).

Desde los aportes de Klein (1955), el juego constituye la batería de herramientas del psicólogo, lo cual posibilita su interpretación en un encuadre psicoanalítico, siendo así equivalente a la asociación libre de los adultos (Aberastury, 1984).

El juego se considera terapéutico en sí mismo ya que “jugando el niño está construyendo su propio aparato psíquico y la relación de este con el mundo exterior” (Blinder et al. 2008, p.85). Tal como menciona Freire (2017): “es la forma más adecuada para acercarse a un niño. Es ir a buscarlo en su propio campo y dialogar en su propio lenguaje” (p.19). Así es como el juego posibilita que el niño/a pueda expresarse. “Cuando un niño juega, observamos al niño que juega y vamos más allá del contenido y atendemos a las sutilezas que se nos comunican a través de este” (Portalatin Vargas, 2020, p.169).

Siguiendo a Portalatin Vargas (2020), a través del juego el niño/a representa su realidad psicológica, simbolizando su vida emocional, es por esto que se utiliza como el lenguaje propio de los niños/as. “Porque si con el adulto nos servimos de las palabras, con el niño nuestra vía regia es el juego” (Portalatin Vargas, 2020, p.169).

6.3 SUJETO Y SUBJETIVIDAD

Teniendo en cuenta que “El juego dice sobre la niña/o, sobre la producción de subjetividad, sobre los modos sociales, históricos propios de cada época”, (Gaudio y Mirc, 2020, p.7), se considera pertinente comenzar puntualizando el concepto de subjetividad. Para Galende (2004):

La subjetividad es un sistema de representaciones y un dispositivo de producción de significaciones y sentidos para la vida, de valores éticos y morales gobernados por el deseo inconsciente y los ideales del yo. (p.50)

En otras palabras, siguiendo al autor, la subjetividad se configura como un sistema de producción de sentido, significación y valoraciones influyente en nuestras acciones. Es la forma en que pensamos, comprendemos, valoramos y situamos la realidad.

Lego (2009) define el concepto de subjetividad como: “[...] el conjunto de características particulares que hacen del ser humano, un sujeto único e irrepetible, una persona autónoma con pensamientos, deseos, intereses, voluntad propia” (p.2).

“Hablar de la subjetividad es hablar de la condición de los sujetos, de su índole, de sus peculiaridades, de aquello que los delimita y distingue del mundo de los objetos” (Ruiz, 1998, como se citó en Lego, 2009, p.2). Tomando esta definición, se considera necesario aclarar que si bien el concepto de subjetividad puede abarcar el concepto de sujeto, este último tiene una connotación y alcance distinto. Según Levin (1997), el concepto de sujeto:

Está relacionado no ya con lo estructural inmanente al ser humano sino con imágenes, representaciones y aun sentimientos interiorizados y percibidos como propios, de alguna manera articulados a lo que provee en cada momento histórico la cultura y la ideología de la época. (p.342)

El autor refiere que este concepto se entiende relacionado con la estructura, con lo inmanente y permanente en el psiquismo. Por otro parte, la subjetividad es un término relacionado a la imaginización y representaciones del ser humano, conformadas por modelos influenciados por la evolución y los cambios culturales (Levin, 1997). Por su parte, Belinski (2017) menciona: “Puesto que si el sujeto supone la subjetividad, la inversa no es exacta. En el límite puede existir una subjetividad sin sujeto; dicho de otra forma, una pura alteridad sin que ningún sujeto responda a su llamado” (p.19).

A su vez, tomando lo desarrollado por Almagro (2017), es necesario aclarar que la distinción entre las condiciones de subjetividad y las condiciones de constitución psíquica se puede explicar de la siguiente manera: la formación del psiquismo se basa en factores que tienen una permanencia más allá de los modelos sociales y las épocas históricas, y pueden ser definidos dentro de un marco conceptual particular. Mientras tanto, la producción de la subjetividad abarca todos los elementos relacionados con la construcción social del individuo, en términos de producción y reproducción ideológica, así como su articulación con los factores sociales que lo sitúan en un contexto temporal y espacial particular en la historia política.

6.3.1 El camino a la subjetivación

Tomando los aportes de Janin (2011) es importante partir de la idea de que en el comienzo de la vida el aparato psíquico no está constituido. La historia vincular permitirá la constitución de pulsiones sexuales, del yo, de defensas, del superyó y del ideal del yo.

Siguiendo a la autora, las vivencias van a ir dejando inscripciones, conocidas como huellas mnémicas, lo cual conforma marcas que van anudando y reorganizando. “Este modo de inscribir y ligar va a estar determinado por las características de las pulsiones en juego, las defensas predominantes y el tipo de pensamiento que opera en ese momento” (Janin, 2011, p.19)

Al nacer, el niño/a presenta ciertas secuencias de hambre y sueño que corresponden a ritmos biológicos, a su vez, se irán construyendo ritmos psíquicos que partirán del vínculo con otro. Esto se posibilitará mediante el entrecruzamiento de los ritmos propios de la madre, teniendo en cuenta de manera flexible y empática, los ritmos de su hijo, armando así un espacio compartido, lo cual permitirá el principio de placer. Así es como se irán construyendo recorridos de placer-displacer a través de los cuidados proporcionados por la madre, los cuales no solo responden a necesidades sino también a caricias erogenezadoras. Esto conlleva a que ciertas zonas del cuerpo se representen de tal manera que configuren una cadena representacional, conformándose partes del cuerpo con un valor erótico, privilegiadas de placer, lo que se conoce como zonas erógenas, las cuales permiten que se vayan abriendo surcos. Estos permiten recorridos que, enmarcados en una búsqueda constante, se tramitarán permanente (Janin, 2011).

Cabe aclarar que las vivencias no solo son de placer sino que también se pueden inscribir vivencias de dolor que dejan otro tipo de marcas, como así también vivencias calmantes, las cuales permiten a través de un otro, una posibilidad de ligar lo doloroso a otras vivencias. En palabras de Janin (2011): “Así, cuando un niño grita de dolor, la caricia o la palabra de otro puede transformar lo insostenible en tolerable, en una representación pasible de ser ligada” (p.21). La presencia de un otro que pueda tolerar lo que el dolor del niño/a está desencadenando, posibilitará el establecimiento de nuevas redes de representaciones.

Es relevante resaltar que las vivencias que han dejado marcas necesitarán ser traducidas a través de un otro que calme y brinde placer, significando lo vivenciado. Este otro ofrecerá una lectura atravesada por su codificación, lo cual lo transmitirá a través de miradas, palabras y gestos. Así es como le ofrecerá al niño/a una interpretación basada en su propia historia. La autora refiere:

El niño va armando sus redes representacionales, va constituyendo sus circuitos de pensamiento, en relación con los otros que lo rodean, fundamentalmente en relación con el funcionamiento psíquico de esos otros. Si los adultos pueden metabolizar sus

pasiones, tolerar sus propias angustias y contener al niño, le irán dando un modelo que le posibilitará pensar. (Janin, 2011, p.22)

A través de representaciones de otros, se forma una imagen de sí. A partir de estas, las cuales son sobreimpuestas, el niño/a recibe un determinado “ser”.

Entonces, por identificación primaria se constituye un yo (el yo de placer purificado) que, regido por el principio de placer, no se diferencia claramente del funcionamiento pulsional, si bien implica un primer grado de organización de las sensaciones corporales. En ese sentido, este yo va en el sentido de las pulsiones, es agente de las pulsiones, pero se opone a ellas por ser una organización. Como "yo corporal" implica la articulación de las zonas erógenas y a la vez se funda en una identificación primaria en la que se "es" el otro. (Janin, 2011, p.24)

Es importante que el niño/a pueda tolerar aquellos golpes o fracturas narcisistas, lo cual es posible si los padres toleran la caída de “su majestad”, lo cual conlleva reconocer los propios límites y las propias dificultades. Es así como los padres son quienes tienen que poner límite a la satisfacción pulsional, posibilitando así la construcción psíquica del niño/a. Siguiendo a la autora:

Así, durante toda la primera infancia, el yo que reina será el yo de placer, ya no purificado (ideal), un yo que por ser una organización se opone al devenir pulsional, pero que va en el sentido de las pulsiones y en el que predomina el principio del placer. (Janin, 2011, p.26)

Cabe destacar que, tomando los aportes de la autora, con el naufragio del Complejo de Edipo culmina la represión primaria y se instaura el superyó, esto posibilitará que se constituya el yo definitivo. Sin embargo, es necesario mencionar que no todo culmina en la infancia, sino que “(...) la pubertad es un momento reorganizador y puede traer sorpresas” (p.28). Así es como no hay creación absoluta. Es a través del período de la adolescencia que se posibilitan nuevas vías, recorridos, e imágenes que se construyen sobre lo ya inscripto. “Es decir, las determinaciones no son lineales, sino complejas” (p.28).

6.4 DE LA INFANCIA A LA ADOLESCENCIA: REESTRUCTURACIÓN Y TRABAJO PSÍQUICO

Se parte del concepto de adolescencia como proceso abarcativo que incluye lo psicológico, lo sociológico, lo biológico, lo antropológico y judicial. Dicho proceso implica

una transición de un estadio -la infancia- a otro -la adultez-, lo cual implica un trabajo mental que sucede de manera lenta y con dificultades (Lillo Espinosa, 2004).

A su vez, siguiendo al autor, esta etapa tiene dos características fundamentales: pérdida y renovación. Las vivencias psíquicas infantiles van siendo abandonadas, como así también las relaciones infantiles con los padres. “Es un período en el cual destacan los elementos de ruptura, de pérdidas y abandonos necesarios para seguir adelante en el desarrollo, un período donde el adolescente debe elaborar ese duelo con las ansiedades y dolor depresivo consiguiente” (Lillo Espinosa, 2004, p.61). Aberastury y Knobel (1989) destacan los cambios psicológicos y las transformaciones corporales, conducen a una nueva dinámica con los padres y con el entorno. Este proceso sólo puede llevarse a cabo mediante la elaboración lenta y dolorosa del duelo por el cuerpo infantil, la identidad de la niñez y la relación con los padres propia de esa etapa.

Así es como, el período de transformación de la niñez a la adolescencia no solo conlleva transformaciones en el cuerpo -las cuales se deben duelar- sino que también produce modificaciones en la relación con los padres. En un primer momento, los padres representaban en el niño/a el saber absoluto y un poder único, sin embargo, con la llegada de la adolescencia, esta concepción cambia, lo cual le permite al individuo liberarse de la obediencia de ellos -aunque provoque dolor e inseguridad-. “Este cambio es vivido como una pérdida y se expande a sus creencias, relaciones de objeto y al mundo en general, tal como lo conocía de niño/a. En definitiva, afecta a todo el sistema de valores infantiles” (Lillo Espinosa, 2004, p.61).

Como bien mencionan Aberastury y Knobel (1989), estos procesos se dan de manera lenta. Es por ello que el niño/a necesita tiempo para dejar de ser niño/a y crecer. (Lillo Espinosa, 2004).

Kancyper (2007), menciona que la adolescencia se puede considerar un punto de llegada debido a que las inscripciones latentes y los traumas de la infancia, que fueron reprimidos de manera caótica y quedaron latentes, adquieren un nuevo significado durante esta etapa, la cual se caracteriza por un cambio en la forma de pensamiento del niño/a, permitiendo que ciertos recuerdos reprimidos se resignifiquen.

Simultáneamente, la adolescencia también representa un punto de partida. Con el tiempo, se abre la posibilidad de nuevas significaciones, más allá de los ideales paternos -yo

ideal- y sociales. El adolescente, con una nueva organización y estructura psíquica, deja atrás el pensamiento infantil y comienza a observar las cosas desde una perspectiva diferente, lo que le permite adquirir nuevas comprensiones. Esta nueva postura da lugar a la confrontación con los padres, ya que el adolescente empieza a interpretar y cuestionar las cosas de manera distinta a la de sus progenitores, formando así su propia identidad. Es un punto de partida porque, a través de la resignificación de las inscripciones latentes, el adolescente adquiere una nueva postura que gradualmente se transforma en la identidad adulta.

Todo este proceso contribuye al reordenamiento identificatorio del adolescente, que es el objetivo principal de esta etapa para conformar la identidad adulta. Este reordenamiento implica la reorganización de todas las estructuras del aparato psíquico: yo, superyó, ideal del yo, yo ideal, etc. La nueva identidad adulta resulta de esta reorganización, la cual requiere, ineludiblemente, la confrontación paterna o generacional. Para que esta confrontación sea efectiva, es imprescindible la admisión de la alteridad, es decir, reconocer y aceptar la existencia de perspectivas diferentes.

