

Dentesano, Magalí

**El proceso de elaboración
psíquica y representación
simbólica a través del juego
y el dibujo en la infancia, en
el marco de las
intervenciones
implementadas por el
Servicio de Salud Mental de
un hospital pediátrico de
Córdoba**

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

Directora: Gonzalez, Ana Silvia

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 4.0 Internacional.](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CÓRDOBA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

“El proceso de elaboración psíquica y representación simbólica a través del juego y el dibujo en la infancia, en el marco de las intervenciones implementadas por el Servicio de Salud Mental de un hospital pediátrico de Córdoba”

Dentesano, Magalí

2026

“El proceso de elaboración psíquica y representación simbólica a través del juego y el dibujo en la infancia, en el marco de las intervenciones implementadas por el Servicio de Salud Mental de un hospital pediátrico de Córdoba”



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CÓRDOBA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA**

**TRABAJO INTEGRADOR FINAL
MODALIDAD SISTEMATIZACIÓN DE PRÁCTICAS
CONTEXTO CLÍNICO**

*“El proceso de elaboración psíquica y representación simbólica a través del juego y el dibujo
en la infancia, en el marco de las intervenciones implementadas por el Servicio de Salud
Mental de un hospital pediátrico de Córdoba”*

ALUMNA: Dentetano, Magalí

DIRECTORA: Lic. Gonzalez, Ana Silvia

AÑO 2026

En primer lugar, quiero agradecer a mis padres, quienes con esfuerzo, amor y dedicación me impulsaron a que mis sueños sean posibles. Fueron y continúan siendo mi inspiración en este arte de vivir. A mi madre, por su amor y su apoyo incondicional, por estar siempre y aportar los colores cálidos a cada etapa. A mi padre, por sus consejos y por enseñarme a tener el valor de trazar mi propio camino, confiando en cada pincelada.

A mi hermana, mi gran compañera en esta obra compartida, por acompañarme, desde su armonía, en los primeros trazos, risas y desafíos, por estar siempre cerca con su complicidad y cariño.

A mi familia, por ser el marco que sostiene y realza esta obra. En especial, a mis abuelas, quienes son los faros que iluminan mis pasos y a mis abuelos, esas estrellitas que siguen acompañándome desde su recuerdo.

A mis amigas, que me acompañan desde hace tiempo y aquellas que la vida universitaria puso en mi camino, gracias por la escucha, los abrazos y los momentos compartidos, por sumar los colores que hacen este proceso más bello.

A Valen, por su amor, su compañía y por elegir compartir conmigo este lienzo de vida, impulsarme a soñar alto y acompañarme en el recorrido.

Quiero agradecer especialmente a Ana Silvia, mi directora de tesis, quien con su vocación y generosidad me acompañó en este trayecto. Su guía y acompañamiento me aportaron claridad, confianza y me impulsaron en este logro.

Agradezco al Hospital Pediátrico por abrirme sus puertas y ser fuente de inspiración. En especial, a Lau, Mar y Caro, que me acompañaron en este aprendizaje, transmitiéndome valores fundamentales como el compromiso, la sensibilidad y el respeto.

Por último, gracias a todas las personas que forman parte de mi vida. Me siento afortunada de poder compartir y celebrar este logro con quienes dejaron su huella de color en esta obra que hoy miro con orgullo.

*“Sueño con pintar y luego pinto mis sueños”
-Vincent van Gogh*

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	9
2. CONTEXTO DE LA PRÁCTICA	12
2.1. RECORRIDO HISTÓRICO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA	13
2.2. LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN LA ACTUALIDAD: DEFINICIÓN Y OBJETO DE ESTUDIO.....	14
2.3. ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO Y SUS RESPONSABILIDADES ÉTICAS Y LEGALES	15
2.4. PSICOTERAPIA: DEFINICIÓN Y ENFOQUES.....	18
3. CONTEXTO INSTITUCIONAL.....	23
3.1. RECORRIDO HISTÓRICO DE LA INSTITUCIÓN.....	24
3.2. CONTEXTUALIZACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL	24
3.3. ORGANIGRAMA DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL	27
4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN.....	28
5. OBJETIVOS.....	30
5.1. OBJETIVO GENERAL.....	31
5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	31
6. PERSPECTIVA TEÓRICA	32
6.1. CONSTITUCIÓN PSÍQUICA DEL INFANTE.....	33
6.2. CONCEPTUALIZACIONES SOBRE EL JUEGO Y EL DIBUJO	38
6.3. SITUACIÓN ANALÍTICA Y EL ROL DEL ANALISTA	41
6.4. DESARROLLOS SOBRE DISPOSITIVO.....	46
7. MODALIDAD DE TRABAJO.....	48
7.1. CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS.....	49
7.2. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	51
7.3. CONSIDERACIONES ÉTICAS	52
8. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA	54
8.1. RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO.....	55

8.2. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA	59
8.2.1. DISPOSITIVOS IMPLEMENTADOS EN EL SERVICIO DE SALUD MENTAL VINCULADOS AL JUEGO Y AL DIBUJO, QUE PROPICIAN EL PROCESO DE ELABORACIÓN PSÍQUICA Y REPRESENTACIÓN SIMBÓLICA: CONSULTORIOS EXTERNOS Y PROGRAMA DE ASMA GRAVE.....	59
8.2.2. INTERVENCIONES QUE PROPICIAN LA ELABORACIÓN PSÍQUICA Y LA REPRESENTACIÓN SIMBÓLICA, REALIZADAS A TRAVÉS DEL JUEGO Y EL DIBUJO	65
8.2.3. APORTES DE LOS DISPOSITIVOS VINCULADOS AL JUEGO Y AL DIBUJO QUE PROPICIAN LA ELABORACIÓN DEL SUFRIMIENTO PSÍQUICO DESDE LA MIRADA DE SUS PARTICIPANTES	86
9. CONSIDERACIONES FINALES	93
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101

ÍNDICE DE SIGLAS

- APA: American Psychological Association.
- CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, 10.^a edición.
- EFPA: Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos.
- SENAF: Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia.
- SPD: Servicio de Protección de Derechos.

1. INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo Integrador Final (TIF), se enmarca en las Prácticas Profesionales Supervisadas correspondientes a la Licenciatura en Psicología, llevadas a cabo en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica de Córdoba. Las mismas, fueron situadas en el Hospital Pediátrico del Niño Jesús durante el periodo comprendido entre julio y diciembre del año 2025. En este marco, el trabajo tiene como finalidad la sistematización de la experiencia, entendida como un proceso de reflexión crítica que integra fundamentos teóricos y prácticos.

En este sentido, el eje de sistematización propuesto es: *“El proceso de elaboración psíquica y representación simbólica a través del juego y el dibujo en la infancia, en el marco de las intervenciones implementadas por el Servicio de Salud Mental de un hospital pediátrico de Córdoba”*.

En primer lugar, se desarrolla el recorrido histórico de la Psicología Clínica, abordando sus orígenes, principales desarrollos teóricos y transformaciones a lo largo del tiempo, así como las distintas áreas de implicancia de su campo de intervención en la actualidad. Dicho recorrido permite comprender a la Psicología Clínica como una disciplina en permanente construcción, atravesada por diversos enfoques teóricos que orientan la comprensión del sufrimiento y sus posibles modalidades de abordaje.

Asimismo, se aborda el rol del psicólogo clínico, enfatizando su carácter interdisciplinario en el contexto hospitalario, donde el trabajo con diversos profesionales de la salud resulta fundamental para el abordaje integral de los/las usuarios/as. En este marco, se destaca que el psicólogo clínico asume responsabilidades éticas y legales las cuales orientan su práctica, a fines al bienestar del paciente.

En segundo lugar, se aborda el contexto institucional de la práctica, correspondiente a un hospital polivalente de carácter público, con población infantil. En dicho apartado se destacan las características del Servicio de Salud Mental, como sus diversas áreas y programas. En tercer lugar, se presenta el eje de sistematización propuesto para el presente trabajo, el objetivo general y sus objetivos específicos.

Posteriormente, se desarrolla la perspectiva teórica pertinente al eje de sistematización, donde se exponen los diversos aportes teóricos relacionados al juego y al dibujo desde la perspectiva psicoanalítica, así también se abordan las conceptualizaciones sobre el proceso de elaboración psíquica y representación simbólica. A su vez, se caracteriza el rol del psicólogo clínico en la práctica infantil, detallando su rol y sus posibles intervenciones. Luego, con el objetivo de dar cuenta del proceso llevado a cabo para la elaboración del presente trabajo, se explicita la modalidad metodológica empleada, describiendo las técnicas utilizadas para la obtención y el análisis de la información pertinente al eje de sistematización.

Seguidamente, en lo que refiere a análisis de la experiencia, se exponen dos apartados, en un primer lugar se realiza una recuperación del proceso vivido, donde se detallan las actividades realizadas en la práctica, mencionando aquellas experiencias significativas y relacionándolas con aquellas emociones surgidas durante el proceso. Por otro lado, se realiza la reflexión de la práctica a partir de la revisión de lo documentado en los registros, con el objetivo de realizar la articulación teórica-práctica a fin de responder al eje de sistematización propuesto y a sus objetivos específicos.

Por último, se exponen las consideraciones finales, orientadas a dar cuenta de las reflexiones alcanzadas en relación con la articulación de los aportes teóricos y la experiencia práctica; seguidamente se presenta el anexo donde se ilustran los dibujos de los casos seleccionados, y las referencias bibliográficas del material teórico seleccionado.

2. CONTEXTO DE LA PRÁCTICA

2.1. RECORRIDO HISTÓRICO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

A continuación, se presentan los aportes de la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA, 2003), con el propósito de delimitar un breve recorrido histórico de la Psicología Clínica.

Como punto de partida, a finales del siglo XIX surgen diversas ciencias sociales cuyo objeto de conocimiento fue el sujeto, tanto en su dimensión individual como social, entre estas disciplinas emergentes se encuentra la Psicología. Se destaca que, dicho siglo “se interesó por el sujeto o la persona como objeto de saber científico, por decirlo así también, en cómo el mundo construye al sujeto o cómo el individuo es modelado por el mundo” (EFPA, 2003, p. 2).

En relación a la psicología clínica, se señala el año 1896 y la Universidad de Pennsylvania como el contexto en el cual se funda, teniendo como referente a Lightner Witmer, quien posteriormente establecería la primera revista de Psicología Clínica. Desde entonces, comenzó a definirse la figura del psicólogo clínico y su método clínico, inicialmente con un carácter eminentemente científico. La clínica de Witmer se caracterizó, en sus orígenes, por el abordaje de dificultades en el desarrollo infantil, haciendo hincapié en procesos de re-aprendizaje (EFPA, 2003).

En continuidad con lo planteado, la EFPA (2003), identifica como otro acontecimiento relevante en ese mismo año, 1896, la denominación del método clínico de Sigmund Freud como psicoanálisis. Dicha propuesta implicó un desplazamiento de la perspectiva biológica y científica hacia un enfoque centrado en la escucha biográfica, lo cual posibilitó establecer una clara diferenciación entre psicología y medicina.

Posteriormente, siguiendo los aportes mencionados, en los primeros años del siglo XX, se incorporaron pruebas psicodiagnósticas destinadas a la medición de la inteligencia, así como la aplicación de técnicas proyectivas. De este modo, el psicodiagnóstico y la investigación comenzaron a consolidarse como funciones del psicólogo clínico.

Con el transcurso de los años, la psicología clínica se fue enriqueciendo con los aportes de diversos pensadores y corrientes teóricas. Según la EFPA (2003), hacia la década de 1930 los psicólogos clínicos comenzaron a desempeñar funciones terapéuticas, además de la ya mencionada función psicodiagnóstica, llevando a cabo entrevistas terapéuticas y actividades de carácter psico-educativas. Así también, se implementaron programas de formación de posgrado

para psicólogos clínicos, lo que favoreció la consolidación de las instituciones y del perfil profesional propio de la disciplina.

Posteriormente, de acuerdo con lo señalado por Buendía (1999), la Segunda Guerra Mundial generó una profunda preocupación por los problemas de salud mental, lo que impulsó un desarrollo acelerado de la psicología clínica. Como consecuencia, en 1946, la Asociación de Veteranos en Estados Unidos reconoció mediante certificación legal la especialidad de la Psicología Clínica, estableciendo el diagnóstico, el tratamiento y la investigación de los desórdenes del comportamiento como funciones propias del psicólogo clínico. Por lo tanto, este acontecimiento significó el reconocimiento formal de la función terapéutica del psicólogo.

A su vez, la EFPA (2003) destaca que, a partir de dicha necesidad social, la American Psychological Association (APA) instituyó un sistema de formación en Psicología Clínica conocido como el modelo Boulder. El mismo se focalizó en la capacitación en la investigación científica, la evaluación psicodiagnóstica y el tratamiento psicoterapéutico, constituyendo la denominada santa trinidad de la psicología clínica.

Finalmente, cabe subrayar que, durante la década de 1950, la psicología clínica, ya consolidada como disciplina científica y profesión reconocida, alcanzó un creciente prestigio social, favoreciendo el surgimiento y consolidación de nuevos sistemas psicoterapéuticos.

2.2. LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN LA ACTUALIDAD: DEFINICIÓN Y OBJETO DE ESTUDIO

Para dar comienzo a este apartado, resulta pertinente señalar que la psicología clínica constituye un campo de especialización dentro de la psicología y que su ejercicio se desenvuelve en diversas áreas de acción. En este sentido, el Colegio de Psicólogos de la provincia de Córdoba (2017) sostiene en el reglamento de especialidades que las mismas son en “Hospitales Generales, Psiquiátricos, Centros de Salud, Clínicas, Consultorios, y otras Organizaciones e Instituciones Públicas o Privadas en las que se desarrollen acciones de Promoción, Prevención, Asistencia y Rehabilitación de la Salud” (Cap II, par.1).

Si bien esta disciplina ha atravesado múltiples transformaciones y debates a lo largo de la historia, la EFPA (2003), plantea que su objeto de estudio son los trastornos mentales, entendidos no necesariamente como enfermedades, sino como conjuntos de síntomas, tanto comportamentales como psicológicos, los cuales suelen generar malestar e interferir en la vida cotidiana del individuo. En relación a la naturaleza de los mismos, se los concibe como multicausales, debido a que no se reducen exclusivamente a alteraciones cerebrales, sino que se integran factores psicológicos, sociales y culturales.

En relación a lo anterior, cabe destacar los aportes de Buendía (1999), quien menciona la necesidad de una visión integral en la práctica clínica, la cual permita identificar la interacción entre los factores psicológicos y socioambientales. De este modo, el autor señala que la psicología moderna abandona los enfoques reduccionistas, con la finalidad de poder considerar tanto las influencias biológicas como los elementos psicológicos y los contextos socioculturales implicados en las distintas manifestaciones de los trastornos mentales.

Así es como, la Psicología Clínica se ocupa de establecer un psicodiagnóstico, orientado a identificar el trastorno, analizarlo y explicarlo, con el propósito de diseñar un tratamiento destinado tanto a la intervención como a la prevención. En consecuencia, esta área cuenta con métodos psicodiagnósticos propios, modelos psicopatológicos y procedimientos psicoterapéuticos específicos (EFPA, 2003).

2.3. ROL DEL PSICÓLOGO CLÍNICO Y SUS RESPONSABILIDADES ÉTICAS Y LEGALES

Al reflexionar sobre el rol del psicólogo clínico, resulta imprescindible considerar las transformaciones que ha experimentado a lo largo de la historia. En un principio, su labor se centraba predominantemente en la atención individual dentro del consultorio, caracterizada por una práctica autónoma y, en general aislada del contexto social. Sin embargo, a partir de las crecientes demandas sociales y de una concepción más amplia de la salud y enfermedad, este rol adquirió una significativa complejidad. Como señalan Haz et al. (2002), tradicionalmente la

intervención psicológica se realizaba de manera independiente, focalizada en un solo consultante, lo cual otorgaba al profesional un alto grado de autonomía en su quehacer clínico.

Siguiendo con los aportes mencionados, en la actualidad, el rol del psicólogo clínico se encuentra atravesado por la complejidad de los escenarios institucionales en los cuales se inserta la práctica. Esta situación representa un desafío significativo, ya que exige la capacidad de integrarse a equipos interdisciplinarios y de formar parte de redes psicosociales que trabajen en función de las necesidades del destinatario. En este contexto, para los problemas de salud mental resulta imprescindible el abordaje desde enfoques integrales, los cuales contemplan múltiples dimensiones del sufrimiento psíquico (Haz et al. 2002).

En relación al trabajo interdisciplinario, la complejidad de los escenarios institucionales en los que se inserta la práctica de la psicología clínica exige repensar las intervenciones desde una lógica que trascienda el abordaje individual y aislado. En relación, Montobbio (2013), propone concebir el trabajo en red como una condición fundamental de la práctica en salud mental, expone la importancia de escuchar, cuestionar supuestos previos y promover instancias de intercambio entre los distintos profesionales, posibilitando una apertura a la producción de algo nuevo allí donde las respuestas parecen repetirse.

En continuidad, el trabajo en red adquiere relevancia en el campo de la atención en salud mental de niños y niñas, en donde las problemáticas requieren respuestas intersectoriales, las cuales articulen el sistema de salud con otros dispositivos institucionales y comunitarios. Desde este enfoque, se destaca la necesidad de que el sistema de salud facilite conexiones intra e intersistémicas, debido a que las respuestas a los problemas de salud deben construirse de manera articulada, especialmente cuando se trata de población infantil, la cual representa un alto porcentaje de las consultas en salud mental (Montobbio, 2013).

En este sentido, Montobbio (2013), expresa el carácter programático de la práctica clínica en el ámbito hospitalario, en donde la planificación de las acciones se basa en la escucha y el alojamiento de las problemáticas y dificultades singulares de los sujetos, favoreciendo la construcción de intervenciones integrales. La autora expresa:

El trabajo denominado tradicionalmente como asistencial, es decir, la atención clínica que conocemos bajo el nombre de consultorios externos, tiene una buena parte programática en tanto requiere decir estrategias interdisciplinarias e interinstitucionales que se vinculan estrechamente con el contexto social del chico, al punto que los dispositivos asistenciales configuran también el ambiente en el que vive y se desarrolla el niño. (Montobbio, 2013, p. 30)

En continuidad con el rol del psicólogo clínico en el ámbito hospitalario, según López Fuentetaja y Villaverde (2019), la incorporación de las variables psíquicas y sociales junto a las biológicas, dan cuenta de la necesidad de una práctica clínica desde la articulación entre distintas especialidades. De este modo, para posibilitar la atención de las necesidades singulares y de su contexto, resulta necesaria la cooperación interdisciplinaria, en donde el psicólogo debe mantener de forma integrada una visión tanto clínica, social como institucional, tanto al paciente, a la familia como a los equipos institucionales. Por lo tanto, los autores mencionan que, “Esta visión tridimensional irrenunciable es la que va a permitir la realización de tareas globales de prevención, diagnóstico e intervención psicológica” (p. 7).

A su vez, dentro del ejercicio profesional del psicólogo clínico, Jorge (2018) plantea que la evaluación debe ser comprendida como una función integral. Lo cual se refiere a no solo indagar y formular objetivos terapéuticos, sino también intervenir, prever la evolución del proceso y reevaluar los resultados obtenidos. Por esta razón la autora manifiesta que su carácter integral se articula con otras funciones esenciales del quehacer clínico, entre ellas la investigación, la prevención, la asistencia y la formación. Por lo tanto, la labor se encuentra atravesada por dimensiones fundamentales como la ética profesional, la capacidad de autoevaluación y la reflexión crítica constante sobre la práctica.

Por otro lado, dentro del rol del psicólogo clínico, resulta imprescindible destacar que su ejercicio profesional se encuentra regulado por diversas normativas legales, cuyo propósito es garantizar la seguridad e integridad de los usuarios, delimitando sus obligaciones y prohibiciones de la práctica profesional, además de asegurar el respeto por los derechos y dignidad de las personas.

Entre dichas normativas se destaca la Ley Provincial N.º 7106 (1984), la cual regula el ejercicio de la psicología en la provincia de Córdoba. Se aprecia que en su artículo N.º 3, define como parte del ejercicio profesional del área clínica la exploración de la estructura, dinámica y desarrollo de la personalidad; la orientación psicológica orientada a la promoción y prevención del equilibrio psíquico; la investigación y el diseño de intervenciones; y el diagnóstico y tratamiento de conflictos psicológicos mediante el uso de instrumentos y técnicas específicas de la disciplina.

Asimismo, resulta pertinente señalar la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 (2010), la cual asegura el derecho a la protección de la salud mental, reconociendo que la misma se encuentra atravesada por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, por ende, su preservación supone un trabajo colectivo. Por otro lado, la ley menciona los derechos de las personas con padecimiento mental, entre ellos se encuentran el

derecho a recibir atención integral y humanizada, gratuita, igualitaria y equitativa; el derecho a preservar su identidad; recibir atención con fundamentos científicos; además la internación es considerada restrictiva y debe llevarse a cabo únicamente cuando aporte mayores beneficios que el resto de las intervenciones. A su vez, se enfatiza la obligatoriedad del consentimiento informado para toda intervención.

De igual modo, el Régimen de la Salud Mental en la Provincia de Córdoba, Ley N° 9848 (2010), garantiza la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud mental desde una perspectiva integradora y rehabilitadora, favoreciendo a la inclusión social.

Por otro lado, el Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba (2016), establece cinco principios fundamentales del ejercicio profesional, entre los que se destacan: el respeto por la dignidad de las personas y los pueblos, el cuidado competente, la integridad, las responsabilidades profesionales y científicas, y la responsabilidad social. Dicho código aborda, a su vez, aspectos fundamentales como el trato justo, el consentimiento informado, el secreto profesional y el derecho a la información. En particular, se subraya la obligación de mantener la confidencialidad de toda información obtenida en el ejercicio profesional, salvo en aquellos casos en los que dicho secreto implique un riesgo, delito o perjuicio para el consultante o para terceros.

De este modo, el rol del psicólogo clínico en la actualidad requiere de una formación sólida, un posicionamiento crítico y una práctica ética ante los diversos contextos de intervención. Por dicha razón, con la finalidad de asegurar tanto la calidad de la atención como el respeto por los derechos de los individuos, su ejercicio profesional se encuentra regulado y legitimado por un conjunto de marcos legales y deontológicos.

2.4. PSICOTERAPIA: DEFINICIÓN Y ENFOQUES

La psicoterapia constituye un campo amplio dentro de la práctica clínica, caracterizado por la coexistencia de múltiples enfoques teóricos. En consideración con los aportes de Feixas y Miró (1993), las definiciones de psicoterapia están vinculadas a los diferentes modelos

teóricos, ya sea desde la dinámica inconsciente como en el cambio de conductas observables. Desde una perspectiva general, desde el diccionario de Psiquiatría, Battegay et al. (1984) (como se citó en Feixas y Miró, 1993), define:

La psicoterapia es un método científicamente fundamentado de tratamiento de un paciente, una pareja, una familia o un grupo, y destinado a detectar conflictos inconscientes o experiencias fallidas y problemas, con el fin de ayudar al o a los pacientes a alcanzar un conocimiento profundo de su estado y mejorar su relación con la realidad. (p. 16)

En relación a lo expuesto, La Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (1992) (como se citó en Feixas y Miró, 1993), propone una definición integradora, entendiendo por psicoterapia a aquel tratamiento psicológico del sufrimiento humano, en las diversas etapas del ciclo vital. La misma se especifica en diversas orientaciones teóricas, prácticas y aplicadas, y se orienta a promover “el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física, y psíquica, la integridad de la identidad psicológica y el bienestar bio-psico-social de las personas y grupos” (p. 16).

En este marco, la psicoterapia es ejercida por “un profesional autorizado que utiliza medios psicológicos para ayudar a resolver problemas humanos, en el contexto de una relación profesional” (Feixas y Miró, 1993, p. 16). Siguiendo los aportes de los autores, el destinatario de dicha intervención es el cliente o paciente, definido como aquella persona que acude a terapia a partir de algún malestar el cual provoca un deseo consciente de cambio. En este sentido, resulta relevante lo expuesto por Strupp y Butler (1990), (como se citó en Feixas y Miró, 1993), “el proceso de la terapia se diseña no para cambiar a los pacientes sino para ayudar a los pacientes a que se cambien a sí mismos”. Para lo cual, Feixas y Miró (1993), destacan que el psicoterapeuta requiere una formación profesional específica, ya que:

Para poder desempeñar su labor, los psicoterapeutas necesitan poseer conocimientos específicos sobre los procesos de aprendizaje, la dinámica de la personalidad, los procedimientos y técnicas de la evaluación psicológica, la psicopatología, los principios de la interacción social, los procesos cognitivos y emocionales, el desarrollo durante el ciclo vital, etc. (p. 27)

A su vez, los autores mencionan que un elemento central de toda psicoterapia es la relación terapéutica. Dicha relación se define por su carácter profesional establecido en un interés genuino por el paciente, aunque sin formar parte de sus relaciones cotidianas. Se expone que “la relación terapéutica requiere una estructuración específica. Tradicionalmente, se ha utilizado la noción de encuadre terapéutico para hacer referencia al conjunto de reglas fijadas por los terapeutas para hacer visible la psicoterapia” (Feixas y Miró, 1993, p. 27). En el

encuadre se incluyen los honorarios, la duración y frecuencia de las sesiones, el lugar y otros factores que intervengan en el desarrollo de la psicoterapia.

Según lo expuesto, el proceso terapéutico adquiere características específicas en función del marco teórico desde el cual se lo conceptualiza. Si bien existen múltiples marcos teóricos que conforman el campo de la psicoterapia, en el presente apartado se desarrollarán los modelos psicodinámicos, los modelos conductuales y los modelos cognitivos.

Según Feixas y Miró (1993), dentro de los modelos psicodinámicos, tradicionalmente identificados con el psicoanálisis, el conflicto intrapsíquico ocupa un lugar central. Este enfoque “abarca una teoría de la estructura y el desarrollo de la personalidad, así como de la psicopatología, la relación terapéutica y el proceso terapéutico” (p. 88).

Desde los aportes de Laplanche y Pontalis (1967/2021), se concibe al psicoanálisis como “Un método de investigación que consiste esencialmente en evidenciar la significación inconsciente de las palabras, actos, producciones imaginarias (sueños, fantasías, delirios) de un individuo” (p. 316). Así también, los autores exponen que dicha disciplina se caracteriza por la interpretación de la resistencia, transferencia y deseo.

En relación, Feixas y Miró (1993) proponen que entre las técnicas características de este modelo se encuentra la asociación libre y el análisis de las resistencias. Así también dentro de este marco se incluyen diversas intervenciones entre ellas la confrontación, definida como aquella en la que “se muestra al paciente dos cosas opuestas con la intención de colocarlo ante un dilema” (p. 121); la clarificación, la cual se basa en la reformulación de un aspecto narrado por el paciente, emergiendo un punto de vista distinto; y la interpretación, entendida como aquella da lugar en la consciencia a un fenómeno inconsciente, posibilitando una nueva conexión de significado a la experiencia psíquica.

En contraste, Feixas y Miro (1993), exponen que los modelos conductuales parten de la premisa de que “la mayor parte de la conducta (incluida la inadaptada) es aprendida y de que los principios de las teorías del aprendizaje pueden utilizarse en la práctica clínica (p. 170). Desde esta perspectiva, la terapia aplica los rigores científicos.

Por su parte, los autores señalan que los modelos cognitivos utilizan el término cognición en un sentido amplio, entendiendo aquellas ideas, creencias, constructos, como patrones complejos de significados involucrando las emociones, pensamientos y conductas. En consonancia con Bruner (1990) (como se citó en Feixas y Miró, 1993), se sostiene que “el concepto fundamental de la psicología humana es el de significado y los procesos y transacciones que se dan en la construcción de los significados” (p. 47). Dentro de este enfoque, el modelo de Beck identifica el rol de los esquemas en la formación y mantenimiento de ciertos

trastornos psicológicos, mientras que la terapia racional-emotiva de Ellis plantea que en el núcleo de los trastornos se encuentra la tendencia al pensamiento irracional, donde se interpreta la realidad en relación al sistema de creencias irracionales propio, por ende, las consecuencias del pensamiento dependen del grado de irracionalidad de las creencias. Resulta esencial destacar que,

Las psicoterapias cognitivas son procedimientos activos, directivos, estructurados y de breve duración, para el tratamiento de una gran variedad de trastornos psicológicos. Proponen una colaboración abierta con el cliente para afrontar su problema, planteando un modelo explicativo simple y sugiriendo estrategias específicas para su resolución. (Feixas y Miró, 1993, p. 227)

De igual manera, los autores proponen entre los recursos técnicos mayormente utilizados se encuentran la asignación gradual de tareas, las técnicas de relajación, la programación de actividades y el entrenamiento de habilidades específicas (Feixas y Miró, 1993).

Por otro lado, Ávila Espada (2003), concibe la psicoterapia como una práctica orientada al proceso de cambio de manera global. Desde esta perspectiva, uno de los aspectos fundamentales de la psicoterapia es el conocimiento de cómo se produce el cambio, tanto en un nivel holístico como en relación con los distintos procesos y subprocesos que intervienen en él. En este sentido, la psicoterapia no se limita en el pasado del sujeto, sino que pone énfasis en las necesidades actuales del paciente, integrando tanto dimensiones emocionales, cognitivas y relacionales. Por ende, el cambio terapéutico se produce en un trabajo conjunto entre paciente y terapeuta. En relación, el autor señala que la psicoterapia implica “conocer el proceso de cambio y los procesos que intervienen en el cambio” (p. 68), destacando la importancia de comprender los mecanismos que posibilitan transformaciones subjetivas.

Asimismo, Ávila Espada (2003) destaca que el cambio se articula en el marco de la relación terapéutica, concebida como “un ámbito de fenómenos y procesos intersubjetivos determinantes y determinados por lo intrapsíquico y social” (p. 69). Desde esta concepción, la psicoterapia se configura como un dispositivo que favorece la resignificación de la historia personal y la integración de experiencias emocionales y cognitivas, posibilitando nuevas formas de afrontamiento al malestar.

Por último, otro aspecto central en la concepción de psicoterapia desarrollada por Ávila Espada (2003), es la necesidad de contar con un corpus técnico sistematizado, con principios organizadores claros. Dicha sistematicidad resulta esencial para que la práctica psicoterapéutica pueda ser contrastada y sometida a verificación, sin embargo, “no quiere decir que de ellos se

derive automáticamente manuales operacionales o procedimientos protocolizados” (p. 68). Por el contrario, las orientaciones técnicas deben entenderse como direcciones estratégicas, considerando la flexibilidad y la singularidad de cada proceso terapéutico.

3. CONTEXTO INSTITUCIONAL

3.1. RECORRIDO HISTÓRICO DE LA INSTITUCIÓN

La Práctica Profesional Supervisada se desarrolló en el Hospital Pediátrico del Niño Jesús, ubicado en avenida Castro Barros N° 650, en la ciudad de Córdoba Capital. El mismo corresponde a una institución pública con regulación provincial, de carácter polivalente de segundo nivel. Su ejercicio se encuentra orientado a la atención de niños, niñas y adolescentes de hasta 14 años y 11 meses de edad, siendo residentes de la zona norte de la ciudad de Córdoba.

En relación a su recorrido histórico, el nosocomio fue fundado en 1884 bajo la denominación de Casa de Niños Expósitos por la Sociedad de Damas de la Providencia. Con el transcurso de los años comenzó a desempeñar funciones como Casa Cuna y orfanato, para posteriormente consolidarse como centro de atención médica. Luego, en el año 1980, la institución adoptó su denominación actual de Hospital Pediátrico del Niño Jesús y comenzó a depender del gobierno provincial. Sin embargo, cabe señalar que entre los años 1995 y 1999, a raíz de diversas conflictivas gubernamentales, el hospital se vio afectado y debió cerrar temporalmente sus puertas (Hospital Pediátrico: historia de una resistencia que rindió frutos, 2014).

3.2. CONTEXTUALIZACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL

En el presente hospital, el Servicio de Salud Mental se encuentra conformado por un equipo interdisciplinario integrado por profesionales de Psicología, Psiquiatría, Psicopedagogía y Trabajo Social, quienes tienen el propósito de abordar la salud mental de manera integral. Por lo tanto, su intervención profesional se extiende a (S. Pizarro, comunicación personal, 3 de septiembre de 2025):

Por un lado, guardias activas y pasivas, el Servicio de Salud Mental se organiza en guardias activas de 8 a 20 horas, y en guardias pasivas disponibles las 24 horas, garantizando la atención a emergencias. Por otro lado, de lunes a viernes, se realizan triage en salud mental,

los cuales corresponden a una primera escucha centrada en evaluar la situación del usuario, con el objetivo de priorizar la atención y derivar según el grado de urgencia o emergencia.

Así también, el servicio participa en interconsultas en salas de clínica médica, recuperación postquirúrgica, UTI (unidad de terapia intensiva) y UCI (unidad de cuidados intensivos), las cuales se llevan a cabo con la participación de diversas disciplinas y tienen la finalidad de fortalecer el vínculo entre el equipo médico y el paciente, contribuyendo al proceso terapéutico. En relación a la internación en salud mental, el equipo interviene en la valoración integral, el acompañamiento y el tratamiento de usuarios y familias.

A su vez, el servicio se caracteriza por la atención en consultorios externos, donde se lleva a cabo la evaluación, el diagnóstico y la intervención terapéutica. El trabajo se desarrolla de manera interdisciplinaria entre los distintos profesionales del servicio de Salud Mental. Además, se implementan programas destinados a los niños, niñas y adolescentes, así como a sus familiares y tutores, con la finalidad de brindar apoyo psicoeducativo y estrategias para la promoción y prevención de salud mental. Los programas son:

- Programa de Asma Grave: acompañamiento durante las internaciones junto con el equipo médico, así como la atención ambulatoria en consultorios externos dirigida a usuarios y sus familias. El programa consta de seis encuentros orientados a favorecer la comprensión del diagnóstico y la adquisición de habilidades de autocuidado y regulación.

A lo largo de los encuentros se realiza una aproximación del caso a partir de la recopilación de información personal, familiar y contextual. Se abordan aspectos emocionales sobre el posible impacto de la enfermedad tanto en el niño/a como en su familia, a su vez se evalúan las estrategias de afrontamiento y limitaciones presentes en cada situación.