Por su parte, Grassi (2010) menciona que la organización psíquica alcanzada durante la infancia debe ser reconfigurada frente a las nuevas realidades y demandas de la vida adolescente. Este proceso implica un trabajo psíquico intenso, donde lo previamente establecido y dado como estructura debe ser cuestionado y desafiado. La meta de este proceso es lograr una nueva organización psíquica que permita al individuo enfrentar las complejidades de la vida adulta.

6.5 MECANISMOS DE DEFENSA EN LA INFANCIA

Con “Mecanismos de defensa” se hace referencia a aquellas funciones reguladoras de cargas de energía. La finalidad es evitar perturbaciones que provengan de un exceso de excitación emocional. A su vez, muchos de los mecanismos existentes pueden producir una satisfacción sustitutiva para resolver un problema (Vels, 1990).

Tomando en cuenta lo desarrollado por Echevarría (2011), los mecanismos de defensa se pueden considerar estrategias para evitar o disminuir el dolor. Los primeros y principales aportes han sido en 1984 cuando Sigmund Freud presentó su obra *Las Neuropsicosis de Defensa*. Posteriormente, el autor ha ido ampliando su concepción en otras obras. Más tarde,

Anna Freud profundizó estos estudios en 1936, enumerando diez mecanismos. Cabe destacar que a lo largo del tiempo, muchos autores de diferentes corrientes, han ampliado la clasificación. A continuación se desarrollan los mecanismos de defensa que, según Echevarría (2011), son frecuentes en la infancia:

- **Represión:** Implica mantener ciertos recuerdos, deseos o sentimientos que se perciben como desagradables o amenazantes fuera de la consciencia. Se considera que opera en la vida diaria de los niños/as, desde temprana edad. Se acude al mismo cuando se producen experiencias traumáticas, sobre todo en los primeros años de la infancia.
- **Negación:** a partir de este mecanismo se niega la realidad. Es empleado por niños/as de temprana edad, especialmente hasta los seis años.
- **Regresión:** el sujeto retorna a formas de comportamiento de etapas anteriores superadas, generalmente regresa a aquellas etapas del desarrollo donde se sentía seguro y protegido. En los niños/as es común que la regresión aparezca ante cambios o situaciones nuevas como por ejemplo la llegada de un nuevo integrante a la familia.
- **Fantasía:** cuando actúa como mecanismo de defensa, la persona acude a esta para evadir o realizar imaginariamente ciertos deseos que no pueden ser satisfechos de otra forma. En la infancia, el juego es una de las vías principales por la cual se manifiesta.
- **Somatización:** a partir de este mecanismo se transforman los sentimientos o deseos que pueden resultar amenazantes en manifestaciones somáticas. Es frecuente que los niños/as expresen diversos conflictos psicológicos a través de esta manifestación.
- **Proyección:** a través de este mecanismos se atribuyen pensamientos, sentimientos, deseos o cualidades propias hacia el exterior, sin reconocer que provienen de uno mismo.

6.5.1 Proyección: mecanismo predominante en el juego

Siguiendo con los aportes de Echevarría (2011), es menester hacer hincapié en el mecanismo de Proyección, el cual es frecuente evidenciar en el juego del niño/a. Este se emplea como medio para rechazar deseos y actividades propias que podrían resultar peligrosos, lo que permite atribuir la responsabilidad en el mundo exterior.

Por medio del juego, el niño/a proyecta su mundo interno y esto le permite vivenciar en forma activa los conflictos que enfrentan en su cotidianidad (Moya León, 2021). “El juego, sea repetitivo, simbólico, caótico, incluso cargado de delirios y alucinaciones forman parte de un proceso donde el niño/a descarga, expresa y proyecta lo que le sucede” (Carrasco Zurita, 2017,p.33). En muchas ocasiones el niño/a se ve en la necesidad de expresar aquellos sentimientos -como angustia, confusión- que envuelven una o más situaciones conflictivas. “Todo niño/a naturalmente en sus juegos suele armar escenas con distintos personajes para revivir determinadas situaciones y así, de esta manera, es como logra ir entendiendo y resolviendo todo aquello que le preocupa” (López, 2014, p.37).

Es importante destacar que, los niños/as de temprana edad no cuentan aún con el uso pleno del pensamiento abstracto, sino que se manejan con el pensamiento concreto. Es por esto que se ven en la necesidad de utilizar elementos concretos -juguetes o acciones- para poder pensar y elaborar lo que les sucede. Asimismo, los muñecos y otros juguetes se convierten en blancos de proyecciones e identificaciones. Los niños/as proyectan en estos juguetes a las personas de su entorno, lo que resulta muy útil para evaluar cómo se vinculan con cada individuo, con quiénes se identifican, a quiénes idealizan y a quiénes temen en su vida cotidiana. Este proceso de identificación y proyección ayuda a los terapeutas a entender mejor las dinámicas relacionales del niño/a y los conflictos emocionales que enfrenta.

Los niños/as se van proyectando a sí mismos y su historia en las escenas lúdicas que arman, para luego, tal y como si se tratara de una película, poder observarse desde afuera y lograr entender o elaborar lo que les está sucediendo o lo que les ha sucedido. (Lopez, 2014, p.61)

Asimismo, en 1932, Melanie Klein señala:

El niño al jugar, vence realidades dolorosas y domina miedos instintivos, proyectándolos en el mundo exterior hacia los juguetes. Mecanismo que ella considera posible, ya que supone en el niño la temprana capacidad para la simbolización. El juguete permite que el niño venza el miedo a peligros internos, constituyendo así un puente entre fantasía y realidad (Klein, 1932, como se citó en Cornejo, 2014).

Así es como se destaca la relevancia de la proyección, especialmente en el juego de los niños/as. Este mecanismo les permite expresar y enfrentar conflictos internos. A través del juego, los niños/as pueden revivir situaciones, descargarse emocionalmente y comprender, de manera simbólica, lo que les preocupa. En este contexto, el juego se convierte en un valioso puente entre la fantasía y la realidad, permitiéndoles superar miedos y elaborar conflictos.

6.6 ELABORACIÓN DE LO TRAUMÁTICO

6.6.1 *Lo Traumático*

Se parte de la noción de "lo traumático" propuesta Benyakar (2007) quien considera el trauma como un proceso psíquico caracterizado por la desarticulación entre afecto y representación. Este enfoque enfatiza en que una situación o evento en sí mismo no constituye trauma, sino que es potencialmente disruptivo. Es decir, posee la capacidad de desestabilizar los procesos psíquicos, pero no garantizan que dicha desestabilización ocurra en todos los individuos expuestos a ellos.

Teniendo en cuenta de que algunos eventos pueden no causar un proceso traumático, dependiendo de cómo cada individuo lo vivencie, el autor introduce el concepto de "lo disruptivo" para calificar la potencialidad de un evento fáctico de desestabilizar el psiquismo. Este término permite analizar y evaluar la capacidad disruptiva de un evento sin asumir automáticamente que genera trauma.

"Lo traumático" se define como un fenómeno exclusivamente psíquico que resulta de un impacto externo que provoca una falla en la capacidad de procesamiento del individuo. La "vivencia traumática" se entiende como un proceso psíquico de desarticulación entre afecto y representación, originado por la incapacidad de introyectar activamente el impacto disruptivo. Este proceso no pertenece al orden de la represión ni al conflicto, sino que se caracteriza por la "vivencia de no vivencia", una experiencia donde el individuo no puede procesar adecuadamente lo ocurrido.

¿Qué sucede cuando en el psiquismo de un niño/a durante un evento traumático? Tomando los aportes de Franco et al. (2017), el Yo del niño/a se siente abrumado y desbordado por un exceso de excitación que no puede manejar. Para poder continuar, necesita implementar mecanismos de defensa. Algunos elementos de lo que resultó traumático serán reprimidos. Lo reprimido no se manifiesta de manera directa, sino que se muestra a través de sus representaciones, influenciado por mecanismos de desplazamiento y condensación. Podemos acceder a lo reprimido mediante la aparición de un síntoma.

Vivencia traumática entonces, según el punto de vista freudiano clásico, en la medida en que desborda la capacidad psíquica de metabolización y hace emerger la angustia

automática que no permite el desarrollo de mecanismos defensivos adecuados y eficaces. (p.82)

6.6.2 El juego como herramienta para la elaboración de lo traumático

El juego en el consultorio psicológico es una herramienta poderosa para la elaboración de lo traumático en los niños/as. A través de la proyección, el pensamiento simbólico, la escenificación del trauma y la compulsión a la repetición, los niños/as pueden procesar y entender mejor sus experiencias dolorosas.

Tomando los aportes de López (2014), es a través del juego que los niños/as se proyectan a sí mismos y su historia en las escenas lúdicas que crean. Como si se tratara de una película, pueden observarse desde afuera y entender mejor lo que les sucede o les ha sucedido.

Teniendo en cuenta que el juego permite a los niños/as asociar libremente secuencias enteras de ideas, convirtiéndose en un modo de pensar a través de objetos concretos, juguetes y acciones, las escenificaciones lúdicas facilitan la expresión del mundo interno. Es a través del proceso de simbolización que se posibilita la elaboración de lo traumático, ya que permite a los niños/as representar y manejar situaciones difíciles de una manera que puede ser más accesible y menos amenazante que la verbalización directa de sus experiencias.

Así es como, siguiendo a la autora, en la clínica, los niños/as desarrollan actividades lúdicas que giran en torno a escenificar simbólicamente cómo vivieron su trauma a nivel psíquico: sus pesadillas, miedos, vergüenzas, culpa, confusión, desilusión, deseos de venganza contra quienes les hicieron daño y, en casos extremos, deseos de morir para no sufrir más.

El juego de elaboración de lo traumático también se relaciona con el mecanismo de la compulsión a la repetición, donde los niños/as intentan recrear el hecho traumático en un intento fallido de buscar o tramitar algún tipo de explicación para el trauma vivido. Este proceso puede durar meses o incluso años, en los casos más severos, y consiste en escenificar repetidamente la escena traumática de múltiples maneras. A través de esta repetición, los niños/as intentan aproximarse a una hipótesis explicativa que les permita comprender de alguna manera qué fue y por qué les sucedió lo que les sucedió (Lopez, 2014).

7. MODALIDAD DE TRABAJO

La experiencia de la Práctica Pre profesional Supervisada de la Universidad Católica de Córdoba se llevó a cabo en el Hospital Infantil Municipal de la provincia de Córdoba en el período comprendido entre abril y noviembre del año 2023. La modalidad de trabajo consiste en la sistematización de experiencia de la práctica, Jara Holliday (2011) afirma que consiste en:

La interpretación crítica de las experiencias que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido en ellas: los diversos factores que intervinieron, cómo se relacionaron entre sí y por qué lo hicieron de ese modo. (p. 3)

Cabe destacar que el autor plantea que la sistematización “no se reduce a narrar acontecimientos, describir procesos, escribir una memoria, clasificar tipos de experiencias, ordenar los datos” (p. 4) sino que también se plantea como objetivo producir algo nuevo desde la reflexión crítica ya que permite apropiarse de aprendizajes de la experiencia.

7.1 CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS

En el presente trabajo la unidad de análisis está conformada por la selección de 5 (cinco) niños/as entre 6 (seis) y 10 (diez) años que asisten a consultorios externos del Hospital Infantil Municipal en diferentes periodos de tiempo entre los meses de abril y noviembre del año 2023.

A continuación, se presenta una tabla (Tabla 1) que detalla cada uno de los casos seleccionados. Cabe destacar que los datos personales han sido modificados para resguardar y preservar la identidad de los pacientes.

Tabla 1*Casos seleccionados*

Caso N°	Nombre	Edad	Motivo de consulta
1	Nadia	6 (seis)	Problemas de conducta
2	Emilia	6 (seis)	Conflictiva vincular intrafamiliar
3	Ezequiel	6 (seis)	Problemas de aprendizaje y de conducta
4	Josefina	10 (diez)	Conflictiva vincular intrafamiliar
5	Tomás	9 (nueve)	Ansiedad por separación

7.2 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para obtener los datos requeridos para alcanzar los objetivos del presente trabajo, además de consultar la literatura relevante, se han seleccionado ciertos instrumentos como lo son: observaciones participantes, observaciones no participantes y registros de campo. Esto configura el material principal para realizar, a través de la sistematización, una reconstrucción y ordenamiento pertinente de la información.