- Programa de Diabetes: frente a la condición de diabetes, se propone el acompañamiento tanto durante la internación como en la atención ambulatoria. Con la participación de dos psicopedagogos, se realiza la contención, psicoeducación y se brindan estrategias para que la condición no sea un limitante en la vida de los pacientes, y así favorecer la adherencia al tratamiento.

El proceso de intervención consta de cuatro instancias, en donde se desarrolla un abordaje integral en relación a los aspectos cognitivos y emocionales vinculados a la condición médica, allí se profundiza en la comprensión de la enfermedad, el proceso de

tratamiento y la gestión emocional necesaria para afrontarla. En el programa se trabaja de manera conjunta con el/la niño/a y la familia para la integración de los aprendizajes y la preparación para su reinserción en distintos ámbitos

- Programa de Flap: Dirigido a niños/as con fisura alvéolo palatina (anomalía congénita, intervienen factores genéticos, ambientales y la interacción entre ambos). A partir del abordaje interdisciplinario, pertenecientes del servicio de Salud Mental participa una psicopedagoga y una psiquiatra. Aquí se brinda un acompañamiento integral durante la internación, la atención ambulatoria y el trabajo grupal. El tratamiento incluye acompañamiento a los padres/tutores en la comprensión diagnóstica, ofreciendo recursos psicológicos con el objetivo de mejorar la calidad de vida del niño/a y su núcleo familiar.

El programa se organiza en tres ejes. En primer lugar, se brinda el acompañamiento de los padres y del niño/a ante el diagnóstico, formando un espacio de contención y comprensión. Posteriormente, se aborda la construcción de la propia imagen y del esquema corporal, fortaleciendo la conciencia corporal y las capacidades de autocuidado. Por último, se focaliza en la adolescencia y sus cambios, profundizando en la comprensión del diagnóstico, la exploración de emociones y pensamientos, y la identificación de las redes de apoyo que intervienen en la conformación de la identidad.

- Programa Conaire: destinado a niños/as que presentan traqueotomía. Con la participación de psicopedagogía, se brinda, a la familia del niño/a, acompañamiento en la comprensión diagnóstica, en la toma de decisiones vinculadas a la indicación terapéutica y se brindan herramientas para gestión de emociones.

Así también, el Servicio de Salud Mental participa en diversos comités institucionales, con el objetivo de fortalecer el trabajo interdisciplinario y promover la mejora continua en la calidad de atención del usuario. Ellos son (S. Pizarro, comunicación personal, 3 de septiembre de 2025): el Comité de Maltrato Infantil, el cual cuenta con la participación de trabajo social y psicología. Si bien no interviene de manera directa en situaciones, se aboca a la revisión permanente de los protocolos de maltrato y al asesoramiento del mismo al equipo de salud.

Por otro lado, el Comité Hospitalario y Seguridad del Paciente cuyo objetivo principal es garantizar la mejora continua de los procesos asistenciales mediante el cumplimiento de normas internacionales establecidas. Por último, en el Comité de Bioética, con la intervención

de psicopedagogía, se desarrollan capacitaciones y encuentros destinados a debatir sobre los desafíos éticos vinculados al tratamiento clínico y a la toma de decisiones complejas de los usuarios del hospital.

3.3. ORGANIGRAMA DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL



Figura 1: organigrama del Servicio de Salud Mental. Fuente: elaboración propia.

4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN

“El proceso de elaboración psíquica y representación simbólica a través del juego y el dibujo en la infancia, en el marco de las intervenciones implementadas por el Servicio de Salud Mental de un hospital pediátrico de Córdoba”

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL

Analizar el proceso de elaboración psíquica y representación simbólica a través del juego y el dibujo en la infancia, en el marco de las intervenciones implementadas por el Servicio de Salud Mental de un hospital pediátrico de Córdoba.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir los dispositivos implementados en el servicio de salud mental que propician la elaboración psíquica y representación simbólica de niños/as a través del juego y el dibujo.
- Examinar las intervenciones efectuadas por los/as profesionales que propician la elaboración psíquica y la representación simbólica de niños/as a través del juego y el dibujo.
- Identificar los aportes de los dispositivos vinculados al juego y al dibujo que propician la elaboración del sufrimiento psíquico desde la mirada de sus participantes.

6. PERSPECTIVA TEÓRICA

En el presente apartado se propone abordar las producciones simbólicas en la infancia, particularmente el juego y el dibujo, como expresiones fundamentales de los procesos de elaboración psíquica y representación simbólica. Considerando que en el desarrollo infantil la capacidad de representar constituye un hito estructurante de la vida psíquica.

En primer lugar, resulta necesario precisar a qué alude el concepto infancia. Bleichmar (2012), expone “la infancia es el tiempo de instauración de la sexualidad humana, y de la constitución de los grandes movimientos que organizan sus destinos en el interior de un aparato psíquico destinado al après-coup” (p. 215). De este modo, en la infancia las experiencias se inscriben, aunque su significado se encuentra abierto a resignificaciones y complejizaciones.

A su vez, Delval (2000), expone que, en los primeros años de vida, el infante comienza a manifestar progresivamente la función semiótica, es decir, la capacidad de emplear significantes en lugar de significados. Dicha función se evidencia en distintas formas de representación, entre ellas, el juego simbólico, el dibujo, las imágenes mentales y el lenguaje. El autor expone que a través del juego el infante utiliza su capacidad representativa de manera lúdica, desplazándose de la acción concreta para crear situaciones imaginarias que le permiten explorar su mundo interno.

6.1. CONSTITUCIÓN PSÍQUICA DEL INFANTE

Como punto de partida, la constitución psíquica del infante puede comprenderse, según Janin (2011), como un proceso complejo el cual se inicia desde los primeros momentos de vida y se constituye en una historia vincular. En esta primera etapa, el psiquismo no existe como una estructura acabada, sino que se configura progresivamente a partir del vínculo con un otro significativo, quien otorga sentido a las experiencias y posibilita la inscripción simbólica de lo vivido. Dicho de otro modo, la autora expone que la presencia del semejante desde el sostén se vuelve esencial, ya que, frente al plus de placer instaurado, al propiciar vivencias calmantes frente a la irrupción del dolor, cumple una función ligadora e inscriptora.

Siguiendo con los aportes de la autora, el psiquismo se organiza inicialmente a partir de la tendencia a expulsar todo aquello que genera perturbación, conceptualizada como tendencia

al cero o Principio de Nirvana. Sin embargo, esta modalidad primaria se complejiza a partir de las inscripciones psíquicas, las mismas corresponden a las huellas que motorizan el psiquismo al limitar la descarga absoluta, permitiendo el principio de constancia, el cual frena la tendencia a cero y posibilita una mayor organización del funcionamiento psíquico (Janin, 2011).

En la misma línea, Janin (2011) distingue tres tipos de vivencias implicadas en la constitución psíquica. En primer lugar, las vivencias ligadas a los cuidados maternos, como la mirada, la voz y el sostén, que favorecen la conformación del yo en un estado inicial de fusión e indiferenciación entre el yo y el no-yo, orientando al sujeto hacia la búsqueda permanente de placer. En contraposición, las vivencias de dolor se asocian a “inscripciones que llevan a la huida, a la desinvestidura del objeto mnemónico hostil, al vaciamiento representacional” (p. 20). Finalmente, las vivencias calmantes refieren a la posibilidad de que un otro sostenga y contenga lo displacentero, facilitando la inscripción psíquica y la elaboración de redes representacionales.

De este modo, según lo desarrollado por la autora, las vivencias dejan huellas mnémicas que se integran y reorganizan en el psiquismo, configurando la trama singular de cada sujeto. Desde esta perspectiva, al nacer, el niño presenta ritmos biológicos que, en el encuentro con un otro, se transforman en ritmos psíquicos. La madre, al acompasarse con los ritmos del bebé, ofrece un espacio compartido que inaugura el principio de placer. En este primer momento, “el niño registra los afectos maternos y no puede diferenciarlos de los propios. Así, el amor materno es vivido como fusión con el otro, y el rechazo materno, como un rechazo a sí mismo” (Janin, 2011. p. 20).

En consecuencia, los cuidados maternos no sólo satisfacen necesidades biológicas, sino que erogeneizan ciertas zonas corporales, delineando los primeros recorridos de placer y displacer. Así, las vivencias del infante, traducidas y significadas por un otro a través de la mirada, la voz y los gestos, posibilitan las primeras formas de representación y constitución del mundo interno, es decir, el/la niño/a constituye su aparato psíquico en relación al aparato psíquico de los otros que lo rodean. Por ende, ante las vivencias terroríficas, donde el dolor irrumpe y no hay posibilidad de ligar por sí mismo, resulta fundamental la presencia de alguien que contenga y propicie vivencias calmantes, posibilitando la inscripción de las mismas (Janin, 2011). Las vivencias mencionadas abren tanto caminos deseantes como caminos de rechazo, la autora menciona que:

para que haya posibilidad traductora, para que los signos perceptivos vayan dando lugar a las otras representaciones, para que el proceso originario dé paso al proceso primario y secundario, deberá haber un adulto que pueda fantasear y pensar, ayudándolo así a traducir esas primeras inscripciones en otra lógica. (p.21)

Sin embargo, para comprender el modo en que estas primeras experiencias se inscriben simbólicamente, resulta necesario abordar el concepto de elaboración psíquica. Según Laplanche y Pontalis (1967/2021), este término designa el trabajo mediante el cual el aparato psíquico controla y transforma las excitaciones que lo atraviesan, con el fin de evitar que su acumulación se convierta en patógena. Los autores destacan que “este trabajo consiste en integrar las excitaciones en el psiquismo y establecer entre ellas las conexiones asociativas” (p. 106). De esta manera, la elaboración psíquica no se limita a la mera descarga de energía, sino que supone una transformación cualitativa que permite su ligadura dentro de la trama representacional.

En el marco del proceso analítico, Laplanche y Pontalis (1967/2021) destacan que esta noción adquiere una dimensión clínica específica bajo el nombre de trabajo elaborativo, entendido como el proceso psíquico mediante el cual el sujeto logra integrar las interpretaciones del analista y superar las resistencias. A partir de ello, se facilita la tramitación de contenidos reprimidos y se atenúa la compulsión a la repetición. Así, la elaboración psíquica se presenta como una condición esencial para el proceso analítico, ya que permite el pasaje de lo puramente pulsional hacia un nivel de simbolización.

A su vez, los autores sostienen que el concepto de representación remite a la inscripción del objeto en los sistemas mnémicos, constituyendo la base de los procesos simbólicos. Dichas representaciones, especialmente las representaciones de cosa propias del sistema inconsciente, mantienen una estrecha relación con la experiencia perceptiva, al punto de que en los primeros momentos del desarrollo psíquico, como ocurre en la alucinación primitiva, el infante puede considerar la representación como equivalente al objeto ausente (Laplanche y Pontalis, 1967/2021).

En base a lo planteado, los autores señalan que la representación simbólica emerge como una forma más elaborada de inscripción psíquica, en la medida en que implica la capacidad de diferenciar la representación del objeto real y de ligar la experiencia afectiva a un significante. En este proceso intervienen las huellas mnémicas, entendidas como las inscripciones que los acontecimientos dejan en la memoria y que se articulan entre sí en redes asociativas. De este modo, la representación simbólica se constituye sobre dichas huellas a partir de su recatetización, proceso mediante el cual se posibilita la actualización del recuerdo, la elaboración del afecto y la construcción de sentido (Laplanche y Pontalis, 1967/2021).

En continuidad con lo desarrollado, Janin (2011) describe que los primeros tiempos de constitución psíquica se organizan a partir de la identificación primaria, la cual “es un proceso constitutivo, estructurante de la instancia del yo y, como tal, queda incorporada a su organización estable” (p. 25). De este modo, en la identificación primaria se constituye un primer esbozo del yo, denominado yo de placer purificado. Esta instancia se encuentra regida por el principio de placer y supone un primer grado de organización de las sensaciones corporales, asimismo si bien este momento es posibilitado por otros, estos no son reconocidos aún.

Según la autora, la identificación primaria se produce en una triple conjunción: por un lado, la identificación a la imagen idealizada de la madre como otro organizador y espejo; por otro, la identificación a la imagen que los padres devuelven al niño; como también, la identificación a las representaciones que el niño construye de sus padres en relación al modo en que ellos se representan a sí mismos. A partir de lo expuesto, se conforma una imagen de sí en la que se imponen representaciones de otros significativos, a través de estas el/la niño/a construye una imagen de sí, la autora plantea que “el niño queda atrapado en el ser que los otros le proponen” (Janin, 2011, p. 25).

Sin embargo, Janin (2011) subraya que el proceso de subjetivación requiere la posibilidad de diferenciarse de ese otro primordial. Para lo cual, resulta imprescindible que el niño pueda tolerar las fracturas narcisistas, lo que implica la caída del ideal de su majestad el bebé; este movimiento resulta posible sólo si los padres pueden soportar dicha caída y renunciar al hijo idealizado. Aquí, el yo de placer se reorganiza, se producen mayores diferenciaciones entre las instancias del yo y el ello, se complejizan las inscripciones psíquicas y comienzan a operar procesos como la represión primaria y la instauración del superyó (Janin, 2011).

En relación con lo planteado, Bleichmar (2021) menciona que para la complejización del aparato psíquico resultan necesarios los movimientos de separación respecto al objeto primordial. La autora retoma los aportes de Lacan acerca del segundo tiempo del Edipo, con el objetivo de señalar que la separación de la madre y la castración simbólica constituyen momentos fundantes en la organización de las identificaciones secundarias. Dicho proceso permite la elección de objeto y la instauración del Superyó de manera definitiva, posibilitando una estructura psíquica reorganizada.

De este modo, siguiendo con Janin (2011), la diferenciación respecto al otro corresponde a un proceso progresivo de reorganización psíquica, el cual se encuentra en constante transformación a lo largo del desarrollo psíquico, en especial en la adolescencia, debido a que posibilita movimientos transformadores. De este modo, la autora mantiene que,

“la adolescencia posibilita nuevas vías, nuevos recorridos, nuevas imágenes de sí y de los otros, pero que esto a su vez se construye sobre lo ya inscripto. Es decir, las determinaciones no son lineales, sino complejas” (p. 28). Cabe destacar que, para la reorganización psíquica resulta necesario un entorno que posibilite el espacio de creación de la propia historia del niño/a, así también será más fácil de soportar el proceso cuando la estructuración psíquica es sólida, la autora expresa que “cuando lo que prima es la tendencia ligadora y complejizadora, el pasaje se podrá tramitar con menor sufrimiento” (p. 31).

Desde esta perspectiva, Janin (2011) sostiene que el encuentro con el otro introduce algo del orden de lo no evacuable, una vivencia que deja una marca de carácter traumático. Dicha primera experiencia de satisfacción inaugura un movimiento de procesamiento psíquico necesario para establecer la ligadura entre la excitación y su representación. En esta línea, la represión primaria constituye un momento fundante, ya que delimita el campo de lo representable y da lugar a la conformación del inconsciente.

En continuidad con lo desarrollado acerca de los tiempos iniciales de la constitución psíquica, Bleichmar (2021) expone que la represión originaria es fundante de la organización psíquica, expresando “el proceso de constitución de la represión originaria, de separación y fundación de los sistemas inconsciente y preconscious-consciente, implica la instalación de una contracarga que cuide la producción y permanencia del sistema inconsciente” (p.52). En este proceso, una inscripción originaria no reprimida logra, a partir de la represión, ubicarse definitivamente en el sistema psíquico, consolidando la fijación de contenidos en el inconsciente.

Así también, Bleichmar (2008) expresa, “por eso la represión tiene una función reequilibrante, permite depositar aquello que perturba en el fondo del alma, deja libre al psiquismo para que pueda pensar y le evita el sufrimiento de una renuncia constante” (p. 125). De este modo, la represión se presenta como una operación necesaria que organiza el funcionamiento psíquico.

Desde esta perspectiva, Freud (1926) como se citó en Bleichmar (2021) plantea el síntoma como una formación sustitutiva de una satisfacción pulsional no lograda, siendo resultado de la represión. En este sentido, el autor define que la represión consiste en mantener alejados de la conciencia determinadas mociones pulsionales.

Finalmente, resulta fundamental exponer la definición de defensa planteada por Laplanche y Pontalis (1967/2021), como aquel “conjunto de operaciones cuya finalidad consiste en reducir o suprimir toda modificación susceptible de poner en peligro la integridad y la constancia del individuo biopsicológico” (p. 89). A partir de lo expuesto, las defensas

protegen al yo de aquello displacentero con el objetivo de mantener el equilibrio del aparato psíquico. Según los autores, se encuentran diversos tipos de operaciones de defensa, entre ellas, la represión, regresión, aislamiento, formación reactiva, proyección, introyección, sublimación.

No obstante, existen situaciones en las que estas operaciones defensivas resultan insuficientes para cumplir su función de ligadura y elaboración. Sumado a ello, según lo expuesto por Laplanche y Pontalis (1967/2021), lo traumático puede comprenderse como una experiencia que por su intensidad desborda la capacidad del aparato psíquico para tramitarla mediante sus vías habituales de elaboración. Dicho exceso produce una ruptura en la economía psíquica, dejando al yo en una posición de indefensión frente a las pulsiones y las representaciones que no pueden ser ligadas ni simbolizadas. En este sentido, lo traumático no remite únicamente a un acontecimiento externo, sino a la imposibilidad del sujeto de otorgarle sentido y de integrarlo a su red representacional. De este modo, lo traumático se caracteriza por una disociación entre afecto y representación, donde lo no elaborado insiste en su repetición.