La observación participante consta, según los aportes de Yuni y Urbano (2006) en la implicación del observador en la situación que está siendo observada, especialmente cuando dicha implicación requiere interactuar activamente con la realidad que se está estudiando, estableciendo un contacto estrecho. Este instrumento es el que se ha utilizado con mayor frecuencia, en donde la información recolectada se ha plasmado en el cuaderno de campo.

A su vez, como herramienta de recolección también se ha utilizado la observación no participante la cual, siguiendo a los autores, implica cierta distancia de los fenómenos que están siendo observados en la realidad. Es decir, mientras que en la observación participante se participa de manera activa, en la observación no participante se observa de manera pasiva.

En lo que respecta a los registros de campo, en el transcurso de la práctica se fueron redactando registros diarios que describen en detalle lo ocurrido después de cada

involucramiento en las actividades dentro de la institución. Los datos registrados representan una selección de lo que se considera más significativo. Tal como menciona Jara Holliday (2011), es de suma importancia registrar lo ocurrido en la experiencia de prácticas.

7.3 IMPLICACIONES ÉTICAS

La práctica se encuentra adherida a responsabilidades y normativas deontológicas presentes en el Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (FePRA).

Se destaca la confidencialidad, la cual hace referencia al secreto profesional, en donde la información de la persona se maneja de manera confidencial, como es el caso de la identidad, la cual se preserva sustituyendo nombres y cualquier otro detalle que pueda llevar a su identificación. Esto se debe a que: “Los psicólogos tienen el deber de guardar secreto asegurando así la confidencialidad de todo conocimiento obtenido en el ejercicio de la profesión” (Código de Ética de la FePRA, 2013, p.6). Debido a que la población está constituida por menores de edad, la comunicación a padres, tutores o instituciones, es realizada a través de información seleccionada con la finalidad de que no afecte el futuro de los menores ni pueda ser utilizada en su detrimento.

A su vez, es de suma importancia el consentimiento informado el cual tiene que ver con la manera en que el profesional se dirige a su paciente, en donde se le informa de manera explícita cuál es el rol y se le pregunta si desea que esté presente durante la entrevista. Tomando los aportes del Código de Ética de la FePRA (2013): “Esta obligación se sustenta en el respeto por la autonomía, entendiendo que es válido cuando la persona que lo brinda lo hace voluntariamente, y con capacidad para comprender los alcances de su acto.” (p.5). Teniendo en cuenta que la población está conformada por menores de 15 años, la obtención del consentimiento se obtiene del responsable legal del paciente, sin embargo se procura el acuerdo de la persona involucrada, siempre y cuando lo pueda dar, cuidando de esta manera el derecho a la intimidad.

Asimismo es importante el seguimiento del principio de Respeto por la Dignidad y los Derechos de las Personas y los Pueblos, el cual está vinculado con el reconocimiento de la libertad de elección de los individuos, guardando respeto y valor de manera igualitaria para todas las personas, teniendo en cuenta la privacidad, el bienestar, la seguridad y la dignidad.

8. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

8.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO

El comienzo de año vino aparejado de una incertidumbre con mucho peso: ¿qué práctica me gustaría realizar? Es a raíz de esta pregunta que inicié un proceso al que llamé “vocacional” ya que comencé a explorar mis gustos e intereses. Esta necesidad surgió a partir del abanico amplio y variado que ofrece la psicología.

Es por ello que pasé mucho tiempo pensando en qué contexto y hacia qué población me gustaría ejercer esta profesión que tanto atesoro. A pesar de estar interesada por más de un contexto, había un sentimiento dentro mío que no generaba dudas: amor hacia los niños/as. Sin embargo, mi objetivo era no cerrarme, es por esto que mi escucha siempre estuvo abierta y decidí investigar sobre todos los contextos. Luego de esta etapa llegó el momento de tomar una decisión. Comencé a seleccionar, dentro de las instituciones que nos ofrecieron desde la Universidad, aquellas prácticas que me permitieran ejercer la psicología hacia la población infanto juvenil.

El momento de comunicar los resultados de las prácticas había llegado. La emoción y el nerviosismo me invadieron. Una vez que me dieron a conocer que quedé seleccionada para la institución que tanta ilusión me generaba, comencé a vivenciar lo que denominé: “El proceso de práctica”.

El martes 25 de abril el hospital me abrió sus puertas. Los nervios, la incertidumbre y la emoción se hicieron protagonistas. La jefa de servicio fue la encargada de recibirme y enseñarme las instalaciones del hospital a través de un recorrido sobre el mismo. Ese día se pactó, de una manera organizada, qué días debía asistir a la práctica. Desde el inicio se marcó la importancia de la flexibilidad tanto por parte del hospital y sus respectivos profesionales, como de mi parte.

La organización en una primera instancia consistió en asistir los días martes, miércoles y viernes rotando entre dos de las psicólogas. Con el paso del tiempo, los días y las actividades se fueron modificando.

A medida que comencé a transcurrir mis primeros días de prácticas, cada vez surgían más interrogantes. Al comienzo, se trataban de cuestiones organizativas como por ejemplo: ¿Cómo funciona el sistema de turnos? ¿Cómo se distribuyen los consultorios? ¿Cómo se computa la historia clínica?, como así también interrogantes respecto al rol del psicólogo

dentro del hospital: ¿Cómo se realiza una interconsulta? ¿Cómo es el manejo del tiempo? ¿De qué manera derivar un paciente? ¿Cómo y en qué ocasiones se realiza un informe?

Con el paso del tiempo, las dudas llegaron en torno a mi rol como practicante: ¿Qué lugar ocupó? ¿Mi presencia molesta? ¿Cómo interpretarán los niños/as y los padres que yo esté aquí? El transcurso mismo de la práctica fue dando respuesta a estas preguntas que estaban cargadas de ansiedad. El hecho de que la institución sea un “Hospital Escuela” hizo que pueda comprender qué lugar ocupó. Cruzar en los pasillos a otros estudiantes de diversas disciplinas, hizo también que me sienta, en cierto punto, más acompañada.

A pesar de que llevaba pocos días de práctica, pude identificar que los aprendizajes eran muchos. Cada día se aprendía algo nuevo. Los profesionales con quienes había rotado siempre se mostraron dispuestos a responder aquellas dudas e interrogantes que iban surgiendo. Aprendí sobre instituciones que no conocía, como por ejemplo el SPD (Servicio de Protección de Derechos), las Juntas de Discapacidad para tramitar el CUD (Certificado Único de Discapacidad), la Casa del Joven, la SeNAF (Secretaría de Niñez Adolescencia y Familia), entre otras.

Las actividades en las que participé en una primera instancia consistieron en presenciar consultas y entrevistas de admisión en los consultorios externos, participar de intervenciones en el internado y asistir los días viernes al ateneo de salud mental. Con respecto a esta última actividad, despertó un interés particular en mí ya que en esas dos horas se desplegaba el trabajo interdisciplinario. A raíz de una presentación teórica o práctica, las distintas profesionales que integran el equipo de salud mental -tres psicólogas, dos psiquiatras, una psicomotricista y dos psicopedagogas- daban cuenta de cómo trabajan en conjunto, de manera integral. Tal fue el interés por estas reuniones que comencé a investigar sobre el tema que estábamos trabajando- Trastornos somáticos- y encontré un artículo interesante, el cual decidí presentar, mediante un powerpoint, en el segundo ateneo. Sentí nervios ya que recién estaba conociendo al equipo pero el clima se prestó para conversar con comodidad y confianza.

Así fue como comencé a entablar vínculos con los diversos profesionales. Los días viernes se convirtieron en un espacio más que agradable. Cada profesional llevaba su mate y desayuno para compartir.

Se destaca la importancia y la riqueza del trabajo interdisciplinario. Esta fue una de las razones por la cual decidí realizar mis prácticas en el Hospital. El poder presenciar cómo entre profesionales se acercan a los consultorios a derivar un paciente, o cómo en los pasillos conversan sobre determinado caso, es fascinante. Las interconsultas que he presenciado han sido con psiquiatría, neurología, neurocirugía, fonoaudiología, pediatría, psicopedagogía, dermatología, diabetología, oncología, nutrición, servicio social y médicos que trabajan en la guardia. El Hospital cuenta con una variedad de disciplinas y es increíble ver cómo todas se relacionan entre sí y que si se trabaja en conjunto, los cambios y mejoras son notables.

Debido a que los ateneos culminaban a las 11 de la mañana, me quedaban dos horas para rotar con algún profesional. El primer viernes una de las psiquiatras me ofreció ir con ella. Me pareció interesante poder presenciar consultas que salgan del encuadre de la psicología por lo cual, al culminar el día, le pregunté a la jefa de servicio -quien era mi referente institucional- si los días viernes podía estar con esta psiquiatra, ella sin dudar me dijo que sí. Así fue como los días martes estaba con una de las psicólogas, los días miércoles con otra psicóloga y los días viernes, luego de participar del ateneo, me iba con una de las psiquiatras.

Con el transcurso del tiempo la referente institucional me preguntó qué actividades estaba haciendo y si estaba pudiendo presenciar intervenciones en el internado. Le comenté que los días que estaba rotando no era frecuente subir al internado. En conjunto pudimos organizar que rotara entre los días miércoles y jueves para que pueda abarcar más áreas del hospital. Es así como los días jueves comencé a presenciar intervenciones en internado, las cuales brindaron un panorama especial sobre el rol del psicólogo. Las intervenciones allí fueron en su mayoría hacia pacientes de psicooncología, pero también hacia pacientes con otras enfermedades orgánicas como por ejemplo, fibrosis quística. El internado abarcaba tanto salas comunes, como así también aislamientos y terapia intensiva.

Con el transcurrir de mis días en el hospital, la psicóloga de los días martes me ofreció participar de la revista de sala que se realizaba a las 7:30 hs. Debido a que mi interés siempre fue aprender de todas las áreas de la institución, le agradecí la propuesta y el siguiente martes participé de la primera revista de sala. Trataba de intervenciones a pacientes internados de neurocirugía en donde junto a los doctores del área, una fonoaudióloga y una kinesióloga se visitaba al paciente para hacer un seguimiento de su estado físico y su salud mental. En

muchas ocasiones se acompañaba a los doctores a transmitir a los padres noticias sobre cuestiones médicas.

Otras actividades de las que participé son: “Instantáneas” y “Talleres de diabetes”. La Instantánea se trataba de un espacio llevado a cabo para los residentes de medicina. Allí se presentaban casos y se les ofrecía un espacio a los estudiantes para plantear modos de intervención. Esta actividad se llevaba a cabo todos los días de 8 a 9 hs. Con respecto al Taller de diabetes, se trataba de un dispositivo en donde los participantes eran padres de niños/as con diabetes, quienes eran agrupados por edad de sus hijos y coordinados por una de las psicólogas. Este dispositivo grupal despertó un gran interés en mí.

Con el paso del tiempo y a medida que fui tomando confianza con los profesionales, he podido intercambiar conversaciones enriquecedoras e interesantes para mi formación. Una de las licenciadas se ha mostrado comprometida compartiendome bibliografía para que pueda fotocopiar. Con la referente institucional compartí solo los ateneos, sin embargo, siempre estuvo pendiente de mi práctica y se aseguró de que me sintiese cómoda.

Desde el inicio de la práctica evidencí un colapso de turnos de salud mental. Debido a esto, a mitad de año, se presentó la documentación correspondiente para solicitar que se incorpore al equipo otra Licenciada en Psicología. Este pedido se realizó con éxito y se sumó al equipo una nueva profesional. En un ateneo nos presentaron, ella comentó que trabaja desde la corriente Gestalt y nos brindó una clase explicando su modo de trabajo. Resultó de mi interés. Ante esto, la psicólogo me compartió material de lectura.

Con el paso del tiempo, comencé a rotar con una de las psiquiatras, de quien aprendí mucho ya que a pesar de ser de la misma especialidad que la otra psiquiatra -con la que he rotado-, trabajaban con modalidades diferentes. A su vez, en uno de los ateneos, la referente me planteó la posibilidad de subir al internado a presenciar el juego en pacientes con fibrosis quística. Abiertamente le dije que me interesaba, y me contacté con la psicóloga encargada de esta área para poder coordinar qué días y en qué horarios puedo presenciar su manera de trabajar.

Así es como, con el transcurrir de la práctica, participé de Consultas de psiquiatría, Consultas de psicología, Entrevistas de admisión, Entrevistas de seguimiento con los padres, Internado general, Terapia Intensiva, Psicooncología, Ateneos, Talleres de diabetes, Revista de sala, Instantáneas y Programa de Fibrosis Quística. Siempre le otorgué un valor

importante a la posibilidad de abarcar esta cantidad de actividades que son de suma importancia y riqueza para mi período de formación.

Cabe destacar que, una de las psicólogas me ofreció preparar en conjunto un ateneo sobre Hora de juego. Intercambiamos ideas y trabajando juntas preparamos una clase que presentamos un viernes. Me sentí cómoda trabajando con esta profesional. A pesar de los nervios de exponer, pude desplegar con claridad lo que habíamos preparado.

Con el transcurrir del tiempo, a medida que fui avanzando en el trabajo de la práctica y una vez que definí mi eje a sistematizar, conversé con mi referente institucional sobre la posibilidad de rotar más días con la psicóloga que trabajaba plenamente con hora de juego -debido a que sus pacientes son pequeños y su herramienta principal es el juego-. La referente se mostró abierta a mi propuesta, me propuso que lo comunique con la psicóloga y que de ahora en más vaya perfilando mi práctica hacia el tema que voy a trabajar. Considero que la flexibilidad y apertura por parte del hospital fue de un gran valor para mi práctica ya que me permitió profundizar acerca de lo que me ha resultado de mayor interés.

Se acercaba el mes de noviembre y una de las psicólogas me comentó la idea de preparar mi despedida un viernes de ateneo. Así fue como el viernes 7 de noviembre me dirigí al Hospital sabiendo que iba a ser mi última vez allí. Nervios, emoción y felicidad me invadieron. En el día de la fecha una de las psiquiatras dió una clase acerca de psicofarmacología y al culminar, una de las psicólogas enciende su computadora y menciona que tiene un caso para articular con la clase. Cuando la computadora se prende, comienza a reproducirse un video sorpresa que me prepararon para mi despedida. La emoción se hizo protagonista.

Al culminar el video, las profesionales del equipo me pidieron que les de una devolución, así que procedí a leer una nota que había preparado con anticipación. Luego les entregué unos presentes a modo de agradecimiento por estos meses compartidos. Al finalizar el ateneo, cada profesional me dirigió unas palabras. Fue un cierre lindo y necesario. Las palabras de agradecimiento fueron las protagonistas.

8.2 ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

En los siguientes apartados se persigue abordar los objetivos específicos delineados en el presente trabajo. Con dicho propósito, se llevará a cabo una articulación teórico-práctica a partir de la información registrada de 5 (cinco) pacientes, previamente seleccionados, de Consultorios Externos de Psicología del Hospital Infantil Municipal de la Ciudad de Córdoba durante abril-noviembre del año 2023.

Es importante resaltar que los registros obtenidos representan solo una parte del caso completo del paciente. Debido a limitaciones de tiempo en la institución, se analizan únicamente las viñetas que se adecuan a los objetivos, sin desarrollar el caso clínico en su totalidad.

8.2.1 Manifestaciones clínicas del mundo interno a través del juego

*“Todos los aprendizajes
más importantes de la vida
se hacen jugando”
Francesco Tonucci.*

Es a través del juego que el niño/a proyecta su mundo interno, desplegando en la sesión aquellos conflictos que enfrenta en su vida cotidiana. Allí radica la importancia de que el psicólogo pueda decodificar, comprender y verbalizar los símbolos que el niño/a no emite de forma consciente. A continuación, se describen las manifestaciones clínicas de 3 (tres) pacientes de Consultorios Externos, con la finalidad de caracterizar el mundo interno a través de viñetas de juegos simbólicos.

De oruga a mariposa: una adolescente en mudanza y transformación

Josefina asiste al consultorio como lo viene haciendo desde hace un tiempo. Al llegar, la psicóloga le propone una actividad nueva, la cual consiste en poner en escena historietas que creó la paciente en sesiones anteriores, con la finalidad de poder historizar y metabolizar conflictos internos de la niña.

En un primer momento, escoge cuál de las historietas le gustaría representar y luego, selecciona todos los juguetes que le servirán para su escenificación -casa, muebles, auto,

avión, paracaídas, árbol, conejo, gato y muñecos playmobil-. Una vez que los materiales estaban listos, comienza a grabar con una filmadora la historia titulada: “El viaje de las mascotas”. La misma, *“Se trataba de una mudanza, en donde dos personajes junto a sus dos mascotas viajaban en avión pero caían en paracaídas, quedando atascados en un árbol”* (Registro N°29, 18/07/2023).

Este juego se caracteriza por ser defensivo. Por un lado, se observa la represión como mecanismo que se manifiesta en su forma de jugar, ya que los recuerdos intentan emerger a la conciencia para ser elaborados, manifestándose el inconsciente de manera disfrazada en el juego. Asimismo, es a través del mecanismo de proyección que la paciente puede externalizar su mundo interno a través de los juguetes para encontrar sentido a aquellos sentimientos que emergen, como enojo y angustia: *“Al finalizar el juego, se angustia y rompe en llanto expresando enojo hacia su padre. Cuenta que éste le prometió visitarla y no fue, expresa que es un irresponsable”* (Registro N°44, 22/08/2023).

¿Qué la angustia de esta situación? ¿Qué intenta elaborar? Se hace evidente un conflicto entre su deseo -padre presente- y la realidad -padre ausente-. Esta situación le provoca tanto dolor que la angustia. Josefina debe elaborar la pérdida del padre que tuvo en la infancia, un papá que se presentaba cargado de regalos y compartía tiempo de calidad con la niña. Debe poder atravesar el duelo por esta pérdida para dejar atrás a aquel padre de la infancia.

¿Por qué ahora aparece la angustia? ¿Por qué en este momento escenifica este conflicto? Es importante situar las manifestaciones clínicas con respecto a la edad de la paciente. Considerando que se encuentra en la antesala de la pubertad, la angustia aparece porque la adolescencia es un punto de llegada y un punto de partida para abrirse a nuevos significados sobre sus experiencias pasadas. Hay una nueva forma de pensamiento, Josefina comienza a cuestionar y reflexionar sobre su pasado. A partir de la historización la niña puede hilar cuestiones de su vida. Un dato significativo es que su mamá se mudó a Argentina ante una situación que no pudo resolver, esto da un indicio de cómo ella resolvió su malestar y por ende, Josefina ha encontrado la mudanza, la huida, el cambio de país, como una solución al malestar intolerable que siente en la realidad. Buscando de esta manera un escape hacia un lugar imaginario donde las cosas sean diferentes y donde ella pueda experimentar otras sensaciones.

La mudanza que se presenta en el juego viene a representar por un lado, el deseo de cambiar la realidad actual que le está causando dolor. Por otra parte, representa los cambios que se producen en su cuerpo y psiquismo ya que se encuentra en fase de transición, lo que conlleva a la necesidad de dejar atrás lo conocido -la infancia- y enfrentarse a lo desconocido -la adolescencia-.

Asimismo, ocurren transformaciones en sus dinámicas familiares. Un cambio significativo es la llegada de un hermano menor, lo que lleva a que su madre se ocupe del bebé, mientras que Josefina asume un nuevo rol como hermana mayor. Además, se evidencian transformaciones en la relación con su padre, ya que la niña expresa sentimientos de enojo y angustia frente a ciertos comportamientos de él. Se evidencia la caída de la omnipotencia de los padres, tal como la caída del avión en su juego, la cual consigue amortiguar a través del paracaídas.

Los cambios mencionados se interpretan desde los planteos de Knobel y Aberastury (1989), quienes sostienen que en el proceso adolescente se atraviesan tres duelos: por un lado, el Duelo por el cuerpo infantil, en donde se espera que el adolescente se extrañe de lo que ocurre en su propio cuerpo; por otro lado, el Duelo por la identidad infantil, en donde se renuncia a la dependencia infantil asumiendo nuevas responsabilidades; y en tercer lugar, el Duelo por los padres de la infancia, en donde los padres pierden la imagen de autoridad que poseían frente a los hijos. Éstos se pueden pensar escenificados en el juego de la paciente como aquellos cambios, transformaciones y pérdidas que representa con la mudanza y el viaje.

Todos estos procesos adolescentes requieren de ser elaborados por el psiquismo, ya que aparecen de manera abrupta y generan desorden. En el juego de Josefina, el momento en que los personajes de la historia quedan atrapados en el árbol, representa una pausa significativa, una necesidad clara de espera que surge porque la transformación que está experimentando requiere una reestructuración profunda de su organización psíquica. Este proceso demanda tiempo para abandonar la niñez y avanzar hacia una nueva etapa. Josefina se encuentra en medio de una transformación que implica un trabajo psíquico considerable, ya que la organización psíquica que se estableció en la infancia se desordena, necesitando ser reorganizada mediante cambios y ajustes que deben abordarse en términos de complejidad (Grassi, 2010).

“Que no me vean”

Nadia acude a las primeras sesiones de consulta psicológica en el Hospital. Anteriormente se realizó una entrevista con adultos referentes: su madre adoptiva y la pareja de esta. A continuación se presenta, a modo de viñeta, el juego de la niña:

En el medio de la sesión, mientras explora distintos juguetes, encuentra una radio y de manera simbólica la utiliza a modo de teléfono celular colocándola en la oreja mientras comunica que recibió un llamado, y agrega: *“Es la persona más importante del mundo, el juez...me dijo que van a venir los extraterrestres”* (Registro N°38, 08/08/2023). Ante esta situación, la psicóloga y la paciente se escondieron debajo del escritorio, mientras que yo, por mi parte, imité el sonido de la puerta y me referí a los extraterrestres diciendo en voz alta: *“No están aquí. Vayan a otro lado”* (Registro N°38, 08/08/2023). Después de esta dinámica, la niña nos pidió que intercambiáramos roles: nos escondimos junto a la psicóloga y ella tocó la puerta.

En la sesión siguiente, se repite nuevamente la dinámica:

“Atiende el teléfono y habla con el juez, quien le dice que van a venir los extraterrestres, luego golpea la puerta, nosotras nos escondemos y ella los atiende diciéndoles que no estamos. Repetimos esta secuencia dos o tres veces. La niña muestra gran preocupación por resguardar a sus peluches”. (Registro N°41, 15/08/2023)

La semana siguiente:

“Encuentra el teléfono de juguete y hace que el juez llama para avisar que vienen los extraterrestres. Se repite el juego de escondernos y decirles a los marcianos que se vayan. Esta dinámica se repitió unas tres o cuatro veces”. (Registro N°44, 22/08/2023)

¿Por qué la niña escoge esta escena para representar? La dinámica del juego es siempre la misma: recibe un llamado del juez y se esconde debajo del escritorio. Este comportamiento denota una necesidad de protección, de buscar un lugar seguro, en donde los extraterrestres no la vean. Entonces, ¿para qué necesita protegerse? Nadia intenta recrear un escenario que vivió pero esta vez lo representa desde un rol activo, utilizando el recurso de la

protección. En situaciones pasadas, no pudo resguardarse ni tomar decisiones, sintiéndose en una posición de pasividad y desprotección ante las circunstancias.

A modo de analogía, se puede pensar el juego que despliega la niña como si fuese una puesta en escena de una obra de teatro, en donde ella es la protagonista. En esta obra, el acto de "escondarse" es el tema central. A su vez, en esta obra hay dos personas más: el juez y los extraterrestres. ¿Qué papel cumplen? Teniendo en cuenta que la niña vivenció de pequeña una situación de abandono por parte de su madre, experiencia que fue intervenida de manera legal con la participación de un juez, estos personajes son plasmados en la escena para representar figuras de autoridad y peligro, lo cual entrelaza con su experiencia pasada.

La repetición sesión tras sesión de esconderse y protegerse en su juego, sugiere un intento por parte de Nadia de elaborar y procesar las situaciones que causaron un profundo impacto y desorden en su psiquismo. En otras palabras, ciertas situaciones disruptivas se vivenciaron de manera traumática demandando un trabajo psíquico que superó su capacidad de metabolización, dejando su psiquismo desbordado, incapaz de procesar lo acontecido. Así, la repetición en su juego representa un intento de elaboración del orden de lo traumático disruptivo.

Un día en el parque

Emilia, paciente de 6 años, en la mayoría de las sesiones opta por juegos de roles. A continuación, se presenta una viñeta que ilustra uno de estos juegos:

“La niña plantea que quiere ir al parque, dice ser la madre y nos asigna roles de hijas, a la psicóloga y a mí” (Registro N°60, 04/10/2023). Ante esta propuesta, llevamos el escritorio a un rincón del consultorio y empezamos a imitar que estábamos en el parque. La psicóloga, al contar con información sobre el comportamiento de la niña, asume una personalidad similar a la de la paciente: *“comienza a hacer un rol en donde actúa berrinches y lleva la contraria a lo que dice la mamá (paciente). La psicóloga se acerca a la niña y le dice: “a vos mamá te hago lo que yo quiero”* (Registro N°60, 04/10/2023).