6.2. CONCEPTUALIZACIONES SOBRE EL JUEGO Y EL DIBUJO

Desde sus orígenes, el psicoanálisis ha considerado el juego infantil como una vía fundamental para acceder a la vida psíquica del niño, permitiendo la manifestación de sus conflictos, deseos y fantasías. Diversos autores le han otorgado un lugar central para la comprensión del desarrollo, la simbolización y los modos de tramitación psíquica.

Para comenzar, Freud (1920/2007) observó en un niño, de dieciocho meses, el juego de arrojar y traer un carretel, a través del mismo repetía la experiencia de ausencia y retorno de la madre, simbolizando la angustia que le producía y transformándola en un dominio activo, este juego fue nombrado Fort-Da. A partir de esto, el autor señala que el juego implica una renuncia a la satisfacción instintiva, escenificando con objetos disponibles lo vivido pasivamente.

De este modo, la función elaborativa posibilita la repetición y dominación de lo sufrido, suponiendo así un logro cultural ya que, al renunciar a la satisfacción pulsional inmediata, se posibilita tolerar la espera, soportar la ausencia y simbolizarla. En relación, el autor expone, “se advierte que los niños repiten en el juego todo cuanto les ha hecho gran impresión en la vida;

de ese modo abreaccionan la intensidad de la impresión y se adueñan, por así decir, de la situación” (Freud, 1920/2007, p. 16).

Los desarrollos de Freud constituyeron la base sobre la cual se elaboraron posteriores teorizaciones, las cuales se orientaron a establecer una técnica específica para el análisis de niños y niñas, entre ellas se encuentra los aportes de Melanie Klein.

En esta línea, Klein (1955) plantea que, a través del juego, el infante puede expresar y trasladar sus intereses, fantasías, ansiedades y sentimientos de culpa hacia objetos simbólicos. De este modo, el juego se convierte en un medio que le permite elaborar su mundo interno y encontrar alivio frente a sus conflictos emocionales, evidenciando su capacidad de simbolización.

A partir de lo anterior, la autora sostiene que la actividad lúdica constituye el modo esencial de expresión en la infancia, ya que en las primeras etapas del desarrollo los niños/as aún no logran simbolizar pensamientos y sentimientos a través de asociaciones verbales. En consecuencia, el juego permite al infante elaborar experiencias traumáticas, posibilitando tanto el alivio del malestar como la obtención de placer (Klein, 1955).

Por otro lado, Winnicott (s.f/2015) retoma la concepción kleiniana según la cual el juego constituye el principal medio de comunicación, exploración y elaboración del mundo interno, otorgándole un papel central en el desarrollo psíquico y en los procesos terapéuticos. El autor plantea que “el juego cumple una función vital, especialmente para el manejo de la agresión y la destructividad, cuando el niño tiene la capacidad de disfrutar la manipulación de símbolos” (p. 81).

En relación a esta perspectiva, Capnikas (2018), plantea que a través del juego el niño construye el mundo, ya que por su función elaborativa hace activo lo que vivió pasivamente, produciendo nuevos sentidos a su experiencia. La autora señala que “el niño va a aprehender el mundo representándolo, simbolizándolo, y el proceso de pensar se va dando desde el poder representar. Jugando el niño va a la vez que representando, haciendo propio los conocimientos del otro” (p.26).

En relación con lo desarrollado, Lewin (2004) relaciona el juego como un recurso privilegiado para la elaboración, simbolización y desplazamiento de experiencias que resultan excesivas para el aparato psíquico infantil. De este modo expone que,

La función catártica del juego le permite elaborar situaciones excesivas, traumáticas para su debilitado Yo, haciendo activo lo sufrido pasivamente. Al jugar, el niño desplaza al exterior sus miedos, angustias y problemas internos dominándolos mediante la acción. Repite en el juego situaciones que le han resultado excesivas, permitiéndose así

cierto dominio sobre objetos externos, al lograr hacer activo lo sufrido pasivamente. (Lewin, 2004, p. 363)

Sumado a ello, Winnicott (s.f./2015), sostiene que el juego constituye, ante todo, una actividad creadora que requiere un entorno de confianza y sostén. Dichas condiciones se alcanzan cuando el infante ha recibido cuidados suficientemente buenos, lo que le posibilita explorar y simbolizar sus vivencias. Por el contrario, la falta de cuidados adecuados produce desconfianza y limita la experiencia lúdica.

Se destacan los aportes de Waserman (2008), donde señala que “la dimensión analítica del juego, en tanto constituye un discurso del sujeto, no deben hacernos dejar de ver esa función básica, una exportación del mundo real que ha sido derivada a la exploración del mundo de las representaciones” (p. 73). En este sentido, el juego trasciende al mero recurso interpretativo del analista, sino que constituye el espacio mediante el cual el niño deposita sus experiencias de la realidad. Lo vivido adquiere la posibilidad de ser representado, elaborado y significado, facilitando la articulación entre el mundo interno y externo del infante.

Por otro lado, en relación al dibujo, Aberastury (1973), expone que en los últimos años ha cobrado valor como relato, a partir del mismo se construye tanto la situación actual como la pasada del niño/a. La autora plantea, “Del mismo modo que en el juego, en el dibujo se van elaborando situaciones que surgen del desarrollo normal y/o patológico, y/o de acontecimientos externos traumáticos” (p. 675). Asimismo, en su texto manifiesta que, el dibujo constituye una vía para comprender las defensas que el Yo utiliza frente a las exigencias internas y a la realidad externa, además posibilita evaluar el nivel de desarrollo de dichas defensas en relación con la etapa evolutiva del niño/a.

Siguiendo la misma línea, desde la perspectiva de Flesler (2011), el dibujo constituye una forma privilegiada de simbolización. La autora sostiene que, en las producciones gráficas, no se busca reproducir el objeto tal como es, sino representarlo mediante una sustitución que lo evoca de forma parcial. De esta manera, expone que el dibujo nombra parcialmente el objeto, poniendo de manifiesto una lógica de incompletud, lo dibujado nunca coincide plenamente con aquello que se pretende representar, deja un resto que no puede ser dicho ni mostrado. Por lo tanto, plantea que lejos de ser una copia del mundo externo, se configura como un espacio de creación donde el infante otorga sentido subjetivo a sus vivencias, expresando a través de trazos aquello que no puede ser dicho con palabras.

De igual modo, Delval (2000), expone que el dibujo se constituye como una forma de expresión simbólica, la cual implica la utilización de imágenes internas y la posibilidad de proyectar aspectos de la experiencia subjetiva en una producción material. Al igual que el juego,

el dibujo está profundamente ligado al placer y a la imitación, funcionando como un medio a través del cual el /la niño/a simboliza y organiza su vivencia del mundo.

En articulación con lo expuesto, “al representar un papel el niño puede separar las ideas imperantes en su inconsciente y expulsarlas (escisión y proyección de imagos), con una sensación consecuente de alivio” (Luzzi y Bardi, 2009, p.57). Aquí los autores expresan que el dibujo posibilita operaciones psíquicas fundamentales para la tramitación de contenidos inconscientes, permitiendo al infante depositar aquello que no logra ser elaborado por vías discursivas, favoreciendo a la disminución del malestar psíquico.

6.3. SITUACIÓN ANALÍTICA Y EL ROL DEL ANALISTA

En consonancia con los aportes teóricos acerca del juego y el dibujo, a continuación, se presentan desarrollos que permiten comprender el rol que asume el/la analista en la clínica con niños/as. En primer lugar, Aberastury (1973) plantea la importancia del lenguaje no verbal en el psicoanálisis de niños y expone: “es necesario buscar significados en los significantes: dibujos, juegos, gestos y palabras” (p. 671). Desde esta perspectiva, se propone comprender el sentido de dichas producciones en su globalidad, atendiendo a la situación traumática, las fantasías, las repeticiones elaborativas, así como también a los mecanismos defensivos utilizados.

A partir de lo expuesto, Flesler (2011) plantea que la posición del analista, al situarse frente al dibujo, no busca descifrar un contenido oculto del objeto representado, sino leer en él las marcas propias del sujeto. Es por ello que, la lectura analítica del dibujo implica reconocerlo como una codificación que realiza el infante sobre su mundo, y cuyo sentido remite a su propia verdad psíquica. Así, el analista no apunta a lo representado sino al sujeto que se manifiesta en el acto mismo de dibujar.

Asimismo, en relación a la interpretación del dibujo, Janin (2014), expone que no existe una manera mecánica referida directamente al simbolismo, sino que existen múltiples posibilidades interpretativas. La autora propone pensar la intervención como un acto creativo,

teniendo en cuenta que el dibujo se encuentra entramado en una historia, junto a cambios e irrupciones de angustias.

Por otro lado, desde la perspectiva de Rodulfo (2012), el juego en situación analítica no constituye únicamente una actividad recreativa, sino que cumple una función psíquica esencial en el proceso de estructuración subjetiva. A través del jugar, el/la niño/a otorga sentido simbólico a sus experiencias y encuentra un modo singular de elaborar aquello que lo afecta. De este modo, el juego adquiere una función terapéutica, dado que posibilita la tramitación de conflictos internos, ya que el infante no expresa su conflicto mediante el lenguaje verbal, sino que lo transforma en acción lúdica.

Siguiendo lo planteado por el autor, para que dicha capacidad simbólica se despliegue, resulta necesario un entorno facilitador que sostenga y habilite el juego. Cuando dicho sostén falla, la posibilidad de simbolizar se ve afectada y el juego tiende a empobrecerse. Así, el jugar se presenta como un indicador de vida psíquica activa, mientras que su deterioro o ausencia puede interpretarse como una manifestación de sufrimiento subjetivo (Rodulfo, 2012).

En continuidad con la función de sostén, Bleichmar (2012), expone la necesidad de “Tolerar junto al otro, para que la disminución del sufrimiento sea posible, el compromiso de una labora común que permite exhumar lo inconsciente para permitir la elaboración y ligazón de aquello que desde el externo-interno ataca al sujeto” (p. 185). La autora resalta el rol de sostén y acompañamiento del analista, a su vez el trabajo en conjunto con el/la niño/a, a fin de poder simbolizar aquello no elaborado, aquellas experiencias traumáticas las cuales no pudieron ser inscritas y que irrumpen en el aparato psíquico. De este modo, su texto menciona que la idea central del análisis es inaugurar nuevas vías de transformación, debido a que la estructura psíquica en la infancia se encuentra en constitución, lo cual resulta un momento privilegiado para la complejización y recomposición psíquica.

Asimismo, en la entrevista de juego se conciben importantes ciertos aspectos, Capnikas (2018) sostiene que ellos son el encuadre, la consigna, los materiales y la interpretación. El encuadre corresponde a “el dispositivo formal en el cual se desarrolla la intervención, donde están las variables del tiempo y el espacio, la asociación libre (el juego libre) la abstinencia del psicólogo” (p. 27). Se propone el consultorio como un espacio seguro donde el infante pueda desplazarse. Siguiendo la autora, la consigna introduce la caja con juguetes y materiales para promover el juego libre, a través de la observación de dicha actividad, el/la terapeuta busca comprender las modalidades de expresión con el fin de brindar ayuda adecuada. Mientras que la técnica consiste en acompañar el juego del niño/a sin imponer, pudiendo escuchar, interpretar y señalar.

En continuidad con el rol del terapeuta, Weich (1990) como se citó en Luzzi y Bardi (2009), relaciona el modelo winnicottiano al plantear el concepto de analista suficientemente bueno, remitiendo al analista que posibilita el desarrollo del juego sin invadir ni obstruir con sus propias producciones. En su lugar, se dispone creativamente a jugar, ofreciendo mediante un sostén emocional un entorno facilitador para el surgimiento de la creatividad. A su vez, el terapeuta ajusta sus intervenciones a partir de las necesidades del proceso analítico y de las fortalezas y debilidades yoicas del paciente, es por esta razón que las intervenciones, deben realizarse según la posibilidad actual del infante para poder elaborarlas.

En relación a lo planteado, según Flesler (2011), las intervenciones clínicas están orientadas a promover el juego a partir de objetos que adquieren nuevos sentidos en el campo lúdico y que se convierten en soportes que posibilitan la sustitución y representación, a través de ellos, el infante logra poner en juego lo ausente, recreando su experiencia. La autora expresa “en ellos, la necesaria alternancia de presencia y ausencia se apoya en los pequeños soportes que llamamos juguetes cuando demuestran sustituirse y jugar a lo que no son” (pp. 119-120).

Sumado a ello, Janin (2014), expone que, desde el sostén, la contención y la creatividad, la tarea analítica se orienta a abrir caminos a través de la inscripción de nuevas vivencias y de la construcción de una red de deseos propios. En este marco, el juego y el dibujo se conciben como modos privilegiados de expresión que permiten al analista acceder al mundo interno del infante, a sus repeticiones, fantasías y manifestaciones transferenciales. Siguiendo los aportes de la autora:

El trabajo con un niño es siempre una aventura... un recorrido abierto en el que nos jugamos, dibujamos y desdibujamos, perdemos compostura, nos encontramos y desencontramos en un descubrimiento conjunto del niño y de nosotros mismos. Un territorio nunca suficientemente explorado. (Janin, 2014, p. 9.)

Cabe destacar que, la autora propone pensar en la imposibilidad de plantear cuadros y diagnósticos fijos en la infancia, debido a que nos encontramos ante un psiquismo en proceso de constitución. Por lo contrario, expresa la necesidad de pensar las conflictivas intra e intersubjetivas que se ponen en juego, las defensas puestas en marcha, el tipo de pensamiento que prevalece y qué es lo que se repite. Por lo tanto, plantea el ejercicio de psicoanalizar como la tarea de ayudar al infante a pasar del grito al acto, del movimiento desordenado al dibujo o al juego (Janin, 2011).

De igual modo, la autora expresa que en la clínica con niños las intervenciones serán estructurantes, debido a que posibilitarán un armado psíquico, es decir, un armado de su propia historia, de su subjetividad. Janin (2013) propone que en situación analítica “ayudar a investir

libidinalmente el mundo, posibilitar la construcción de un ritmo que dé lugar al placer, armar posibilidades simbolizantes, diferenciar fantasía y realidad, y muchas otras son las intervenciones que realizamos en la clínica con niños” (p. 29).

Entre las intervenciones posibles se encuentra el sostener al niño a pesar de las adversidades, posibilitar el registro de sus afectos, establecer la diferenciación yo-no yo, favorecer la apertura de un mundo fantasmático, trabajar con los vínculos, contener a los padres, y ayudarlo a construir su historia. Dichas intervenciones son posibles a partir del establecimiento de un código compartido con el infante (Janin, 2013).

Consecuentemente, la autora expone la importancia de considerar el término trastornos en vez de síntomas, debido a que el último remite a un conflicto intrapsíquico, es decir, a una formación de compromiso entre instancias psíquicas ya constituidas. Mientras que, el concepto de trastorno hace alusión a dificultades en el camino de subjetivación (Janin, 2011).

Asimismo, lo planteado por la autora encuentra estrecha relación con lo expuesto por Bleichmar (2012), quien subraya la importancia de concebir el aparato psíquico en proceso de estructuración. Desde esta perspectiva, la intervención analítica no se orienta exclusivamente a la función interpretativa, sino que asume también una función estructurante, posibilitando que lo pulsional encuentre una inscripción en un psiquismo abierto a nuevas experiencias.

En tiempos de infancia, la intervención analítica genera las condiciones de fundación misma del inconciente, otorgando las posibilidades de complejización y recomposición psíquica para que lo pulsional, insistente y «fijado al sujeto», encuentre un emplazamiento más o menos definitivo en el marco de un tiempo siempre abierto hacia nuevas experiencias, vale decir, hacia nuevos traumatismos y nuevas resimbolizaciones. (Bleichmar, 2012, p. 295)

Siguiendo con lo expuesto, Bleichmar (2008), introduce el concepto de neogénesis para dar cuenta de aquellos momentos estructurantes que se producen en el encuentro analítico, donde se inaugura un orden psíquico nuevo que posibilita la transformación y la metabolización de experiencias que no han sido elaboradas.

En la misma línea, Aberastury (1973), señala que el niño “expresa en sus juegos las fantasías inconscientes reprimidas y es por eso que mediante el análisis de la actividad lúdica tenemos acceso a las expresiones más profundamente reprimidas del niño y estamos en condiciones de influir en su desarrollo” (p. 674). Lo cual permite concebir el juego en análisis desde los efectos estructurantes y posibilitantes de complejización psíquica.

Desde esta perspectiva, las intervenciones estructurantes deben concebirse en relación con las condiciones institucionales que las hacen posibles. En contextos de infancias atravesadas por el desvalimiento, el acceso al juego, al dibujo y a la palabra requiere, de un

encuentro que aloje al niño como sujeto y le ofrezca un sostén adulto. En este sentido, los aportes de Aguirre (2021), permiten ampliar la mirada de la clínica hospitalaria hacia las intervenciones institucionales que crean las condiciones de posibilidad para la producción simbólica.