Es importante mencionar que el motivo de la consulta es la actitud desafiante de la niña hacia su madre.

Con el transcurrir del juego:

La niña actúa de manera enojada, le dice ciertos castigos a su hija (psicóloga), como por ejemplo, que no la va a llevar al parque y que no le va a comprar los dulces que le pide. Ante esto, la psicóloga actúa a modo de berrinche, llorando, y pidiéndole por favor... la niña termina accediendo a lo que la psicóloga le pide (Registro N°60, 04/10/2023).

Al finalizar la sesión, Emilia comunica que en la vida real ella se comporta tal cual como lo actuó la psicóloga. Ante esto, la terapeuta le pregunta a la paciente si le gustó estar en el rol de madre con una hija que desobedece y hace berrinches, a lo cual ella responde que no.

¿Por qué Emilia escoge este juego? Por un lado, se observa cómo el juego permite que la niña se despliegue en un rol distinto, justamente en el de su madre, lo cual tiene un significado importante. De esta manera, asume el papel de madre que da órdenes y castigos. A través de esta actividad, Emilia intenta elaborar el rol de autoridad que desempeña su madre en su vida cotidiana. Teniendo en cuenta que la paciente tiene 6 años, hay elementos edípicos, propios del desarrollo de su edad, que pueden relacionarse con una rivalidad con la figura materna.

Por otro lado, se dilucida cómo la niña se identificó con el papel que actuaba la psicóloga, ya que le menciona que ella en su vida real se comporta así. Es un acontecimiento significativo y relevante ya que refleja cómo proyecta su mundo interno en el juego. Así es como, a través del juego Emilia puede observar, desde una perspectiva externa y objetiva, sus propios comportamientos para, de esta manera, obtener una mejor comprensión de lo que le sucede (Lopez, 2014).

Asimismo, resulta llamativo observar cómo Emilia, durante su juego, reacciona enojándose y castigando verbalmente a su "hija" (representada por la psicóloga). La dinámica es la siguiente: cuando su "hija" se comporta mal, Emilia muestra su enfado y le prohíbe ciertas actividades; posteriormente, la "hija" hace berrinches y llora, y Emilia cede a sus peticiones. ¿Qué demuestra esta secuencia? revela un constante juego de límites. Al comienzo, la paciente se muestra firme al asumir el rol de madre disciplinada, pero rápidamente lo abandona. El hecho de que, en el juego, Emilia termine aceptando los impulsos e intereses de su "hija", refleja la confusión que le genera la inconsistencia en los límites, en este caso, por parte de su madre.

¿Por qué la psicóloga decide actuar de esa manera en el juego? Tomando los aportes de Janin (2006), intervenir hablando dentro del juego permite que la paciente escuche lo que,

en otro contexto, le resultaría intolerable. Así es como, la psicóloga utiliza el espacio del juego para mostrarle a la niña, desde su personaje, los comportamientos que tiene ella con su madre en la realidad. De esta manera, se consigue verbalizar los afectos de Emilia que de otro modo, resultaría más dificultoso. Al finalizar, una vez fuera del juego, la psicóloga utiliza la situación para apelar a la reflexión acerca de cómo sus actitudes y comportamientos impactan en los demás.

8.2.2 El psicólogo infantil en el Hospital público: Características del rol

*“Todo niño que juega se conduce como un poeta
creándose un mundo propio, o más exactamente,
situando las cosas de un mundo en un orden nuevo, grato para él”*

Sigmund Freud.

A continuación se describen las características del rol del psicólogo infantil, tal como se han observado en las prácticas supervisadas, específicamente en los momentos de juego de los pacientes seleccionados para el presente trabajo. Se citan registros que permiten articular la teoría con la práctica. Además, se enfatiza la importancia del carácter público de la institución, ya que este conlleva diversas especificidades en el desempeño del rol.

El trabajo clínico con niños y niñas requiere de una serie de características que posibilitan un trabajo eficaz:

Una de las principales cualidades es la *creatividad*. Janin (2011) menciona que el profesional debe ser permeable para disponerse creativamente ante el paciente, inventando diferentes recursos. Esta cualidad se evidencia en las intervenciones que la psicóloga realiza con cada uno de sus pacientes:

En una sesión con Emilia, la niña estaba jugando a cocinar y, en un momento dado, expresó que quería servir la comida pero no tenía plato. La psicóloga le ofreció una sartén de juguete, comentando que podría servir imaginariamente como un plato (Registro N°64, 01/11/2023). Por otra parte, la disponibilidad creativa de la psicóloga se evidencia en una

sesión con Ezequiel: ante la dificultad de crear un juego simbólico, la psicóloga demostró su capacidad creativa al crear una capa para uno de los muñecos y decirle al paciente que ese muñeco era un superhéroe, estimulando la fantasía y la capacidad de juego (Registro N°21, 21/06/2023).

En otra sesión, la psicóloga propuso una idea cargada de creatividad para que Josefina pudiera elaborar en su juego situaciones dolorosas que estaba atravesando en su vida. Le dio una filmadora con la intención de que la niña asumiera el rol de directora y grabara, permitiendo que se motivara y entusiasmara al representar su mundo interno. Asimismo, en la misma sesión, Josefina expresó la necesidad de utilizar un paracaídas para una escena pero no tenía uno. En respuesta, la psicóloga desplegó su creatividad creando un paracaídas con una bolsa y sugiriendo colocar palitos de brochette a los muñecos para poder manipularlos durante la grabación (Registro N°29, 18/07/2023).

Estas intervenciones demuestran cómo la creatividad es esencial en el trabajo del psicólogo infantil, multiplicidad de recursos técnicos que le permiten a los niños expresarse en un ambiente lúdico y enriquecedor. Asimismo, la creatividad y permeabilidad psíquica por parte de la profesional, viene acompañada de *flexibilidad* y *dinamismo*, ya que sin estas características, el trabajo clínico con niños no sería posible. Es así como "(...) su capacidad para ofrecerse al otro como un objeto maleable" (Janin, 2011, p.42), le permite adaptarse y responder a las necesidades del niño.

El psicólogo debe ser capaz de *escuchar* y *entender* tanto el material verbal como el no verbal del niño (Portalatin Vargas, 2020). Desde la perspectiva de Winnicott (1971), es esencial que el analista comprenda que el juego constituye el lenguaje a través del cual se expresa el niño, un lenguaje que difiere significativamente del utilizado por los adultos. Para ello, es esencial que el terapeuta despliegue su *capacidad lúdica*. No solo debe entender el juego, sino que también debe participar en él. La interacción lúdica entre el psicólogo y el niño crea un espacio terapéutico seguro y propicio para la exploración. Tangle (2016), citado por Portalatin Vargas (2020), subraya que la terapia debe ser un lugar suficientemente seguro donde el niño pueda atreverse a explorar y desarrollar un juego espontáneo y elaborativo. Este juego surge y se sostiene siempre dentro del vínculo con el otro, reforzando la importancia de una *relación terapéutica* sólida y confiable (Portalatin Vargas, 2020, p.180).

Toda institución tiene sus particularidades. Es parte del rol del psicólogo poder adaptarse de manera flexible a diversas situaciones y/o problemáticas que pueden devenir de

cuestiones institucionales, que exceden a los profesionales. Por ello, otra de las cualidades específicas del psicólogo infantil en el ámbito hospitalario es la capacidad de establecer un *encuadre* y, especialmente, *adaptarse a los cambios* en el mismo. Es fundamental tener en cuenta que el trabajo clínico en consultorios externos de un hospital presenta desafíos únicos en la práctica cotidiana. La realidad es que la duración de las sesiones suelen ser más cortas de lo que durarían en un consultorio privado. En el caso del hospital donde se llevaron a cabo las prácticas, se observa que la demanda de pacientes crece y la cantidad de profesionales es limitada, por eso la psicóloga debe ajustar tanto la duración como la frecuencia de las sesiones, las cuales, en muchas ocasiones, no siguen un orden sistemático (Registro N°5, 05/05/2023). Por esta razón, la profesional debe ser capaz de adaptarse a las circunstancias cambiantes.

Siguiendo la línea del encuadre, se evidencian situaciones en las cuales la psicóloga ha implementado límites, de manera directiva con sus pacientes. Un ejemplo es Ezequiel, cuyo lenguaje corporal denota caos. La psicóloga, con la finalidad de establecer un borde y organizar al niño dentro del encuadre terapéutico, le indica que se siente y coloque su mochila en la silla de al lado, asegurando que la sesión transcurra de manera ordenada. Además, le pide que saque los juguetes uno por uno, fomentando la paciencia y el orden, y dejando claro que en ese espacio se siguen ciertas reglas (Registro N°3, 02/05/2023). Frecuentemente, la psicóloga interviene pidiéndoles a los niños que se sienten correctamente y que se quiten la campera para estar más cómodos, proporcionando así una contención adicional.

En el caso de Nadia, en un día particular, ingresó al consultorio mientras la psicóloga estaba atendiendo a otro paciente. Cuando llegó su turno, la psicóloga le explicó que no puede ingresar sin tocar la puerta y que debe respetar su turno (Registro N°38, 08/08/2023). Asimismo, en una de las primeras sesiones, quiso seguir jugando luego de que la psicóloga le indicara que la sesión había terminado. Ante esto, la profesional reafirmó el encuadre, explicándole a Nadia que el tiempo de juego había concluido y que continuarán en la próxima sesión. A pesar de la resistencia de la niña, la psicóloga nuevamente le aclaró que guardarán los juguetes y que reanudarán el juego en otro momento.

Estas intervenciones subrayan la importancia de que la psicóloga marque el *encuadre*, ya que proporcionan un marco claro y consistente que ayuda a los niños a entender y respetar los límites. Esto no solo promueve el orden y la estructura dentro de las sesiones, sino que también facilita un ambiente seguro, esencial para el trabajo terapéutico. A su vez, el

terapeuta debe estar presente con su propia subjetividad, permitiendo que el niño se sienta seguro para desdoblarse sus alas durante la sesión. Este ambiente de seguridad facilita un atravesamiento transformador en la relación terapéutica, donde la disponibilidad del analista es "indefectiblemente indispensable para estar para el otro" (Portalatin Vargas, 2020, p.168).

Por otra parte, el rol del psicólogo clínico que trabaja en hospitales se encuentra atravesado por el *trabajo interdisciplinario*. En los registros se evidencian las interconsultas con otros profesionales, manteniendo un lenguaje común entre las diferentes disciplinas, posibilitando así un desarrollo terapéutico integral para cada paciente. En el caso de Ezequiel, se trabaja en conjunto con Psicopedagogía y Fonoaudiología del hospital. Otro ejemplo es el caso de Emilia, en donde se interviene con Servicio Social y el SPD.

Siguiendo esta línea de trabajo conjunto, se destacan las *supervisiones* que realiza la psicóloga semanalmente junto al equipo de salud mental del hospital, conformado por psicopedagogas, psicólogas, psicomotricista y psiquiatras. Este espacio es fundamental en el rol de todo profesional de salud mental, ya que permite reconocer límites de las intervenciones, abordar los casos desde diferentes perspectivas y adquirir conocimientos de otras disciplinas. Esto posibilita que el trabajo sea más enriquecedor y eficaz. De igual importancia son las "Instantáneas", reuniones a las que asiste la psicóloga con el objetivo de adquirir conocimientos médicos y aportar información relevante sobre salud mental. Estos espacios de colaboración interdisciplinaria son esenciales para asegurar un enfoque integral en el tratamiento de los pacientes, promoviendo una atención más completa.

Así es como, el rol de la psicóloga en el hospital público es multifacético. La capacidad lúdica y la creatividad de la terapeuta son esenciales para adaptar las intervenciones a las necesidades cambiantes de cada niño, creando un entorno seguro y propicio para el tratamiento psicológico, como se evidencia en las intervenciones descritas. Además, el contexto institucional del hospital público impone desafíos específicos que requieren una gran flexibilidad y adaptabilidad. La capacidad de establecer y mantener un encuadre claro y consistente, adaptándose a las limitaciones de tiempo y recursos, es crucial. En conjunto, estas habilidades descritas, conforman el eje central del rol del psicólogo infantil.

8.2.3 Desafíos Del Psicólogo Ante Las Imposibilidades De Jugar

“Se ha descubierto que los seres humanos de cualquier edad son más felices y capaces de desplegar sus talentos al máximo cuando están seguros de que hay una o más personas de confianza que acudirían a su ayuda en caso de que hubiera dificultades”

John Bowlby.

El juego en la infancia, tal como se ha abordado con anterioridad, es crucial para la salud del niño/a. Pero, ¿qué ocurre cuando un niño/a no juega? Esta situación genera preocupación entre los profesionales de la psicología, ya que el juego desempeña un papel esencial en el desarrollo subjetivo del niño (Asturizaga y Unzueta, 2008). Sin embargo, cada vez que se presenta un niño en el consultorio que denota dificultades, inhibiciones o carencia de juego, no siempre las respuestas son uniformes. Es esencial considerar que las causas pueden ser múltiples, como problemas emocionales, vinculares, trastornos del neurodesarrollo, exceso de pantallas o falta de atención (Rago Orrego, 2017). Es fundamental abordar el diagnóstico desde una perspectiva integral, reconociendo que los motivos pueden variar y ser específicos para cada paciente. Por lo tanto, este trabajo no busca identificar las razones detrás de la falta de juego y etiquetar al niño, sino que se centra en responder a la pregunta: ¿cómo podemos intervenir psicológicamente en situaciones donde el juego no está presente?

A continuación se presentan los casos de 2 (dos) pacientes, previamente seleccionados, con la finalidad de dilucidar los desafíos ante los cuales se enfrenta la psicóloga.

Por un lado, se describen viñetas de sesiones de Ezequiel, un paciente de 6 (seis) años. La dinámica que emplea el niño en el consultorio siempre es la misma: agarra los juguetes, intenta moverlos, emite algunos sonidos, pero el juego no prospera hacia un simbolismo. En una sesión en particular, comienza a manipular un muñeco y un dinosaurio e interactúa repitiendo la misma acción: el dinosaurio come al muñeco.

Ante la observación de esta conducta del niño, la psicóloga participa activamente:

Fabrica con un papel una capa y se la coloca a uno de los muñecos. Luego, dice ser un superhéroe y comienza a salvar a los muñecos que están siendo comidos por el dinosaurio (interacción que hacía el niño repetidas veces). Así se introdujo en la dinámica algo nuevo: el superhéroe salva al muñeco que está siendo comido por el dinosaurio. (Registro N°21, 21/06/2023)

Ante esta intervención, el niño imita y repite las mismas acciones de la psicóloga y al poco tiempo, decide cambiar de juguete.

La sesión siguiente,

La psicóloga le brinda muñecos Playmobil. El niño le solicita que le preste una casa (con la que ya han trabajado anteriormente), la psicóloga se la da y el paciente continúa pidiendo muchos juguetes. (Registro N°60, 04/10/2023)

El niño se limita a colocar los muebles dentro de la casa. En un momento determinado “Agarra un auto y lo hace entrar por el portón (hace ruido de auto con la boca)” (Registro N°60, 04/10/2023). Al poco tiempo, “juega solo con los Playmobil. Coloca uno de los muñecos arriba del caballo y lo hace galopar haciendo el sonido con la boca” (Registro N°60, 04/10/2023). Se observa de esta manera que continuamente está saltando de un juguete a otro, interactuando de manera aislada con cada uno, sin el armado y la creación propia de un juego simbólico.

Como se mencionó al inicio, es importante tener en cuenta la mirada integral en estos casos. Las cuestiones del neurodesarrollo, como un trastorno del lenguaje, pueden estar influyendo en la imposibilidad de jugar de Ezequiel. Además, se observan conflictos intrafamiliares y una falta de compromiso por parte de los padres en el tratamiento, evidenciado por los juguetes inadecuados que el niño lleva a la consulta: “El niño asiste a consulta con juguetes que están rotos, sucios, que son viejos y destinados a niños menores” (Registro N°60, 04/10/2023).

Cuando estamos frente a un paciente que incluye en su juego aspectos creativos y reflexivos, indica que ha accedido adecuadamente a los procesos simbólicos, lo cual es crucial para abordar sus conflictos psíquicos. Por el contrario, la falta de simbolización afecta la estructura psíquica del niño. En el caso de Ezequiel, se observa una interacción limitada con los juguetes en el consultorio, con dinámicas repetitivas y estereotipadas (Bó, 2023). Esto sugiere dificultades en el proceso de representación y una pobreza simbólica.

Considerando estos datos, junto con las limitaciones comunicativas del niño, la psicóloga se enfrenta a un desafío: ayudarlo a pasar del no-juego al juego (Janin, 2006) para promover un desarrollo saludable en el niño.

En palabras de Winnicott (1971) en "Realidad y juego":

La psicoterapia se realiza en la superposición de dos zonas de juego: la del paciente y la del terapeuta. Si este último no sabe jugar, no está capacitado para la tarea. Si el que no sabe jugar es el paciente, hay que hacer algo para que pueda lograrlo" (p. 80)

La psicóloga se involucra en el juego, interactuando activamente para crear un espacio donde el niño se sienta cómodo y seguro. De esta manera, le ofrece materiales que estimulen su interés. Asimismo, intenta acercarse al niño, teniendo en cuenta sus ritmos y sus tiempos, operando como catalizador para generar un espacio, un "despertar" que le posibilite otro modo de funcionamiento, en este caso lúdico y placentero (Janin, 2012). A través de la mirada, la escucha y la involucración activa, la psicóloga intenta construir algo nuevo, siempre teniendo en cuenta que el niño se encuentra en plena construcción. Las intervenciones buscan ser estructurantes, crear espacios psíquicos para posibilitar la construcción psíquica.

Así es como, se busca transformar las interacciones aisladas del niño con los juguetes en escenas lúdicas, creando un espacio para que el paciente comience a representar su mundo interno. El trabajo es en conjunto: para que el niño deje de repetir, es necesario que la psicóloga pueda desplegar su propia creatividad y así, oponerse a la repetición (Janin, 2013).

Tomando los aportes de Janin (2006), son tres las razones por la cual un paciente no juega: por un lado, tal como se describe el caso de Ezequiel, no se han construido las posibilidades de simbolizar; por otro lado puede suceder que estén reprimidas y por último, la capacidad de simbolización se puede encontrar inhibida.

La última categorización se puede esclarecer mediante viñetas de sesiones relacionadas con Tomás, un paciente de 9 (nueve) años que consulta por un miedo persistente. Su madre observa que el niño está constantemente apegado a ella y no puede separarse. Además, menciona que se asusta y llora sin motivo aparente. Durante las sesiones en el consultorio, Tomás se muestra pasivo, inseguro, tímido, prolijo y detallista.

La psicóloga relata que durante la primera sesión, buscó una pista de autos de juguete y le propuso al paciente jugar con ella. Sin embargo, el niño se ha mostrado pasivo ante esta

actividad lúdica. En la sesión siguiente, la psicóloga sugiere que él construya su propia pista de autos. Ante esta propuesta, Tomás empezó a utilizar bloques de madera para crear su propia pista sobre el escritorio. Durante esta actividad, el niño se mantuvo callado y tímido al principio, limitándose a colocar bloques y formar un círculo que representaba la pista. En ese momento, la psicóloga comenzó a intervenir con ideas creativas, introduciendo muñecos y ubicándolos alrededor de la pista.

Ante esta situación, en donde la psicóloga abre espacio a la flexibilidad y creatividad en el juego, el niño se anima a producir algo propio:

Tomó un muñeco que era como un monstruo y lo puso arriba de un puente que le hizo a la pista. También, buscó un muñeco que era superhéroe y le ató una tanza para que pueda hacerlo volar. Luego lo enganchó al puente para que quede colgando. (Registro N°38, 08/08/2023)

En la siguiente sesión, se retomó la creación de la pista, esta vez proponiendo la elaboración de carteles publicitarios como los que se ven en las carreras de autos reales. Tomás aceptó entusiasmado esta idea y demostró paciencia y prolijidad al ejecutarla. Además, mostró interés en llevarse los carteles a casa para completarlos, lo que denota compromiso con el proceso terapéutico.

Inicialmente, Tomás tenía dificultades para crear juegos, pero la psicóloga, basándose en los gustos e intereses del niño, fomenta un juego creativo adecuado para su edad. Esta habilidad de la psicóloga para adaptar las actividades lúdicas a los intereses específicos de Tomás permitió que él se involucre activamente en el juego, creando una pista de autos llena con elementos simbólicos que podrían reflejar aspectos de su mundo interno.

Retomando los aportes de Winnicott (1971), se enfatiza la importancia de que el niño encuentre a alguien disponible, como el terapeuta, que pueda sostener el escenario del juego y abordar la realidad circundante. Como señala Portalatin Vargas (2020), el terapeuta debe integrarse en la red relacional del paciente para facilitar un espacio de juego donde se estimule la creatividad y la expresión imaginativa del niño.

Así es como, parte del trabajo de la psicóloga implica buscar herramientas que ayuden a crear un espacio de juego en el que se fomenten oportunidades de expresión cargadas de imaginación y creatividad. El juego, ya sea repetitivo, simbólico o caótico, forma parte de un proceso mediante el cual el niño descarga, expresa y proyecta su mundo interno. Se sostiene que siempre que haya alguien dispuesto a jugar con el niño, interpretarlo sin prejuicios ni

etiquetas, y comprenderlo desde una perspectiva objetiva, existirá la posibilidad de estimular su creatividad y ponerla en acción a través del juego (Rago Orrego, 2017).

A modo de conclusión, en situaciones donde el juego no está presente, se enfrentan diversos desafíos. La intervención del psicólogo debe estar orientada a la búsqueda de un espacio donde el niño pueda expresar su mundo interno a través del juego, estimulando la creatividad y la capacidad simbólica. Esto resalta la necesidad de una mirada integral y flexible para abordar las distintas causas detrás del no jugar y promover un desarrollo saludable en el niño.

9. CONSIDERACIONES FINALES

El presente trabajo integrador de la carrera de Licenciatura en Psicología, ha proporcionado una comprensión acerca de la relevancia del juego en la manifestación clínica del mundo interno del niño/a, especialmente dentro del ámbito de los consultorios externos de un hospital pediátrico polivalente en la Ciudad de Córdoba. A través de la observación y el análisis teórico-práctico de diversos casos clínicos, se ha podido evidenciar que el juego no solo es una actividad recreativa, sino una vía regia para el trabajo psicoterapéutico con niños/as.

El recorrido teórico ha permitido contextualizar la evolución de la psicología clínica, resaltando hitos históricos significativos y la transformación constante de esta disciplina. La importancia del juego ha sido respaldada por múltiples autores y estudios que destacan su capacidad para contribuir a diversos aspectos del desarrollo infantil. El juego permite a los niños y niñas manejar situaciones difíciles de manera accesible y menos amenazante, actuando como una especie de puente entre su mundo interno y la realidad externa.

A nivel práctico, la experiencia en el Hospital Infantil Municipal ha brindado la oportunidad de observar de primera mano las dinámicas del juego en niños y niñas entre 6 (seis) y 10 (diez) años, permitiendo identificar diversas manifestaciones clínicas y mecanismos de defensa utilizados en el juego. Se ha destacado la importancia del juego simbólico y su rol en el desarrollo evolutivo, así como las dificultades que algunos niños/as presentan para jugar.

El juego actúa como un escenario donde los niños/as pueden representar sus conflictos internos, como si fueran actores en una obra de teatro, permitiéndoles externalizar sus sentimientos y encontrar nuevas formas de enfrentarlos. A través del juego, Josefina, Nadia y Emilia encuentran un espacio donde pueden expresar y metabolizar sus sentimientos y conflictos internos.

En el caso de Josefina, el juego de representar historietas se convierte en una metáfora de su deseo de cambio y transformación. Le permite proyectar y elaborar sus sentimientos de angustia y enojo, facilitando el duelo por la pérdida de la omnipotencia de los padres y los cambios en su identidad infantil.

Nadia, por su parte, utiliza el juego repetitivo de esconderse de los extraterrestres enviados por el juez para recrear y elaborar una situación de abandono y desprotección vivida en su pasado. Este juego le permite asumir un rol activo, contrario a la pasividad que experimentó anteriormente, y encontrar una sensación de seguridad en un entorno simbólico. La repetición del juego refleja su necesidad de procesar y elaborar las experiencias traumáticas que desbordaron su capacidad de metabolización.

Emilia, en sus juegos de roles, asume el papel de madre recreando dinámicas familiares y comportamientos desafiantes que reflejan su vida cotidiana. A través del juego, puede observar sus propios comportamientos desde una perspectiva externa, permitiéndole reflexionar sobre la relación con su madre y la inconsistencia en los límites que percibe.