De este modo, Aguirre (2021), destaca la necesidad de intervenciones desde la función de humanización, orientada a acompañar los procesos de constitución subjetiva mediante intervenciones que ofrezcan borde, soporte y sostén. Es por ello, que la autora expresa las intervenciones de ceremonias mínimas, las cuales corresponden a aquellas que permiten alojar al sujeto infantil. En este sentido, propone la metáfora del nido como una estrategia institucional, para referir a aquella disponibilidad del adulto a partir de la escucha, la mirada, el cuidado, la posibilidad de sostener y de trabajar en articulación con otras disciplinas. De este modo, las intervenciones resultan artesanales y creativas, pensadas en la singularidad de la situación. La autora destaca que “Apostar al juego, al dibujo y a escribir es abrir las posibilidades subjetivas de ese niño; seguramente ayudará a significar experiencias, conducirá a un bienestar psíquico y creará otras realidades internas” (Aguirre, 2021, p. 118).

Cabe destacar que, la autora propone el desvalimiento en las infancias en tanto incluye privación, desafiliación, desamparo, desigualdad social, vulnerabilidad e inestabilidad, las cuales se agravan cuando se sostienen en el tiempo y se articulan con situaciones de des-auxilio. En estos contextos, los/las niños/as quedan frecuentemente expuestos al no lugar, entendido como la ausencia de un espacio donde puedan ser reconocidos como individuos que padecen, sufren y se angustian. Este no lugar se expresa en experiencias de rechazo, abandono, indiferencia, violencia y maltrato, configurando un desamparo simbólico que obstaculiza la inscripción subjetiva.

En continuidad con lo desarrollado, resulta necesario ampliar la mirada hacia el contexto en el que el niño se encuentra inserto. En este sentido, el trabajo con los padres se presenta como un componente fundamental del abordaje clínico en la infancia. De este modo, resulta pertinente señalar lo propuesto por De Armas (2018), quien plantea que el sufrimiento infantil no puede pensarse por fuera de la trama vincular en la que el niño se encuentra inserto. La autora señala que la consulta suele ser vivida por los padres como una herida narcisista, acompañada de sentimientos de culpa y vivencias de fracaso en la función parental, lo cual exige por parte del terapeuta una posición empática, comprensiva y no culpabilizante. Se propone la importancia del trabajo con los padres a fin de “consolidar la alianza terapéutica e ir involucrándolos en el proceso, aclarar que estamos todos trabajando juntos por el niño, lo que provocara que se desplieguen los aspectos transferenciales a lo largo del proceso” (p. 40).

6.4. DESARROLLOS SOBRE DISPOSITIVO

Por último, a partir de los desarrollos previos sobre la constitución, la elaboración psíquica y la representación simbólica, se vuelve pertinente situar cómo estos procesos se visibilizan dentro de un marco específico, dentro de un dispositivo.

Cabe destacar los aportes de Agamben (2011), quien amplía lo desarrollado por Foucault y menciona “llamo dispositivo a todo aquello que tiene, de una manera u otra, la capacidad de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar y asegurar los gestos, las conductas, las opiniones y los discursos de los seres vivos” (p. 257). De este modo, el término dispositivo puede concebirse como un entramado complejo de prácticas, saberes y mecanismos que producen efectos en los modos de acción y de pensamiento de los sujetos. Dicho entramado no sólo orienta las conductas, los gestos y los discursos, sino que también participa activamente en la conformación de los procesos de subjetivación.

El autor expone que, el dispositivo no se reduce a una estructura técnica o institucional, sino que constituye un conjunto dinámico que interviene sobre los cuerpos, los vínculos y los discursos. El autor expresa “el dispositivo siempre tiene una función estratégica concreta, que siempre está inscrita en una relación de poder” (Agamben, 2011, p. 250). En este sentido, el dispositivo existe en un determinado espacio histórico y temporal.

Siguiendo con lo planteado, Waisbrot (2010), amplía la noción de dispositivo al concebirlo como una disposición de elementos que se articulan ante una situación clínica. De este modo, el dispositivo psicoanalítico no se reduce a un conjunto de procedimientos preestablecidos, sino que se constituye en acto, convocando la singularidad de cada encuentro. En este sentido, funciona como una red que posibilita que el sujeto se reconozca como sujeto de deseo, de vínculo y de lazo social, operando así una función subjetivante.

Asimismo, Maghid de Ubalini (2015) expresa “llamamos dispositivo analítico a las reglas que estructuran la relación analítica. Las reglas que lo constituyen son la asociación libre, la atención flotante, la interpretación del analista, la transferencia y la neutralidad del analista como respuesta al fenómeno transferencial” (p. 46).

Finalmente, Ungar (2015) manifiesta “pensar la clínica psicoanalítica como un dispositivo compuesto por una serie de elementos heterogéneos que, como todo dispositivo, nace relacionado con una situación de urgencia o, al menos, con una situación nueva” (p. 43). A su vez, la autora se centra en el encuadre analítico como el dispositivo central, el cual permite el desarrollo de la transferencia y la instalación de la actitud analítica. El encuadre, en tanto estructura flexible y permeable a las particularidades de cada proceso, constituye la condición necesaria para que el método analítico funcione como espacio de elaboración subjetiva. Desde esta mirada, el dispositivo no sólo sostiene el proceso analítico, sino que también lo organiza y lo delimita, garantizando un espacio donde lo psíquico puede representarse, tramitarse y simbolizarse.

7. MODALIDAD DE TRABAJO

El presente trabajo se desarrolla a partir de la sistematización de la experiencia adquirida en el contexto de la Práctica Profesional Supervisada, entendida como un proceso de construcción de conocimiento mediante la reflexión crítica sobre la misma. Como punto de partida, Jara (2011), conceptualiza la sistematización como un proceso de interpretación crítica de la experiencia que implica clasificar, ordenar y reconstruir la información recogida, a fin de generar reflexiones, interpretaciones y aprendizajes significativos que trascienden la mera descripción de los acontecimientos vividos.

Siguiendo lo planteado por el autor, la sistematización no debe ser concebida como un proceso lineal, sino como uno dinámico y complejo. En este sentido, el autor señala que dicho proceso permite extraer aprendizajes a partir de una apropiación crítica de las experiencias vividas, articulando la práctica con su conceptualización teórica. Dicha articulación posibilita identificar no solo los factores objetivos, sino también aquellos factores subjetivos que trascienden la experiencia (Jara, 2011).

A partir de lo expuesto, Jara (2011) sostiene que la sistematización no se limita a una descripción de la práctica, sino que implica un ejercicio de comprensión y transformación de la realidad, sustentado en la capacidad crítica del sujeto que las realiza. En base a ello, el autor menciona que “hay una intencionalidad transformadora, creadora y no pasivamente reproductora de la realidad social que anima a realizar la sistematización de experiencias como parte de un proceso más amplio” (p. 69).

Por último, Barnechea García y Morgan (2010), destacan que la sistematización integra no sólo las dimensiones teóricas, sino también las ideológicas y afectivas, lo cual posibilita una comprensión compleja de los fenómenos, evitando abstraerse de aspectos sustanciales que forman parte de la experiencia.

7.1. CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS

Por otro lado, la población que se aborda para la realización de este trabajo de sistematización está compuesta por cinco usuarios del Servicio de Salud Mental que concurren a los dispositivos de Consultorios Externos y Programa de Asma Grave del Hospital Pediátrico

del Niño Jesús. Cabe mencionar que, si bien se presentan viñetas de otros casos clínicos, el análisis se focaliza especialmente en aquellos que serán desarrollados en los apartados siguientes, debido a que son significativos en relación al eje propuesto.

Por un lado, se seleccionan tres niños de 9 (nueve), 11 (once) y 12 (doce) años, que se encuentran en proceso de psicoterapia en consultorio externo. Dicho proceso se orienta tanto a los niños como a sus adultos responsables, con el objetivo de acompañar y favorecer el desarrollo saludable del infante. En estos casos, se realiza un seguimiento prolongado, que incluye entrevistas individuales entre el niño y la profesional, así como reuniones con el equipo interdisciplinario implicado, integrando entrevistas familiares y la lectura de historias clínicas.

Asimismo, resulta relevante señalar que los usuarios mencionados, presentan significativas problemáticas en el ámbito familiar, motivo por el cual se encuentran bajo la intervención de SeNAF. Dicha circunstancia requiere una articulación constante con el organismo de protección, teniendo la finalidad de garantizar un abordaje integral de la situación.

Por otra parte, se exponen los casos de dos usuarias de 6 (seis) y 9 (nueve) años, quienes se encuentran en el Programa de Asma Grave. Allí las intervenciones psicológicas se articulan con el área de trabajo social y el equipo médico involucrado. En ambos casos, el abordaje consistió en un único encuentro, con el propósito de evaluar aspectos emocionales vinculados al afrontamiento de la enfermedad crónica y al contexto familiar.

Figura 2: Casos seleccionados. Fuente: elaboración propia.

CASO	EDAD	MOTIVO DE CONSULTA	CIE-10
LEÓN	12	Desorganización familiar por separación y divorcio	Z63.5
FEDERICO	9	Trastorno de la conducta Trastorno de las emociones	F91 F93
LUCAS	11	Trastorno de conducta no especificado Trastorno del desarrollo de habilidades escolares	F91.9 F81.9
VICTORIA	6	Asma	J45
MICAELA	9	Asma	J45

7.2. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En el marco de la experiencia práctica, se emplean diferentes técnicas para la recolección de información, las mismas son seleccionadas en función de los objetivos planteados para el eje de sistematización y de las características de los sujetos implicados.

Una de estas técnicas de gran relevancia es la observación participante. Este recurso posibilita que el investigador se inserte en el contexto que estudia, involucrándose en las dinámicas cotidianas y relacionales, aunque manteniendo la distancia analítica necesaria para registrar lo vivenciado. En palabras de Guber (2011), “la observación participante es el medio ideal para realizar descubrimientos, para examinar críticamente los conceptos teóricos y anclarlos en realidades concretas, poniendo en comunicación distintas reflexividades” (p.56).

Asimismo, en el transcurso de la observación participante, se realizan registros sistemáticos que dan cuenta de la experiencia práctica. Tomando como referencia los aportes de Guber (2011), el registro constituye una herramienta que permite conservar y resguardar la información, dar cuenta del proceso mediante el cual el investigador amplía su mirada y se apropia del campo, así como también reflexiona sobre su propia implicación. A su vez, posibilita visibilizar la construcción de conocimientos que surge de la articulación entre la teoría y la experiencia en el terreno.

En este sentido, el autor plantea la necesidad de que el observador no solo documente lo que acontece en el afuera, sino también la propia experiencia subjetiva que orienta su mirada y le permite destacar ciertos aspectos. Es por esto que el registro no ofrece la realidad en sí misma, sino que constituye la materialización de la perspectiva de conocimiento que el observador elabora sobre esa realidad (Guber, 2011).

Por último, otra técnica utilizada durante la experiencia práctica es la entrevista, aplicada tanto a los usuarios como a los profesionales del servicio, con el propósito de relevar información pertinente a los objetivos del presente trabajo.

En continuidad, Bleger (1985), señala que la entrevista constituye el elemento primordial del método clínico y la define como una técnica científica propia de la psicología. La misma corresponde al campo de trabajo en donde no se limita a obtener datos biográficos, sino que explora la conducta y la personalidad del entrevistado en su totalidad. Esto implica considerar no solo lo que expresa verbalmente, sino también la forma en que lo hace, los

silencios que mantiene, las omisiones, los gestos y otras maneras de comunicación. Del mismo modo, Guber (2011) plantea que:

La entrevista es una situación cara a cara donde se encuentran distintas reflexividades pero, también, donde se produce una nueva reflexividad. La entrevista es, entonces, una relación social a través de la cual se obtienen enunciados y verbalizaciones en una instancia de observación directa y de participación. (pp. 69-70)

Siguiendo con los aportes teóricos sobre la entrevista clínica, Protesoni (2018), destaca que se tiene como objetivo la recepción de la demanda y los motivos de consulta, la comprensión de la vivencia del paciente y sus manifestaciones de malestar, así también la elaboración de hipótesis acerca de la etiopatogenia de la problemática presentada. Posterior a esta comprensión inicial, se orienta la estrategia terapéutica más adecuada para las necesidades del sujeto. En relación a lo planteado, Muniz Martoy (2018), expone que la entrevista es una herramienta mediante la cual el psicólogo clínico puede conocer, profundizar y facilitar la conexión entre el consultante y su mundo interno. Asimismo, la autora plantea que en la entrevista con niños/as resulta fundamental el encuentro con los adultos responsables y la entrevista de juego, a fin de facilitar la expresión mediante dramatizaciones y lograr la exteriorización de conflictos y angustias.

7.3. CONSIDERACIONES ÉTICAS

De acuerdo a lo desarrollado, es imprescindible considerar que la recolección y el análisis de la información se llevan a cabo siguiendo los lineamientos normativos vigentes a nivel nacional, entre ellos las normativas deontológicas propuestas por el Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (2013); así como, a nivel provincial, las establecidas por el Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba (2016).

En este sentido, teniendo en cuenta que las normas regulatorias orientan la práctica profesional en base a principios fundamentales, teniendo la finalidad de respetar y proteger la integridad de la persona, se contempla la obligatoriedad del secreto profesional. Lo mismo concierne 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). Es por esta razón, que los datos obtenidos a lo largo de la experiencia práctica serán protegidos, preservando la identidad de los usuarios, en este caso alterando nombres y datos que puedan derivar a su identificación.

Asimismo, otro aspecto esencial es el consentimiento informado, el cual implica una explicación accesible sobre los procedimientos y los alcances de la intervención, el mismo requiere la aceptación voluntaria de los participantes. De este modo, “esta obligación se sustenta en el respeto por la autonomía, entendiéndose que es válido cuando la persona que lo brinda lo hace voluntariamente, y con capacidad para comprender los alcances de su acto” (Código de Ética de la FePRA, 2013, p.5).

En continuidad con lo expuesto, el consentimiento informado es comprendido como un proceso dinámico, el cual se encuentra sujeto a revisión permanente. Cabe señalar que, en situaciones de urgencia y de riesgo inminente, el psicólogo puede intervenir sin requerirlo de manera previa. Así también, al tratarse de población menor de edad, resulta imprescindible contar con la autorización del representante legal y, mientras sea posible, se le brinda al niño/a una explicación acorde a su edad y comprensión, con el fin de obtener su asentimiento. (Código de Ética de la FePRA, 2013).

Por último, la Ley 26.061 (2005), tiene como objetivo garantizar la protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes, reconociendo a la infancia como sujeto de derecho y sosteniendo que los derechos garantizados por la ley son de orden público, irrenunciables, indivisibles e interdependientes. Además, establece la creación de un Sistema de Protección Integral, compuesto por organismos y mecanismos específicos encargados de implementar políticas, supervisar su cumplimiento y promover acciones de restitución cuando esos derechos sean vulnerados. Además, la mencionada ley incorpora como principios la participación activa del niño y la consideración de su edad, madurez y contexto en las decisiones que lo afecten. Por último, prevé la obligación del Estado y de los actores sociales de adoptar medidas legales, administrativas y judiciales, de forma oportuna y eficaz, para proteger y garantizar estos derechos, obligando a cualquier persona para recurrir a instancias legales cuando estos no se respeten.

8. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

8.1. RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO

A lo largo de mi trayectoria en la carrera de Psicología, tuve la convicción de que mi vocación se orientaba hacia la práctica clínica, además mi interés por la población infanto-juvenil cada vez se fue intensificando, lo cual me motivó a realizar actividades y capacitaciones en relación a la misma. Es por esta razón que no tenía dudas sobre el contexto al que deseaba postularme para mis prácticas profesionales.

El día que se comunicaron los resultados, junto a mi nombre apareció el del Hospital Pediátrico. En ese momento la emoción me invadió por completo, era el contexto y la población que tanto anhelaba. Sin embargo, también me surgieron múltiples interrogantes como ¿qué prácticas se desarrollan en esa institución?, nunca había escuchado esa institución como opción de prácticas, ¿será la primera vez que recibirán practicantes? Estas dudas fueron el motor de búsqueda, comencé a indagar la historia de la institución, sus áreas de intervención y demás, lo cual me comenzó a brindar mayor seguridad.

Sin embargo, el tiempo transcurría, pero el inicio de las prácticas, por diversas circunstancias, cada vez se veía más postergado. Esa espera prolongada estuvo acompañada de sentimientos de frustración, incertidumbre y miedo a no alcanzar los objetivos académicos. La ansiedad comenzó a tener protagonismo y la emoción que había sentido al inicio del proceso cada vez se veía más opacada.

En ese tiempo de espera, comencé a sacarle frutos a las instancias de supervisión de la cátedra. Dichos espacios comenzaron a ser una oportunidad para escuchar las experiencias de otras practicantes, reflexionar y aprender de sus relatos, además, el compartir con compañeras que estaban en la misma situación me sirvió de contención. De esta manera, comencé a imaginar y anticipar el rol como practicante dentro de una institución hospitalaria.

Finalmente, en el mes de julio recibí la aprobación para comenzar mis prácticas. La noticia despertó la alegría y motivación que permanecían latentes. Coordinamos con la referente institucional un primer encuentro, en el que recorrimos el histórico edificio y pactamos días, horarios y actividades a realizar.

De manera oficial, mis prácticas comenzaron el día 30 de julio. Los primeros encuentros estuvieron atravesados de cierta incomodidad y algunos interrogantes, entre ellos: ¿qué actividades tengo que realizar?, ¿mi presencia molesta?, ¿estoy incomodando a los padres o

niños/niñas que consultan? Además de cierto desconcierto acerca de qué labor realiza cada profesional, cómo se dividen las actividades y demás.