Estos casos ilustran cómo el juego permite a los niños y niñas explorar y elaborar sus experiencias y conflictos de una manera simbólica. Los mecanismos de defensa, como la represión y la proyección observados en los juegos de Josefina y Nadia, y la identificación en el juego de Emilia, muestran cómo el juego facilita la expresión de su mundo interno.

Por consiguiente, se ha evidenciado que el terapeuta juega un papel crucial al interpretar tanto el material verbal como el no verbal durante las sesiones de juego. La capacidad del terapeuta para decodificar y comprender los signos y símbolos que los niños/as emiten a través del juego es fundamental para el tratamiento.

A su vez, la creatividad del psicólogo es esencial para adaptar las intervenciones a las necesidades individuales de cada paciente, utilizando recursos imaginativos para fomentar el juego simbólico. Ejemplos como la psicóloga proporcionando una sartén como plato a Emilia o creando una capa de superhéroe para Ezequiel, demuestran cómo la creatividad facilita la comunicación y el entendimiento del mundo interno del niño/a. Además, en un entorno hospitalario público, donde la demanda de pacientes es alta y los recursos son limitados, el psicólogo debe ser flexible y dinámico para responder a las circunstancias cambiantes y mantener un encuadre terapéutico adecuado.

El trabajo interdisciplinario, que incluye la colaboración con otros profesionales, como psicopedagogos, fonoaudiólogos y trabajadores sociales, permite abordar los casos desde diferentes perspectivas, ofreciendo una atención integral y más efectiva a los pacientes. Las

supervisiones y reuniones interdisciplinarias enriquecen el enfoque terapéutico, permitiendo compartir conocimientos y coordinar intervenciones de manera más eficiente.

Sin embargo, cuando el juego no está presente, los psicólogos enfrentan el desafío de intervenir eficazmente para fomentar la creatividad y la capacidad simbólica del niño/a. A través de casos como los de Ezequiel y Tomás, se demuestra que una mirada integral y flexible, junto con intervenciones creativas, permite transformar interacciones limitadas en escenas lúdicas enriquecedoras. La capacidad del psicólogo para participar activamente y sostener un espacio de juego seguro es crucial para ayudar al niño/a a expresar y elaborar su mundo interno, promoviendo así un desarrollo saludable.

El conocimiento adquirido y las experiencias vividas en el ámbito hospitalario constituyen una base sólida para futuras prácticas y especializaciones, con el objetivo de seguir promoviendo la salud mental y el bienestar de los niños y niñas a través del juego y otras intervenciones terapéuticas. Así, se alienta a los psicólogos clínicos a fomentar y utilizar el juego en sus intervenciones, adaptándose a las necesidades específicas de cada niño/a y colaborando con otros profesionales para ofrecer una atención integral. Este enfoque no solo mejora la calidad del tratamiento, sino que también garantiza un acompañamiento respetuoso y empático del proceso terapéutico del niño/a.

Por consiguiente, el juego en la terapia infantil actúa como un faro, iluminando el camino hacia la comprensión del mundo interno de los niños y niñas, y reafirmando la importancia de una intervención integral y empática para su desarrollo y bienestar.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aberastury, A. (1984). *Teoría y Técnicas del psicoanálisis de niños*. Paidós.
- Aberastury, A. y Knobel, M. (1989). *La adolescencia normal: un enfoque psicoanalítico*. Paidós.
- Almagro, M. F. (2017). Producción de subjetividad y constitución del psiquismo: exigencia de trabajo teórico desde el modelo de Silvia Bleichmar. *In VI Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata*.
- Anderson, J., & Bailey, S. (2017). La importancia del juego en el desarrollo de la primera infancia. *Recuperado de: <https://maguared.gov.co/wp-content/uploads/2017/06/La-importancia-del-juego.pdf>*.
- Asturizaga, E., & Unzueta, C. (2008). El estatuto del juego en la clínica psicoanalítica con niños. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 6(1), 1-21.
- Belinsky, J. (2017). Sujeto y subjetividad: los límites menguantes. Una aproximación a las nuevas configuraciones del sujeto en psicoanálisis. *Psicoanálisis en la universidad*, (1), 17-27.
- Benyakar, M. (2007) Lo traumático, lo ominoso y el trabajo del duelo. <https://www.ecobioetica.com.br/?p=1>
- Blinder, C., Knobel, J., y Siquier, M. L. (2008). La interpretación del juego. *En: Clínica psicoanalítica con niños*. (pp. 77-122). Síntesis.
- Buendía, J. (1999). *Psicología Clínica*. Ediciones Pirámide.
- Bó, M. T. (2023). Intervenciones del analista en la clínica de niños con problemas de simbolización.
- Carrasco Zurita, A. C. (2017). *El juego simbólico en el desarrollo social de los niños de 3 a 4 años* (Bachelor's thesis, Universidad Técnica de Ambato-Facultad de Ciencias de la Salud-Carrera de Estimulación Temprana).
- Cornejo, M. (2014). El juego como herramienta diagnóstica y terapéutica, en el caso de una niña de 7 años.

- Desviat, M., Castro, S. X., Bravo, O. A., Trujillo, M. A. A., Libreros, D. M. C., Dimenstein, M., y Morales, E. (2016). *Pensar la salud mental*. Editorial Universidad Icesi.
- Echeverría, A. (01 de marzo de 2011). *Mecanismos de defensa en niños y adolescentes*. Bonding. <https://bonding.es/mecanismos-defensa-ninos-adolescentes/>
- Entrevista a Oscar Jara. *La sistematización de experiencias aspectos teóricos y metodológicos*. Decisio 28. Enero-Abril 2011: 67-74.
http://www.crefal.edu.mx/decisio/images/pdf/decisio_28/decisio28_testimonios1.pdf
Jara.
- Escobedo, P. S. (2008). *Psicología clínica*. Editorial El Manual Moderno.
- Farberman, D. (2010). *El Psicólogo en el Hospital pediátrico*. Herramientas de Intervención. Editorial Paidós.
- Federación de Psicólogos de la República Argentina. (2013). Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina. Buenos Aires, Argentina. Asamblea Ordinaria, 30 de Noviembre de 2013. http://fepra.org.ar/docs/C_ETICA.pdf
- Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (FEPA). (2003). Psicología clínica y psiquiatría. *Papeles del Psicólogo*, 24(85), 1-10.
- Franco, A. N., Eiberman, F., Raschkovan, I., & Woloski, E. G. (2017). Articulaciones de una paradoja: la irrupción de lo traumático y la transformación en vivencia traumática en el contexto de la clínica con niños y/o adolescentes que padecieron abuso sexual. *En IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*.
- Freire de Garbarino, M. (2017). La entrevista de juego. *Revista Uruguaya De Psicoanálisis*, (124), 137–173. <https://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/16887247201712410.pdf>
- Freud, S. (1905). *Tres ensayos de teoría sexual*. Obras Completas, Tomo VII (pp. 109-224). Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1908/1907). *El creador literario y el fantaseo*. Obras completas, 9, 1906-1908. Amorrortu Editores.

- Freud, S. (1919/1920). *Más allá del principio del placer y otras obras*. Obras Completas. Amorrortu Editores.
- Fuentetaja, A. M. L., y Villaverde, O. I. (2019). Intervención psicológica en el ámbito hospitalario. *Clínica Contemporánea*, 10(1), e1.
<https://www.revistaclinicacontemporanea.org/art/cc2019a2>
- Galende, E. (2004). Subjetividad y resiliencia: del azar y la complejidad. *En Resiliencia y subjetividad: los ciclos de la vida* (pp. 23-63).
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/psa-60853>
- García Barthe, M. (1997). La ética en la formación del profesional de Salud Mental. *Revista Psicoanálisis y Hospital*, 6(12), 86-89
- Grassi, A. (2010) Adolescencia: reorganización y nuevos modelos de subjetividad. En *entre niños, adolescentes y funciones parentales*. Entreideas
- Janin, B. (2006). Algunas observaciones sobre el juego, el dibujo y las intervenciones del analista con los niños.
- Janin, B. (2011). Avatares de la constitución psíquica y psicopatología infantil. En *El sufrimiento psíquico en los niños* (pp.19-24). Noveduc.
- Janin, B. (2012). Las intervenciones del psicoanalista en psicoanálisis con niños. *Revista Cuadernos De Psiquiatría Y Psicoterapia Del Niño Y Del Adolescente*, 49–56.
<https://www.seypyna.com/documentos/articulos/janin-beatriz-intervenciones-psicoanalista-ninos.pdf>
- Janin, B. (2013). Intervenciones subjetivantes frente al sufrimiento psíquico. JANIN, Beatriz, et al. *La patologización de la infancia II: problemas e intervenciones en la clínica*. Noveduc.
- Jaramillo Caspata, J. E. (2022). *El juego simbólico en el desarrollo de la autoestima en los niños de 4 a 5 años* (Bachelor's thesis, Carrera de Educación Inicial).
- Kancyper, L. (2007) Adolescencia: el fin de la ingenuidad. Cap. 1 y 2. Edit. Lumen.
- Klein, M. (1929). *La personificación en los juegos de los niños*. En Obras Completas. Tomo I (pp. 205-215). Paidós.

- Klein, M. (1932). *El Psicoanálisis de niños*. Obras Completas. Tomo 2. Paidós.
- Klein, M. (1955). *La técnica psicoanalítica del juego: historia y significado*. Obras Completas. Tomo 3. Paidós.
- Lagache, D. (1949). *De la homosexualidad a los celos*. En *Psicología y Método Clínicos*. Otros estudios (pp. 141-156). Paidós.
- Landeira, S. (1998). El juego simbólico en el niño: explicación e interpretación en J. Piaget y en S. Freud. *Revista Digital-Buenos Aires*, 14(134), 1-6.
- Lego, M. (2009). *La construcción de la subjetividad*. <http://es.slideshare.net/imanol2013/la-construccion-de-la-subjetividad>.
- Levín, R. E. (1997). De “Pinocho”(1881) a “Toy Story”(1996). Transformaciones de la subjetividad. *Psicoanálisis APdeBA*, (2), 333-351.
<https://www.psicoanalisisapdeba.org/wp-content/uploads/2019/04/Lev%C3%ADn.pdf>
- Lewin, M. (2004). Juego, fantasía: del más allá al espacio transicional. *Psicoanálisis APdeBA Vol. XXVI*, 2. www.apdeba.org/wp-content/uploads/Lewin.pdf.
- Ley N° 7.106. Ley de Disposiciones para el ejercicio de la psicología. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina, 27 de septiembre de 1984.
- Ley N° 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina, 2 de diciembre de 2010.
- Ley N° 26.061. Ley de Protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina, 26 de noviembre de 2020.
- Lillo Espinosa, J. L. (2004). Crecimiento y comportamiento en la adolescencia. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, (90), 57-71.
- Linaza Iglesias, J. L. (2012). *El juego en el desarrollo psicológico de niños libios*. Universidad Autónoma de Madrid.
- López, G.A. (2012). Ética e Historia clínica. *Ética y Cine Journal*, 2 (3), 21-26.
https://journal.eticaycine.org/IMG/pdf/jevc_sept_2012_lopez.pdf

- López, M. C. (2014). *Los juegos en la detección del abuso sexual infantil*. Editorial Maipue.
- Luzzi, A.M. y Bardi, D. (2005). *La hora de juego diagnóstica: importancia de su estudio a los fines pronósticos*. En XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-051/87>
- Luzzi, A. M., & Bardi, D. C. (2009). Conceptualización psicoanalítica acerca del juego de los niños: Punto de partida para una investigación empírica en psicoterapia. *Anuario de investigaciones*, 16, 53-63.
- Manrique Tisnés, H. (2011). Sobre la clínica en la psicología. *Revista Electrónica de Psicología Social Poiésis FUNLAM*, 21, 1-9. <https://doi.org/10.21501/16920945.81>
- Morán Martín, M. (2018). *El juego como herramienta terapéutica para el tratamiento del dolor en el paciente pediátrico*. <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/30497>
- Moya León, Y. (2021). El lugar del juego en el desarrollo evolutivo. Una comprensión teórica desde la perspectiva psicológica.
- O'Connor, K., Schaefer, C., y Braverman, L. (2017). *Manual de terapia de juego*. El Manual Moderno.
- Penón, S. (2006). *El juego y el juguete y el niño hospitalizado*. Educación social: revista de intervención socioeducativa.
- Piaget, J. (1946/1994). *La formación del símbolo en el niño* (Trad. Cast. de José Gutiérrez). F.C.E.
- Portalatin Vargas, B. (2020). Sobre el juego en Winnicott. *Clínica e Investigación Relacional*, Vol. 14 (pp. 163-184). https://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/eJournalCeIR/V14N1_2020/10_BPortalatin_2020_Sobre-juego-en-Winnicott_CeIR_V14N1.pdf
- Quiles, J. M. O., Carrillo, F. X. M., y Marín, A. R. (2007). Hospitalización pediátrica: aplicación de los programas de preparación psicológica. *Información psicológica*, (90), 48-59. <https://www.informaciopsicologica.info/revista/article/view/274>

- Rago Orrego, N. (2017). Niños que no juegan Importancia del juego en la clínica psicoanalítica infantil : ¿Qué sucede cuando hay dificultades para elaborar el juego en la consulta psicológica infantil? Facultad de Psicología. https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/18991/1/tfg_natalia_rago.pdf
- Real Academia Española. (2023). Real Academia Española. <https://www.rae.es/>
- Ruiz de Velasco Galvez, Á., Abad, J., y Graó, B. (2011). El juego simbólico. *Arteterapia: Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, 6, 303-304. <https://core.ac.uk/download/pdf/38828245.pdf>
- Ruiz De Velasco, Á.; Abad, J. (2011). *El juego simbólico*. Barcelona. Graó. <https://masteratenciontemprana.org/wp-content/uploads/2019/04/El-juego-simbolico-javier-abad.pdf>
- Siquier de Ocampo, M; Garcia Arzeno, M.; Grassano, E . (1975). *Las Técnicas Proyectivas y el Proceso Psicodiagnóstico*. Edic. Nueva Visión, 1987.
- Torres Flor, M. F. (2017). El juego simbólico y el pensamiento creativo en los niños de la Institución Educativa Particular de Nivel Inicial Canguritos, Arequipa 2016.
- Trimboli, A. (2019). *Inclusión sociosanitaria, clínica y derechos humanos en salud mental y adicciones*. En A. Trimboli (dir) *El fin del manicomio. Construcción colectiva de políticas y experiencias de salud mental y derechos* (pp. 23-32). Noveduc.
- Ulloa, F. *El Método Clínico. Las herramientas clínicas*. Resumen textual de las ideas del autor expuestas en "El método clínico en psicología" [Ulloa, F: Ficha de Cátedra de Psicología Clínica. UBA. 1970] y algunas puntualizaciones extraídas de su libro *Novela Clínica Psicoanalítica. Historial de una Práctica*. [Bs. As. Paidós. 1995]. Resumen de Dossier de Cátedra Psicología Clínica. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba. 2002.
- Velásquez, L. (2014). El impacto psicológico ante la enfermedad y la hospitalización. En Velásquez, L., Niños hospitalizados. *Guía de intervención psicológica en pacientes infantiles* (pp. 1-35). Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. <https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/338232>

Vels, A. (1990). Los mecanismos de defensa bajo el punto de vista psicoanalítico. *Agrupación de Grafoanalistas Consultivos de España*, 6, 1-11.

West, J. (2000). *Terapia de juego centrada en el niño*. Manual Moderno.

Winnicott, D. (1971). *Realidad y juego*. Gedisa

Yadelis Moya, L. (2021) *El lugar del juego en el desarrollo evolutivo*. Una comprensión teórica desde la perspectiva psicológica.
<https://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/27358>

11. ANEXO

11. 1 DATOS SIGNIFICATIVOS DE LOS CASOS CLÍNICOS SELECCIONADOS

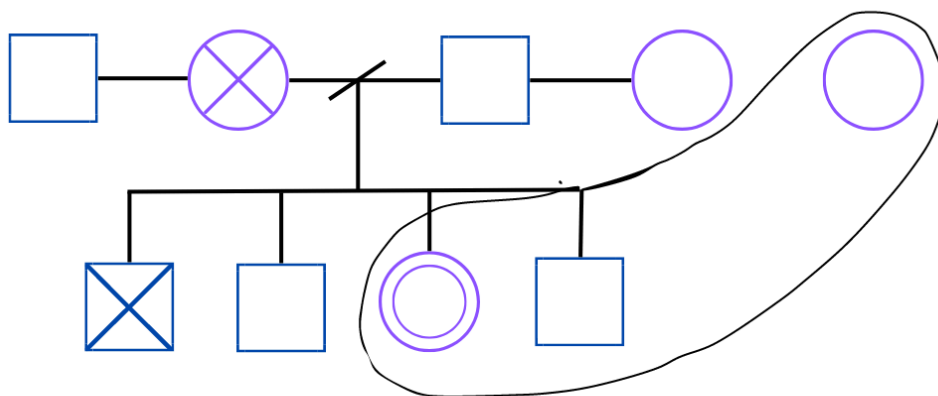
A continuación se presentan brevemente los 5 (cinco) casos seleccionados para el análisis de la experiencia del presente trabajo.

11.1. 1 Caso 1: Nadia

Paciente de 6 (seis) años. Ha sido referida a consulta debido a problemas de comportamiento tanto en el ámbito escolar como en su hogar. Su madre biológica, quien enfrentaba problemas de consumo de sustancias, falleció hace algunos años. Durante los primeros dos años de vida de Nadia, convivió con su madre y su pareja, quien tiene antecedentes de violencia de género tanto física como psicológica. Por otra parte, su padre biológico se encuentra privado de libertad por motivos desconocidos. En la actualidad, Nadia reside junto a su hermano de 11 años bajo el cuidado de una vecina, a quien refieren como “abuela”.

El proceso psicodiagnóstico fue abordado a través de dibujo libre, horas de juego diagnósticas y entrevistas a adultos referentes. Actualmente, Nadia se encuentra en tratamiento psicoterapéutico.

Genograma



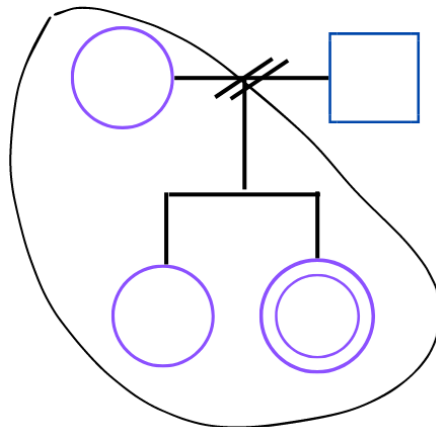
Fuente: elaboración propia.

11.1. 2 Caso 2: Emilia

Emilia, niña de 6 (seis) años, es derivada a consulta psicológica. Sus padres se encuentran divorciados desde hace dos años y ella reside con su madre y su hermana melliza. Aunque ocasionalmente visita la casa de su padre, se han observado dinámicas relacionales perjudiciales para la niña en ese entorno. Por este motivo, se procederá a realizar una presentación al SPD mientras la niña continúa el tratamiento psicoterapéutico con la Licenciada en psicología.

Para su evaluación psicodiagnóstica, se llevaron a cabo entrevistas tanto con Emilia como con sus padres, además de sesiones de hora de juego psicodiagnósticas. Actualmente, Emilia está recibiendo tratamiento con una frecuencia semanal.

Genograma



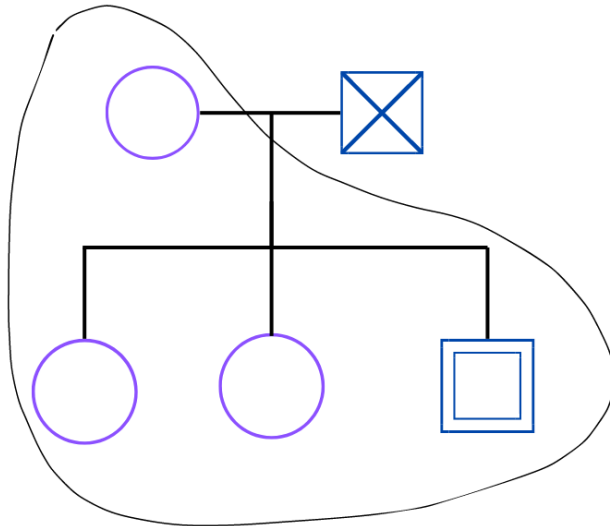
Fuente: elaboración propia.

11.1.3 Caso 3: Ezequiel

Ezequiel, niño de 6 (seis) años, es referido a consulta psicológica por problemas en el aprendizaje y en su conducta. Convive con su mamá y dos hermanas mayores. Su padre se quitó la vida luego de dispararle a la madre del niño, hace 4 años.

Se observan dificultades en el lenguaje, específicamente en la pronunciación. Asimismo, se destacan dificultades para socializar con sus compañeros de escuela. Se realizó entrevista a su madre y hora de juego con el niño con la finalidad de un psicodiagnóstico.

Genograma



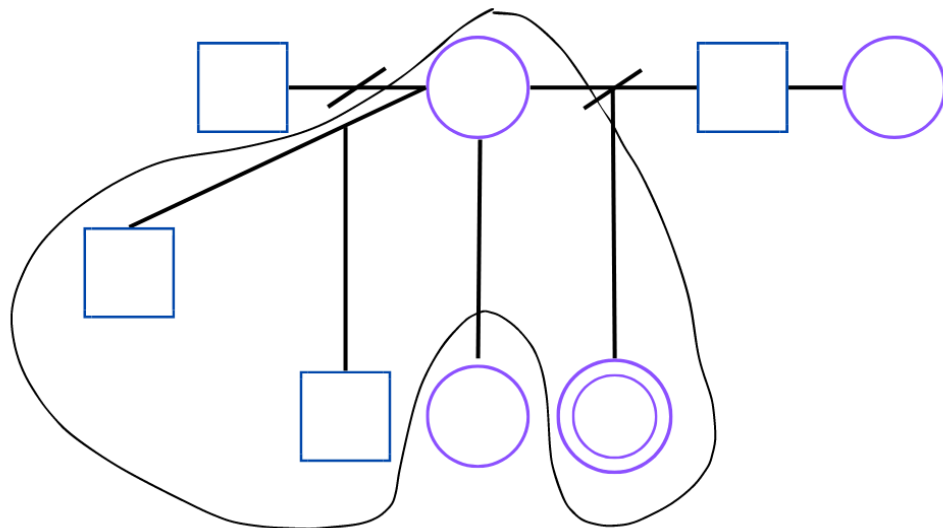
Fuente: elaboración propia.

11.1.4 Caso 4: Josefina

Niña de 10 (diez) años que acude a consulta debido a dificultades relacionales entre sus padres. La madre señala que la niña manifiesta conductas de berrinches y enojo hacia ella. El padre, por su parte, se ausenta por largos períodos mientras le promete a la niña visitarla sin cumplir dichas promesas.

El abordaje psicodiagnóstico se realizó a través entrevistas a la niña y a su madre. Se realizó el HTP. Actualmente, Josefina se encuentra en tratamiento psicoterapéutico desde mayo de 2023.

Genograma



Fuente: elaboración propia.

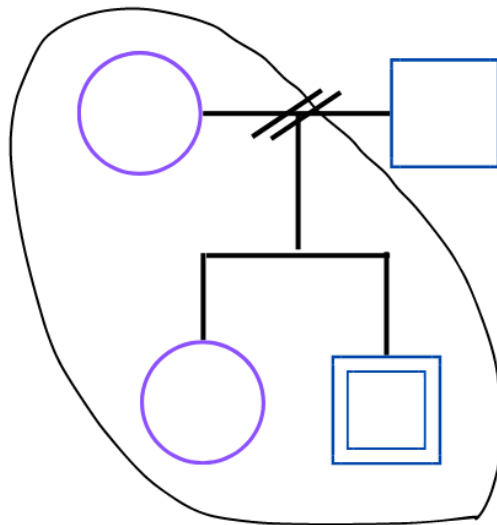
11.1.5 Caso 5: Tomás

Niño de 9 (nueve) años, ha sido llevado a consulta psicológica debido a que experimentaba miedo a estar solo. La madre refiere que se asustaba y lloraba sin motivo aparente, y pasaba la mayor parte del tiempo junto a ella.

Durante el proceso psicodiagnóstico (abordado a través de Bender, Test de Figura Humana y Hora de Juego) y las entrevistas con la madre y el padre, se ha observado que el niño carece de hábitos y rutinas diarias claras.

Como características de su personalidad se observa en Tomás una marcada pasividad, inseguridad, timidez e introversión. También se observa su prolijidad y atención al detalle en ciertas actividades, como las escolares.

Genograma



Fuente: elaboración propia.