Sin embargo, progresivamente me incorporé al espacio de triage, instancia que implica una primera escucha con el objetivo de evaluar la urgencia y prioridad de cada situación. A medida que transitaba este espacio, mi desafío central estaba en la dificultad de discriminar el grado de urgencia de cada caso, ya que en un primer momento la gran mayoría de las situaciones me resultaban de prioridad. Como también, sentía cierta tensión al tener que decirles a los padres/tutores que actualmente el Servicio de Salud Mental se encuentra con lista de espera, lo cual me daba impotencia la desilusión que manifestaban los consultantes.

A su vez, junto con dos profesionales, de psicopedagogía y trabajo social, y mi compañera de prácticas, planificamos un taller psicoeducativo destinado a padres, madres y tutores de niños y niñas que se encuentran en lista de espera y presentan un diagnóstico presuntivo de F90 según el CIE-10. Si bien estos diagnósticos no pueden confirmarse debido a que los menores no se encuentran en tratamiento, se trata de niños/as que presentan dificultades relacionadas con la atención, hiperactividad e impulsividad.

De este modo, el objetivo del taller fue ofrecer estrategias que favorezcan el desarrollo, la organización y el acompañamiento de los destinatarios. La actividad estaba diseñada para desarrollarse en cuatro encuentros quincenales, con una duración de dos horas cada uno, brindando un espacio de orientación, aprendizaje y apoyo para las familias.

En paralelo, tuve la oportunidad de participar semanalmente en el tratamiento psicológico de un niño de 11 (once) años, esta experiencia se convirtió en una motivación y un acercamiento a aquello que me gustaría desempeñar en mi futuro profesional. Junto con el transcurso del tiempo y el trabajo compartido con la psicóloga, logramos construir un mayor vínculo de confianza, lo cual me habilitó a plantear mis dudas y favoreció un aprendizaje más sólido y significativo.

Seguidamente, participé en distintas consultas pertenecientes al Programa de Asma, lo cual me ha permitido reconocer la importancia del componente psicoeducativo en el abordaje de enfermedades crónicas. A través de estas intervenciones, se trabajó no solo en la comprensión del diagnóstico por parte del paciente y su familia, sino también en el fortalecimiento de estrategias de afrontamiento y adhesión al tratamiento. Por otro lado, participé de interconsultas médicas, cuando se requería, con el objetivo de facilitar la comunicación y fortalecer el vínculo terapéutico entre el equipo de salud y el paciente. Estas instancias permiten una mirada interdisciplinaria que contempla tanto el malestar físico como el emocional, promoviendo una atención integral.

Por otro lado, se me brindó el espacio de participar en consultorio externo con un niño de 9 (nueve) años, quien se encontraba en tratamiento psicológico y psiquiátrico desde octubre del año 2024. El niño se presentó por un episodio de alucinaciones con ideas de matar a su hermano menor y con antecedente de haber sufrido abusos sexuales. Este caso en su totalidad fue fuente de motivación para seguir aprendiendo, me sentí muy afortunada de poder observar cómo se lleva a cabo una sesión de psicología en un caso de gran complejidad.

En relación con lo planteado, la mayoría de las instancias en las que participé se encontraban atravesadas por la intervención de distintos organismos institucionales. Si bien al inicio me generaba desconcierto comprender el alcance y las implicancias de instituciones, como la SeNAF, la Casa del Joven o el SPD, con el tiempo comenzó a despertarme un profundo interés por comprender la complejidad de cada situación. Esto me permitió reconocer la relevancia del rol del psicólogo, ya que su tarea no se limita únicamente a lo que acontece en el espacio de consulta, sino que implica también atender a una dimensión social más amplia, en la que convergen múltiples actores y responsabilidades.

Posteriormente, cada miércoles comencé a participar en consultorio externo con un niño de 12 (doce) años, quien presentaba una marcada desorganización familiar asociada a diversas problemáticas, entre ellas el consumo de sustancias y situaciones de violencia física y verbal. A partir del conocimiento del encuadre de trabajo y del modo de intervención de la psicóloga a cargo, mi participación en las sesiones fue más segura, lo que me permitió involucrarme de manera más activa, sostener una escucha atenta y realizar, cuando así me lo solicitaban, intervenciones acordes al espacio clínico y a las necesidades del paciente.

Asimismo, durante el último mes de mis prácticas en el hospital, participé en el dispositivo de consultorio externo con un niño de 7 (siete) años. Si bien se trató de un número reducido de sesiones, debido a que en los últimos meses del año es frecuente la inasistencia de los usuarios a sus turnos, la experiencia resultó valiosa para mi aprendizaje. Asimismo, pude observar los últimos encuentros previos al alta, en los cuales pude vivenciar los significativos progresos tanto del niño como de sus padres.

En general, las intervenciones en los distintos dispositivos del Servicio de Salud Mental me permitieron profundizar en la comprensión de la importancia del trabajo interdisciplinario, así como en el trabajo y la articulación con los distintos miembros de la familia del consultante, evidenciando cómo el abordaje integral favorece el proceso terapéutico.

Finalmente, a partir de una participación más activa en entrevistas realizadas en el consultorio externo, logré reconocer un interés particular por las producciones gráficas de los/las niños/as, en especial por sus juegos y dibujos, considerando su valor como

representaciones simbólicas del mundo interno. Se aprecia en los registros de prácticas que, *“me interesan los dibujos de los niños, su valor significativo en la representación del mundo interno y del diagnóstico. En esta situación, permitió el despliegue de narrativas de una manera menos forzada a modo de interrogatorio”* (Registro N°18, 26/08/2025).

En este sentido, durante mi trayectoria práctica, me interesó observar cómo estas producciones simbólicas facilitan la elaboración psíquica. A partir de esta experiencia clínica, decidí fundamentar mi eje de sistematización en el análisis del proceso de elaboración psíquica y representación simbólica a través del juego y el dibujo, reconociendo su potencial como herramientas diagnósticas y terapéuticas en la infancia. Los mismos no solo enriquecen la comprensión del psiquismo infantil, sino que también favorecen las intervenciones, destinadas al bienestar del paciente.

Por último, finalizando mi trayectoria por el hospital, tuve la oportunidad de llevar a cabo el taller que planificamos junto a dos profesionales de trabajo social y psicología. El mismo fue nombrado como “Taller lúdico para la gestión de emociones”, fue desarrollado como una propuesta de intervención grupal destinada a niños/as que se encontraban en lista de espera para psicología. El objetivo general estuvo orientado a favorecer el bienestar emocional, social y creativo de los/las niños/as, con este fin se llevaron a cabo diversos juegos que promueven distintas habilidades, entre ellas la espera del turno, la comunicación asertiva, la expresión de emociones, la estimulación de la creatividad e imaginación, como también la integración grupal.

Desde mi experiencia, finalizar la práctica con la realización de este taller resultó una experiencia gratificante. Me permitió no solo aprender de los niños y niñas que participaron, sino también reconocer aspectos personales, pudiendo identificar aquellas fortalezas en el manejo de situaciones grupales y también aquellos aspectos que continúan siendo un desafío y una oportunidad de crecimiento profesional.

Mi último día de prácticas coincidió con el cierre del taller, en el cual organizamos una kermés con juegos y una comida compartida. El momento de socialización al finalizar el encuentro me colmó de gratificación, cada sonrisa, gesto de entusiasmo, cartita y abrazo recibido reafirmaron el sentido de mi elección vocacional. Presenciar cómo los niños y la niña, que habían participado a lo largo de los encuentros, se reencontraban y compartían desde el disfrute me permitió comprender la importancia de un abordaje terapéutico integral y humanizado. Esta experiencia me permitió conocer el valor del encuentro, del juego y del vínculo como conceptos fundamentales para la práctica clínica en la infancia.

8.2. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

En este apartado se pretende abordar los objetivos específicos en relación al eje de sistematización seleccionado. A partir del recorrido por la institución y la elaboración de registros de campo, se posibilitó la recopilación de información relevante y la reconstrucción reflexiva de la experiencia, mediante el material obtenido se propone un trabajo de análisis de datos, posibilitando la articulación teórico-práctica.

8.2.1. DISPOSITIVOS IMPLEMENTADOS EN EL SERVICIO DE SALUD MENTAL VINCULADOS AL JUEGO Y AL DIBUJO, QUE PROPICIAN EL PROCESO DE ELABORACIÓN PSÍQUICA Y REPRESENTACIÓN SIMBÓLICA: CONSULTORIOS EXTERNOS Y PROGRAMA DE ASMA GRAVE

A continuación, se describen los dispositivos implementados en el Servicio de Salud Mental vinculados al juego y al dibujo como estrategias que propicien la elaboración psíquica y representación simbólica en niños/as. En este punto, se llevará a cabo el análisis de los casos en los que se participó en la segunda etapa del año, aquellos corresponden a los dispositivos de Consultorios Externos y Programa de Asma Grave.

De modo introductorio, resulta pertinente conceptualizar el término dispositivo. En un principio, Foucault (1977) como se citó en Agamben (2011), describe dispositivo como un conjunto heterogéneo de discursos, instituciones, decisiones, leyes y demás, que conforman una red en un momento dado y responde a una urgencia, en este sentido el dispositivo tiene una función estratégica. Asimismo, Agamben (2011), resalta que se entiende por dispositivo como aquel entrecruzamiento entre el saber y el hacer, constituyendo un entramado dinámico de prácticas, saberes y mecanismos que inciden en las formas de actuar y de pensar de los sujetos, el mismo implica siempre un proceso de subjetivación.

Partiendo de estas ideas, cabe clarificar que el dispositivo de Consultorios Externos del Servicio de Salud Mental dentro del hospital corresponde a un espacio de atención ambulatoria, que funciona de lunes a viernes, destinado a la evaluación, diagnóstico e intervención

psicológica de los/as niños/as y sus familias, las cuales consultan por diversas problemáticas de salud mental.

En relación con el ingreso de los pacientes al dispositivo de consultorio externo, se realiza a través del triage de salud mental, el mismo constituye un dispositivo diferenciado al consultorio externo. Dicho triage corresponde a una instancia de primera escucha destinada a padres/madres/tutores, orientada a la evaluación del motivo de consulta y a la determinación del grado de urgencia de la situación. A partir de la evaluación inicial, se define la modalidad de atención pertinente para cada caso. Si bien este dispositivo es intervenido por otra profesional, quien no forma parte del abordaje terapéutico, resulta pertinente señalar su importancia debido a que proporciona información clínica al profesional que posteriormente atenderá al niño/a, orientando la comprensión inicial del caso. La profesional que lleva a cabo dicha primera escucha profundiza sobre el valor del registro realizado en el triage, *“a partir de esta primera lectura se orienta la modalidad de atención pertinente, psicología, psiquiatría, trabajo social, psicopedagogía. Así también, le permite a cada profesional iniciar su intervención con un motivo de consulta determinado y cierto conocimiento de la situación”* (Registro N°2, 30/07/2025).

Si se consideran los aportes de De Armas (2018), quien sostiene que el sufrimiento infantil no puede ser pensado por fuera de la trama vincular en la que el niño se encuentra inserto, puede relacionarse concluirse que la instancia de triage de salud mental corresponde a un espacio de primera escucha que posibilita un primer acercamiento a las tramas vinculares que atraviesan al niño/a.

Seguidamente, la primera acción que da inicio a la atención de dispositivo de consultorio externo corresponde a la firma del consentimiento informado. El mismo consiste en una hoja que describe tanto aquellas intervenciones posibles a realizar, como aquellas que no se realizarán, entre ellas la divulgación de datos personales que permitan la identificación del niño/a o su familia. *“Los consentimientos de consultorio externo cuentan con una primera parte dirigida hacia los padres y una segunda parte dirigida hacia los/las niños/as, la cual será firmada en relación a la capacidad de comprensión de cada uno/a”* (Registro N°1, 22/07/2025). Durante la lectura de dicho consentimiento, se da la posibilidad de poder consultar cualquier inquietud que se tenga.

Lo expuesto se articula con los marcos legales que regulan la práctica del psicólogo clínico, entre ellos, los principios establecidos por la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 (2010), ya que como se mostró anteriormente, la implementación del consentimiento informado en el dispositivo de Consultorios Externos garantiza el respeto por los derechos de los/as

niños/as y sus familias en lo referido a la preservación de la identidad y el acceso a una atención integral y humanizada.

En relación con el encuadre del Consultorio Externo, las sesiones psicológicas se desarrollan en consultorios previamente asignados a cada profesional. Estos consultorios, según se lo describe en los registros de práctica, se encuentran conformados por

un escritorio y sillas ubicadas en ambos lados, así también la psicóloga cuenta con una computadora donde puede visualizar el historial clínico del paciente. El consultorio cuenta además con una estantería de libros infantiles y un armario con diversos juegos y juguetes, entre ellos juegos de mesa, muñecos, bloques de construcción, entre otros. (Registro N°3, 31/07/25).

En cuanto a las frecuencias de las sesiones, los/las profesionales de psicología atienden inicialmente a los pacientes con una periodicidad semanal, desde una modalidad vincular, ya que en momentos se trabaja solo con los niños y en otros se incluye también a sus familiares. En determinados casos, en general aquellos que se encuentran próximos al alta, se evalúa la posibilidad de una frecuencia quincenal. La duración de las sesiones suele ser entre los 30(treinta) y 40(cuarenta) minutos, aunque en ocasiones éstas suelen verse interrumpidas o reprogramadas debido a situaciones de urgencia propias del trabajo hospitalario. En este sentido, la psicóloga del servicio menciona, *“las sesiones dependen de las situaciones de emergencia que puedan surgir en guardia o internado, por eso algunas veces serán reprogramadas o cortadas antes de tiempo”* (Registro N°30, 18/09/2025).

Tal como pudo observarse en las sesiones de consultorio externo, los elementos que lo organizan como el espacio físico, la duración y frecuencia de las sesiones, como la modalidad de atención, configuran al decir de Feixas y Miró (1993) un encuadre que delimita la práctica terapéutica.

Asimismo, siguiendo los aportes de Maghid de Ubaldini (2015), en relación al dispositivo analítico, éste corresponde a aquellas reglas que estructuran la relación analítica, entre ellas se encuentran la asociación libre, la interpretación y la transferencia. Para Ungar (2015), este encuadre será esencial para posibilitar la instalación de la transferencia y la actitud analítica, lo cual es coincidente con lo que afirma una de las profesionales que atiende en consultorio externo: *“el objetivo de estas primeras sesiones es favorecer la transferencia, crear un vínculo terapéutico para que el niño pueda sentirse cómodo y favorecer el despliegue de su subjetividad”* (Registro N°3, 31/07/2025).

Lo manifestado por la profesional confirma también los planteos de Feixas y Miró (1993), quienes afirman que la psicoterapia se sostiene sobre una relación profesional caracterizada por un interés genuino del terapeuta por el paciente. A su vez, se vincula con lo expuesto por Aguirre (2021), quien valora la escucha como una tarea propia del analista, donde escuchar a un niño/a o a su adulto a cargo es tan complejo como humanizante, dicha escucha se va a verificar a través de sus dibujos, juegos y comportamientos. Otra viñeta que ilustra lo dicho, se recupera del diálogo sostenido con una de las profesionales luego de una sesión: *“a medida que transcurría el juego de cartas, pudimos interactuar con mayor fluidez con el niño, conocer qué actividades le gustan, cuáles no. Como también sus modos de relacionarse y actuar ante situaciones de triunfo y frustración”* (Registro N°3, 31/07/2025).

Capnikas (2018), destaca que la entrevista de juego se sostiene en elementos centrales como el encuadre, la consigna, los materiales y la interpretación, posibilitando el despliegue del juego y la asociación libre. Siguiendo lo planteado, no se orienta a imponer el juego sino a acompañarlo desde una posición de escucha, permitiendo al terapeuta observar, interpretar y señalar aspectos significativos, teniendo como objetivo la comprensión de sus modos de expresión y así ofrecer una intervención acorde a sus necesidades.

En este sentido, las sesiones donde se tuvo participación, se observó que, en la mayoría de los casos, la iniciativa del juego era propuesta por los propios niños. Al ingresar al consultorio ellos se apropiaban de los juguetes disponibles o se los solicitaban a la psicóloga. En otras ocasiones, era la psicóloga quien introducía el juego o el dibujo como modalidad de intervención. A modo de viñetas clínicas que ilustran esta dinámica se presenta el extracto del caso Federico:

“la psicóloga le realizó más preguntas acerca del viaje, aunque él no respondió, luego pidió jugar al juego de las pulguitas”, posteriormente, *“Mientras transcurría el juego, F. comentó que durante el viaje un compañero le había pegado”* (Registros N°26, 09/09/2025).

“se le vuelve a preguntar sobre su madre, F. permaneció en silencio. Luego, se levantó y expresó: ‘quiero dibujar’. Se le entregó una hoja y lápices, y comenzó a escribir ‘mamá te amo’ acompañado de corazones” (Registro N°29, 16/09/2025).

“Al comenzar la sesión el niño se sentó, al preguntarle acerca de su día respondía con pocas palabras. La psicóloga le preguntó si deseaba elegir un juego o si quería pintar, el niño optó por la pintura” (Registro N°19, 28/08/2025).

Por último, un aspecto que cabe resaltar en relación a la descripción del funcionamiento de consultorio externo, es lo expuesto por la supervisora: *“se caracteriza por el trabajo*

interdisciplinario, no solo entre los distintos profesionales del Servicio de Salud Mental, como psiquiatría, trabajo social y psicopedagogía, sino también en articulación con otras disciplinas dentro del hospital” (Registro N°22, 03/09/2025). Como lo explicitan López Fuentetaja y Villaverde (2019), la incorporación de las variables psíquicas y sociales junto a las biológicas implica la necesidad de una práctica clínica en cooperación con distintas especialidades, donde el psicólogo debe sostener de manera integrada una mirada clínica, social e institucional, incluyendo tanto al paciente como a su familia, posibilitando tareas globales de prevención, diagnóstico e intervención psicológica.

Lo dicho por la profesional sobre el valor del trabajo interdisciplinario, se puede visualizar en la práctica claramente en dos instancias. Por un lado, en las intervenciones que se realizan de manera simultánea entre los/las profesionales de trabajo social, psicología, psiquiatría y psicopedagogía con los pacientes y/o con los adultos responsables; y, por otro lado, al momento de finalizar cada sesión, en el intercambio entre los/las profesionales intervinientes, donde se recuperan y analizan aspectos relevantes para el tratamiento. En este punto, cabe destacar los aportes de Montobbio (2013), quien plantea la importancia de construir espacios de escucha, reflexión y discusión entre los distintos profesionales, habilitando la posibilidad de producir intervenciones novedosas. La autora expone que el sistema sanitario debe facilitar conexiones intra e intersistémicas, ya que las demandas en salud mental infantil deben ser abordadas desde una lógica articulada. En la misma línea, Aguirre (2021), plasma la necesidad de la constitución de un equipo, en donde el sistema de salud constituye un tejido de diversos profesionales; y, la importancia de los momentos de reflexión de la práctica, a fin de reflexionar sobre los abordajes.

En este sentido, algunas otras viñetas de los registros de práctica, reflejan lo planteado:

“Al finalizar la sesión, la psicóloga y trabajadora social se reúnen para dialogar sobre lo abordado en las sesiones, allí piensan en estrategias para el tratamiento” (Registro N°8, 07/08/2025).

“La psicóloga del servicio enfatiza la importancia de las sesiones vinculares realizadas de manera interdisciplinaria, en tanto permiten abordar la situación del niño desde una mirada integral, pudiendo conocer los vínculos significativos, el contexto familiar y social en el que se encuentra el niño” (Registro N°34, 25/09/2025).

Desde esta perspectiva, Haz et al. (2002), señalan que el ejercicio profesional en el ámbito de la salud mental requiere la capacidad de integrarse a equipos interdisciplinarios y de formar parte de redes psicosociales. Los autores destacan la importancia del abordaje de los

problemas de salud mental desde los enfoques integrales, a su vez señalan la importancia de ofrecer respuestas a la multiplicidad de dimensiones implicadas en el sufrimiento psíquico.

En continuidad con lo desarrollado, el segundo dispositivo en el cual se centra el presente trabajo corresponde al Programa de Asma Grave, dispositivo que también evidencia el trabajo interdisciplinario vinculando distintos servicios del hospital. Donde los pacientes convocados son seleccionados por el equipo médico, teniendo como objetivo la realización de un abordaje integral de la enfermedad a través del trabajo conjunto con psicología y trabajo social. A fin de describir el dispositivo, la supervisora del Servicio de Salud Mental expone que el programa, *“incluye el acompañamiento durante las internaciones junto al equipo médico y la atención ambulatoria. Dicho programa consta de seis encuentros orientados a favorecer la comprensión del diagnóstico y la adquisición de habilidades de autocuidado y regulación emocional”* (Registro N°22, 03/09/2025).

Asimismo, acerca de la duración de las sesiones, cabe señalar que el encuadre del programa adquiere características específicas. Según lo registrado, *“las sesiones en el programa duran aproximadamente entre 20 y 30 minutos, dependiendo de la situación, su duración es más breve en comparación del consultorio externo, debido a que sus actividades se encuentran previamente delimitadas”* (Registro N°14, 19/08/2025).

A su vez, como se aprecia en el documento inédito del Servicio de Salud Mental, las actividades y los objetivos de cada encuentro se orientan a favorecer la comprensión del diagnóstico, la adquisición de habilidades de autocuidado, la regulación emocional y el fortalecimiento familiar frente a la enfermedad. En este sentido se registró que, a través de entrevistas con los/las pacientes y sus familiares, en un principio se realiza una anamnesis, recabando datos personales, familiares y antecedentes relevantes, así como las primeras representaciones del niño y su familia en relación con la enfermedad. Posteriormente, las entrevistas se orientan a explorar el grado de conocimiento sobre el asma y el manejo ante una crisis asmática, identificando temores y dificultades en la comprensión del diagnóstico y del tratamiento. Mientras que en los encuentros siguientes, se aborda el impacto subjetivo y familiar del asma, promoviendo la expresión de emociones. Asimismo, se fortalecen las redes de apoyo disponibles, tanto del sistema de salud como del entorno familiar y social.

En consonancia con los aportes de Buendía (1999), quien expone que la psicología abandona enfoques reduccionistas con el objetivo de comprender cómo las vivencias emocionales, los vínculos y los contextos socioculturales influyen en el modo en que se experimenta la enfermedad. Se ve reflejado durante el trayecto de prácticas, que el programa no se limita a la dimensión fisiológica de la enfermedad, sino que comprende la interacción

entre factores tanto biológicos, psicológicos, como socioambientales. Cabe destacar los registros de práctica, en donde la psicóloga del programa *“señala que el asma suele abordarse desde una perspectiva biológica, apartando los aspectos emocionales implicados. En este sentido, destaca que en esta patología específica, los factores emocionales adquieren un rol significativo en la evolución y el manejo de la enfermedad”* (Registro N°14, 19/08/2025).

En continuidad con lo planteado, el tratamiento se encuentra orientado tanto a los/as niños/as con diagnóstico de asma grave como a sus familias. Lo último guarda relación con lo planteado por De Armas (2018), acerca de la necesidad de comprender la trama vincular que atraviesa al niño/as. En este caso, se observa que la realización de la anamnesis y la exploración de las representaciones familiares en torno a la enfermedad permite comprender el impacto subjetivo y familiar del asma, incluyendo aquellas vivencias y sentimientos en relación a la función parental.

8.2.2. INTERVENCIONES QUE PROPICIAN LA ELABORACIÓN PSÍQUICA Y LA REPRESENTACIÓN SIMBÓLICA, REALIZADAS A TRAVÉS DEL JUEGO Y EL DIBUJO

La presente sección tiene por objetivo desarrollar una articulación teórico-práctica de las intervenciones profesionales que favorecen los procesos de elaboración psíquica y de representación simbólica. En este marco, se retoman los aportes de Aguirre (2021), acerca del rol del terapeuta en el trabajo hospitalario, en especial sus aportes acerca de las intervenciones de ceremonias mínimas, las cuales apuntan a la construcción de nidos simbólicos en las instituciones.

Asimismo, teniendo en cuenta que en este apartado se abordan situaciones de infancias atravesadas por el desvalimiento, resulta pertinente describir este concepto, el cual remite a un conjunto de conceptos, entre ellos la privación, desafiliación, desamparo, desigualdad social, vulnerabilidad e inestabilidad, como lo describe Aguirre (2023). En coincidencia, según lo registrado en la trayectoria práctica, se observa que las consultas recibidas en el Hospital *“corresponden a niños y niñas atravesados por diversas situaciones de vulnerabilidad, entre ellas se encuentran experiencias de violencia física, sexual y emocional, medidas excepcionales*

dispuestas por organismos de protección, conductas autolesivas, así también por derivaciones de instituciones escolares” (Registro N°2, 30/07/2025). Siguiendo con la autora, dicho desvalimiento se profundiza cuando estas condiciones se sostienen en el tiempo y existen junto a situaciones de des-auxilio; y, frente a ello, se plantea la necesidad de asumir la función del adulto en la institución, entendida como tarea de humanización que acompaña al infante en su proceso de construcción. De este modo, la intervención “precisa de formas culturales que hagan borde, soporte y sostén.” (Aguirre, 2023, p. 40).

En esta línea, en continuidad con los aportes de Aguirre (2021), en todas las intervenciones que se recuperarán a lo largo de este apartado, es necesario concebir la singularidad del síntoma y el carácter creativo que adquiere cada una de ellas, posibilitada por la escucha de ese sujeto singular. En el mismo sentido lo expresa Janin (2019) en cuanto a la imposibilidad de establecer cuadros y diagnósticos fijos en la infancia, ya que el aparato psíquico se encuentra aún en proceso de constitución. En relación a lo registrado, *“la psicóloga refiere que es frecuente las derivaciones por diagnósticos de trastornos de la conducta. Aunque al escuchar a los padres se observa que el niño está atravesado por muchos aspectos vulnerables”* (Registro N°4, 01/08/2025).

Respecto a los diagnósticos en la infancia, Muniz Martoy (2018), expone que la evaluación es un punto de partida de acciones estratégicas las cuales no están preconcebidas, sino que apuntan a que el sujeto pueda ampliar el conocimiento de sus potencialidades, dificultades y posibilidades a fin de aliviar su sufrimiento. En este sentido, la intervención es una acción de apertura que contempla el camino a seguir de acuerdo a las particularidades de cada individuo, es mediante el encuentro con los adultos y la entrevista de juego que las intervenciones favorecen la exteriorización de conflictos y angustias.

Por otro lado, resulta importante destacar que el proceso terapéutico adquiere características en función del marco conceptual desde el cual cada profesional orienta su práctica. Feixas y Miró (1993), señalan que el campo de la psicoterapia se encuentra constituido por diversos modelos teóricos, los cuales cuentan con formas específicas de conceptualizar el sufrimiento psíquico, la relación terapéutica y los procesos de cambio.

En este sentido, una de las psicólogas de Consultorios Externos comenta que *“su orientación es psicoanalítica, aunque debido a las particularidades del contexto hospitalario, como la brevedad de las sesiones y la necesidad de trabajar con tiempos acotados, en algunos casos, la llevan a asumir una posición más directiva”* (Registro N°3, 31/07/2025). Cabe destacar que los dichos de la profesional en la viñeta reflejan lo que diversos autores proponen respecto a la necesidad de recrear los marcos acordes a las singularidades de cada caso, las

condiciones institucionales y los contextos sociales. En palabras de Aguirre (2021), la pregunta que recorre la escritura de su texto acerca de qué hace un psicoanalista en un hospital en el trabajo con las infancias se despliega en este sentido, “intervenir implica poder desarmar lo que trae el paciente, la institución, el consultante, para luego preguntarnos qué acciones clínicas son necesarias y posibles con el fin de favorecer el proceso de constitución psíquica en ese niño o niña” (p. 48).

Una práctica humanizada requiere abandonar las intervenciones protocolizadas, a fin de particularizarlas en base a cada sujeto (Aguirre, 2021), como lo muestra otro comentario de una profesional en una intervención situada a las necesidades del niño, creando las condiciones que le sean favorables para expresar sus vivencias: *“la psicóloga comenta que las preguntas acerca de su familia las suele evadir, por ende busca a través de diversos juegos poder abrir espacios de diálogo que favorezcan la emergencia de estas situaciones”* (Registro N°53, 14/10/2025). Lo expresado muestra que la psicoterapia no se limita a la mera aplicación de técnicas estandarizadas, sino a la capacidad del terapeuta para articular el corpus teórico a la situación particular del paciente y a la relación terapéutica establecida, con la finalidad de integrar las diversas dimensiones del sujeto, tanto emocionales, cognitivas y relacionales (Ávila Espada, 2003).

Por otro lado, el tratamiento psicológico correspondiente al Programa de Asma Grave, *“se orienta a la teoría cognitivo-conductual, desde la cual se prioriza la psicoeducación, la identificación de pensamientos y conductas asociadas a la enfermedad, como también el desarrollo de estrategias de afrontamiento que favorezcan el autocuidado”* (Registro N°14, 19/08/2025). Según Feixas y Miró (1993), esta orientación parte de los supuestos de que gran parte de las conductas son aprendidas y modificadas a partir de los principios del aprendizaje. A su vez, las intervenciones de carácter directivo y fundamentada desde los estándares científicos, se encuentran orientadas a la psicoeducación, a la identificación de factores desencadenantes y al entrenamiento en estrategias de afrontamiento.

Cabe destacar los aportes de Bruner (1990) como se citó en Feixas y Miró (1993), quien plantea que, desde la teoría cognitiva conductual, las intervenciones se orientan a la construcción de nuevos significados. Desde este enfoque, se prioriza la identificación de esquemas disfuncionales, tal como lo propone el modelo de Beck, o las creencias irracionales, según la terapia racional-emotiva de Ellis, los cuales favorecen la formación y mantenimiento de trastornos psicológicos.

En continuidad, las siguientes viñetas permiten observar que el programa tiene como finalidad la identificación de aquellas creencias en torno a la enfermedad, posibilitando una comprensión y la construcción de nuevos significados del diagnóstico:

“La psicóloga le explica a la niña que este espacio es para que ella pueda expresar lo que el diagnóstico comienza a generarle, identificando los miedos, preocupaciones y conductas que puedan surgir” (Registro N°11, 12/08/2025).

“Le explica que, si bien el asma no tiene cura, es posible aprender a reconocerla y a convivir con la enfermedad. Le transmite que este proceso será gradual, de a poco irá incorporando el diagnóstico como parte de su experiencia” (Registro N°39, 07/10/2025).

Asimismo, retomando los aportes de Feixas y Miró (1993), la psicoterapia cognitiva es caracterizada por su modalidad activa, estructurada, directiva y de breve duración, la misma posibilita estrategias específicas como la asignación gradual de tareas, técnicas de relajación, programación de actividades y entrenamiento en habilidades específicas, entre otras actividades. Como se planteó en el primer apartado, en el espacio de Programa de Asma cuenta con objetivos e intervenciones previamente delimitadas, siguiendo los registros se aprecia *“la psicóloga es directiva, se focaliza en lograr los objetivos propuestos a partir de consignas establecidas, por ende no profundiza en aspectos que no estén relacionados al asma”* (Registro N°14, 19/08/2025).

A continuación, se abordan los casos de León, Federico y Lucas, usuarios de consultorio externo, a los fines de profundizar el análisis de las intervenciones. Cabe señalar que el material es presentado con subtítulos de elaboración propia que intentan condensar el sentido de las intervenciones de la profesional en el trabajo con estos niños.

8.2.2.1. CASO LN (LEÓN). “PISO POR PISO”: CUANDO EL JUEGO ORDENA LO QUE EL ENTORNO NO PUDO

“La creatividad requiere tener el valor de desprenderse de las certezas”

- E. Fromm, s/f

León es un niño de 12 (doce) años que concurre a tratamiento psicológico tras ser derivado por el Servicio de Dermatología, a raíz de conductas de tricotilomanía, relacionadas al arranque compulsivo de cabello y pestañas. En relación con su contexto familiar, se observa una dinámica desorganizada, atravesada por una historia de violencia física y emocional, así como por problemáticas de consumo que derivaron en la separación de sus padres y a que los mismos se encuentren en situación de calle. Actualmente, León convive con sus dos hermanas mayores, presentando un contacto escaso con sus figuras parentales.

Durante la sesión, León se presenta muy comunicativo en cuanto a lo verbal y trae consigo un cuaderno en el cual registra su propio juego llamado *“la copa”*, explica que se trata de un torneo entre autos, colectivos, taxis, remises y motos, en el cual el niño anota cada vez que ve pasar uno en la calle. Mientras relata con gran detalle la lógica del juego, la psicóloga le pregunta *“¿A vos este juego te divierte? ¿Qué te hace sentir?”*, a lo cual León contesta *“A veces no me gusta que pierda el remis. Soy como un árbitro corrupto, que quiere que gane el remis, pero después digo que no, que toque lo que toque”* (Registro N°30, 06/10/2025). Durante la sesión la psicóloga continuó demostrando interés en su juego, realizando otras preguntas para poder comprenderlo.

En continuidad con la articulación teórica, como se observa en la viñeta, la psicóloga atiende al juego del niño, con sus preguntas y escucha, le otorga valor y sentido al mismo. A su vez, se aprecia que la psicóloga acompaña su juego y posibilita un entorno de sostén, permitiéndole al niño desplegar su actividad. Lo expuesto da cuenta de lo que Winnicott (s.f/2015) conceptualiza sobre la importancia de un entorno facilitador, donde el sostén del adulto permite que el niño explore y simbolice sus vivencias, en sesión el juego puede desplegarse de manera creadora cuando existe confianza y sostén.

A su vez, se observa que León introduce un juego de elaboración propia, caracterizado por un marcado rasgo repetitivo, lo cual podría vincularse con las teorizaciones de Freud (1920/2007) quien plantea que, a través del juego el niño repite y domina lo sufrido, representando activamente, mediante objetos disponibles, aquello que fue vivido de forma pasiva. Siguiendo con lo planteado, el carácter repetitivo y reglado de su juego podría interpretarse como una forma de organización psíquica frente a un contexto familiar desorganizado, el cual está marcado por la inestabilidad.

Siguiendo los aportes de Janin (2019), *“cuando el contexto está en crisis, el niño debe organizar su yo, cuantificar sus sensaciones, traducir sus deseos, en medio de un terremoto”* (p. 62). A partir de la viñeta se infiere que, ante la desorganización familiar y la falta de un entorno facilitador, el niño busca generar un orden y lograr cierto equilibrio psíquico a través del juego.

De esta forma León hace activo lo que vivió pasivamente, teniendo dominio sobre la experiencia.

Posteriormente, en el siguiente encuentro, León trae consigo el cuaderno donde realiza anotaciones y retoma su juego, comentando: *“estoy todo el tiempo viendo qué auto pasa. Tengo que estar muy concentrado, pero lo disfruto”*. Ante esto, la psicóloga le propone jugar a algo distinto, León acepta y elige el Jenga. Antes de comenzar el juego se define el orden de turnos a partir del juego piedra, papel o tijera, luego se acuerdan las reglas y se establece que *“se puede usar solo una mano”* (Registro N°45, 22/10/2025).

Aquí, en contraste con la sesión anterior, la psicóloga propone otro juego, su intervención habilita el pasaje a una experiencia diferente. Cabe destacar que esta situación fue posibilitada en continuidad con el sostén establecido en sesiones anteriores, en relación Weich (1990) como se citó en Luzzi y Bardi (2009) plantea que, las intervenciones en la clínica con niños deben pensarse en función de las fortalezas y debilidades yoicas del niño, ofreciendo un entorno facilitador para el surgimiento de la creatividad. En este sentido, la profesional interviene según la posibilidad psíquica del infante para elaborarlas.

A lo largo de la partida, se registró que el niño respeta las reglas, incluso en un momento corrige a la psicóloga cuando extrae una tablita utilizando ambas manos. Más adelante, al confundirse de turno, pide disculpas y cede el lugar. Durante la actividad lúdica, el niño comenta *“al final no compramos ningún juego”*, retomando lo trabajado anteriormente con sus hermanas, acerca de la importancia de compartir momentos en familia. Mientras el juego avanza, la psicóloga le pregunta cómo se lleva con sus hermanas. León responde: *“Con mis hermanas... más o menos... a veces nos tratamos mal...”* (Registro N°45, 22/10/2025).

Como se aprecia, la intervención habilita un juego compartido y el establecimiento de reglas y turnos; aunque también, da lugar a imprevistos, equivocaciones y frustraciones. De este modo, en la viñeta se evidencia el pasaje de una primera sesión centrada en la contención del juego propio a un segundo encuentro que, a partir de un encuadre claro y la creatividad de la analista para intervenir de acuerdo a las necesidades del niño, habilita la posibilidad de la expresión de sus vivencias. En relación, Janin (2014) expone que la tarea analítica consiste en abrir caminos a través del sostén, la contención y la creatividad, para posibilitar la inscripción de nuevas vivencias, en este sentido el juego se configura como vía privilegiada de expresión del mundo interno del infante.

A su vez, se puede hipotetizar que a través de su juego propio León plasma la búsqueda constante de sus figuras parentales, quienes se encuentran en situación de calle. En este contexto, la intervención de la psicóloga de la propuesta de juego con el Jenga, apunta a ofrecer

un espacio organizado, en donde la construcción de un edificio podría leerse como una metáfora de la necesidad de armar una estructura que sostenga, considerando que las bases han sido inestables. De este modo, las intervenciones favorecen la construcción de lo simbólico, habilitando un espacio en el que el niño pueda comenzar a elaborar las experiencias de pérdida, desamparo y desorganización que atraviesan su historia.

Posteriormente, la profesional le consulta si ha visto a su padre. En ese momento, mientras retira una de las tablitas, León expresa: *“Ven... cada vez que se está por ir, la paro... Así funciona, hay que ir despacio para que no se caiga”*. Luego, ante la pregunta de la psicóloga *“¿Y quién se está por ir?”* León no responde y permanece en silencio, continuando con el juego. Cabe aclarar que, al finalizar la sesión en diálogo con la psicóloga pudo explicitar que la pregunta referida a quién se está por ir, la realizó entendiendo que la escena podría tener cierto fundamento biográfico y que quizás el que se estaba yendo era su padre.

En relación a lo ilustrado, Janin (2019) expone que las intervenciones del analista tienen un valor estructurante cuando *“abre un mundo fantasmático, armando un espacio lúdico en el que se puedan ir anudando metáforas”* (p.216). Como se aprecia en la viñeta, el juego de la torre habilita la escucha de conflictos vinculados a su familia. De este modo, las intervenciones de la psicóloga, al respetar el ritmo del juego y acompañar sin imponer, favorecen la construcción de un espacio lúdico en el que el niño puede elaborar dichas vivencias a través del juego y su metáfora.

Luego de la pregunta sobre quién se iba, el niño se muestra inquieto, corre por el consultorio, salta y se toca el cabello, pero sin llegar a arrancárselo. Al mismo tiempo, cuenta los pisos de la torre y exclama *“¡Llegamos al piso 26, no lo tiren!”*. La psicóloga, en su turno, demora en sacar su pieza, y León simula quedarse dormido, luego ella expresa: *“yo lo hago a mi ritmo... voy a respetar las reglas, pero me voy a tomar mi tiempo”*. Al finalizar su turno reflexiona: *“lo hice despacio porque así lo necesitaba, por más que ustedes me estaban mirando, necesitaba hacerlo despacio y no apurarme por ustedes”*.

Mientras continúa jugando comenta que hoy verá a su padre. En el momento que la psicóloga está por hacerle una pregunta, él grita: *“¡llegamos al piso 27, hay que llegar al 30!”*. La psicóloga interviene diciendo: *“después del 27 viene el 28, vamos despacio, piso por piso”*. El juego concluye cuando la torre se derrumba luego de que la psicóloga retira una de las piezas. Ante esto León grita *“¡perdiste! hubiese sido un alto récord llegar a los 40, pero no llegamos ni al 30”*. La psicóloga responde: *“yo siento que gané”*, y concluye: *“despacio y con práctica quizás lleguemos”*. Frente a ello León concluye: *“Sí, cuando hago las cosas despacio me salen mejor”*.

Por último, se observa que la marcada inquietud corporal da cuenta del impacto de la intervención de la psicóloga acerca de “¿y quién se está por ir?”. Sin embargo, ante esta situación la profesional interviene posibilitando un ritmo más lento y sosteniendo las reglas del juego, en este sentido introduce una vivencia calmante frente aquella irrupción pulsional. Entendiendo por las vivencias calmantes a aquellas que posibilitan la inscripción de lo displacentero y favorecen la elaboración psíquica, debido a que el otro sostiene y contiene aquello que el niño no puede tramitar por sí solo (Janin, 2011).

8.2.2.2. CASO F (FEDERICO): DE LA RUPTURA AL ENCUENTRO: ALOJAR EL TERROR EN LA CLÍNICA INFANTIL

“...se trata de crear condiciones de posibilidad para que la posibilidad de otra experiencia pueda emerger...”

-M. Minnicelli, 2013

Federico es un niño de 9 (nueve) años, ingresa al Servicio de Salud Mental en octubre del 2024 tras una internación por guardia caracterizada por síntomas compatibles con un cuadro psicótico, incluyendo alteraciones sensoperceptivas, delirios y desorganización conductual. En su historia se destacan factores de vulnerabilidad como la desorganización de las funciones materna y paterna, en este sentido “*se señala la ausencia de una adecuada función materna*” y “*la madre presenta síntomas depresivos y no sostiene los tratamientos indicados, además la pareja de la madre mantiene una conducta violenta, con presencia intermitente en el hogar*”, “*En relación con el padre, se lo describe como un adolescente eterno*” (Registro N°14, 19/08/2025); a su vez el niño vivenció violencia intrafamiliar tanto física como emocional y situaciones reiteradas de abuso sexual. Luego de la intervención de SeNAF, la tía materna de Federico cumple el rol de adulto responsable. Actualmente, el niño recibe tratamiento psicológico y psiquiátrico, destacándose que no presenta alteraciones sensoperceptivas, aunque sí dificultades en el vínculo relacional y afectivo, tanto con miembros de la familia como con sus pares.

En la primera sesión en la que se tuvo participación, Federico expresó la presencia recurrente de pesadillas. El niño expresó un encuentro reciente con su padre, quien ante la pregunta de Federico por sus tatuajes él le relató un cuento de terror, le explicó que las calaveras tatuadas en su cuerpo representan chupacabras y que el diablo se las come, al igual que a los animales. Al comentar esta experiencia, Federico manifestó *“me sentí muy mal, lloré como una nena”*, ante lo cual la psicóloga intervino diciendo *“como un niño, como sos”* (Registro N°14, 19/08/2025).

La escena relatada por Federico en torno al encuentro con su padre, evidencia un adulto que expone a su hijo a imágenes crudas y terroríficas, en donde el relato resulta excesivo y no puede ser elaborado, dejando al niño en un desamparo simbólico. Lo planteado da cuenta del encuentro de la infancia con lo real sin velo, en donde el niño demanda un marco simbólico-imaginario para poder poner límites a lo real (Minicelli, 2017, como se citó en Aguirre, 2021).

En este sentido, en un principio, la intervención de la psicóloga se orienta fundamentalmente a la contención y al acompañamiento, con su señalamiento válida y reconoce los sentimientos del niño, favoreciendo la construcción de un espacio de sostén y confianza, estableciendo un borde a aquello que irrumpe. Siguiendo los aportes de Janin (2019), las intervenciones del analista en la clínica de niños/as deben estar orientada a crear las condiciones para favorecer la constitución del aparato psíquico.

Posteriormente, el niño comenta que durante la noche sintió que *“el diablo me controlaba, me cerraba un ojo”*, y que escuchaba una voz que le decía que *“mate a su prima”*. Expresó *“me dio mucho miedo y tuve pesadillas después de volver de la casa de la abuela”*, donde vive su padre. En este mismo relato, Federico agregó: *“tengo miedo que mi papá me mate”*. Frente a esta situación, la psicóloga realizó un silencio y, de manera pausada, le preguntó acerca de su miedo, aunque el niño permaneció en silencio, y luego según lo registrado:

F. permaneció inmóvil, con la mirada fija en el piso; luego comenzó a negar con la cabeza, suspirar y llevarse las manos a la cabeza, hasta que logró tranquilizarse. Ante esta conducta, la psicóloga le preguntó: “¿Qué te está pasando? F., ¿qué sentís?”. Sin embargo, él no quiso responder. Posteriormente refirió que quien le habla es “un amigo que está en la tumba”. (Registro N°14, 19/08/2025)

En este sentido, resulta central en el psicoanálisis con niños atender al lenguaje no verbal de aquellos juegos y gestos, a fin buscar significados en los significantes (Aberastury, 1973). Ante esta experiencia, la psicóloga, comenzó a preguntarle acerca de su amigo, el niño comentó cómo se conocieron y qué le pasó, aunque luego se quedó en silencio nuevamente. Seguido a esto, la psicóloga le propone jugar a un juego de cartas, el niño acepta y juega distendidamente.

En el caso de Federico, las manifestaciones de terror y la dificultad para simbolizar mediante la palabra pueden comprenderse siguiendo los aportes de Aguirre (2021), quien afirma que el no lugar en el Otro genera efectos devastadores en niñeces con desvalimiento que están en proceso de constitución. Especialmente cuando ese otro significativo no se encuentra disponible para ofrecer un vínculo subjetivante, ya que no calma y no baña con lenguaje y ternura a ese niño/a.

En este sentido, la perturbación psíquica de Federico da cuenta de su historia inicial en donde la figura del adulto fallido produce una ausencia simbólica y deja al niño expuesto a un exceso traumático caracterizado de manera terrorífica. Frente a esta situación de desvalimiento, resulta necesario observar y reflexionar el medio ambiente que rodea y determina al niño, ya que ese interjuego produce las primeras huellas mnémicas y condicionan las siguientes experiencias, es por ello que se proponen intervenciones particulares y artesanales, a través de ceremonias mínimas que construyen nidos simbólicos en las instituciones (Aguirre, 2021).

En relación con los aportes de Bleichmar (2012), el acto de tolerar junto al otro posibilita la disminución del sufrimiento, habilitando la elaboración y ligazón de aquello que ataca al infante. Frente al relato del niño, la intervención de la psicóloga mediante el silencio y la pregunta pausada acerca de su miedo marcan el sostén clínico. Aun así, la reiterada ausencia de respuesta verbal y sus gestos de negación y suspiros, evidencian la dificultad para simbolizar a través de palabras lo vivido. Ante esto, la intervención de la psicóloga con su propuesta de juego facilita desplazar el exceso de lo traumático hacia una actividad lúdica que posibilita jugar con otros y habilitar un encuentro. En relación a lo abordado por la autora, la psicóloga desde el sostén aloja las experiencias traumáticas que irrumpen en el niño, habilitando su elaboración.

Por otro lado, en las primeras consultas el niño repentinamente se marcha de las sesiones, ante lo cual la psicóloga antes de que se marche interviene expresando: *“vos te podés ir cuando quieras, pero tenés que saber que una vez que salgas este espacio se termina por hoy y no hay vuelta atrás. Tomate un tiempo para pensar si te querés ir”*. De este modo la psicóloga destaca en esta intervención

la importancia de que el niño no perciba este espacio como una obligación, sino como un lugar destinado a su bienestar. Asimismo, señaló la necesidad de que pueda comprender y responder tanto a las reglas como a las consecuencias de sus actos. (Registro N°26, 09/09/2025)

Resulta importante destacar las reiteradas conductas de abandono de la sesión, las cuales dan cuenta de la dificultad del niño para tolerar el encuadre. Frente a estas escenas, la intervención de la psicóloga no se orienta a impedir la salida, sino a señalar las consecuencias

de su decisión, introduciendo un límite claro y que posibilite el pensamiento de sus acciones y deseos. La viñeta da cuenta del rol del analista, en donde debe tolerar las idas y vueltas, sostener la conexión y posibilitar las regresiones y progresiones (Janin, 2019). A su vez, lo planteado se conceptualiza desde lo expuesto por Ungar (2015), quien destaca el encuadre como un dispositivo que favorece el desarrollo de la transferencia y la instalación de la actitud analítica. Desde esta perspectiva, el encuadre debe ser flexible a las particularidades de cada caso, con la finalidad de poder sostener el proceso analítico, organizarlo y delimitarlo, posibilitando la representación y tramitación de lo psíquico.

En una de las sesiones, Federico ingresa sin verbalizar, se recuesta en un puff con un bebé de juguete, lo sostiene en sus brazos y lo hace dormir, ante las preguntas de la psicóloga él no responde. Luego se sienta en la silla, con el bebé en brazos y expresa *“esta semana tuve pesadillas, soñé con cosas feas, con demonios. Soñé que venía la policía, la policía era como perros de dos patas con la cabeza de mi prima, mi tío y mi tía”*. Posteriormente vuelve a recostarse en el puff y nos llama a sentarnos en el piso junto a él. Allí manifiesta que esas pesadillas le provocan mucho miedo. Luego cierra los ojos permaneciendo acostado, mientras tanto la psicóloga continúa jugando con el bebé.

Por un lado, la escena en la que Federico sostiene el bebé de juguete, puede ser interpretada como una producción simbólica mediante la cual el niño representa, a través del juego, aspectos de su mundo interno. En este sentido, el juego permite al niño desplazar sus ansiedades hacia objetos simbólicos, posibilitando una elaboración que aún no puede realizarse mediante el lenguaje verbal (Klein, 1955).

Se observa que luego de que el niño sostenga con calma al bebé de juguete, logra verbalizar sus pesadillas, a partir de ellas se evidencia nuevamente la presencia de contenidos traumáticos no elaborados. En donde lo traumático corresponde a aquellas experiencias que no logran ser tramitadas y por ende insisten en su repetición, en este sentido lo traumático se caracteriza por la disociación entre afecto y representación (Laplanche y Pontalis, 1967/2021).

Concibiendo estos aportes, se aprecia que, frente al relato del niño, la psicóloga no interrumpe, sino que continúa jugando con el bebé, ofreciendo una presencia sostenida. Esta intervención se relaciona con lo expuesto por Capnikas (2018), acerca de la técnica en la entrevista, la cual se basa en acompañar el juego sin imponer, favoreciendo la escucha, la interpretación y el señalamiento cuando resulta pertinente.

Luego, ante la pregunta de la psicóloga sobre si había visto a su madre, ya que la tía había mencionado que sí, Federico responde que no, agregando: *“hace mucho no la veo. Mi tía no me deja ir a su casa con mi mamá porque cuando yo estoy con ella me porto mal, pego a*

los otros. Cuando estoy solo estoy más tranquilito". Mientras habla juega con el bebé de juguete, lo hace caminar y señala: "*¡mirá! está aprendiendo a caminar*".

Luego de un silencio, la psicóloga le comenta que la semana anterior había asistido su padre, quien expresó que lo veía a Federico progresando y en mejores condiciones. Ante la pregunta "*¿vos te sentís mejor?*", él respondió: "*sí, creo...*". Enseguida, mientras hacía caminar al bebé, expresa: "*ahora tiene que correr*". La psicóloga con voz calma le explica: "*es muy bebé para correr; primero tiene que aprender a caminar. De a poquito va a ir aprendiendo, tiene que ser suave y de a pasitos. Más adelante va a aprender a correr*".

En este punto, el juego con el bebé adquiere un nuevo sentido al hacerlo "*aprender a caminar*" y luego "*querer correr*". La intervención, al señalar que el bebé primero debe aprender a caminar antes de correr, inscribe una nueva temporalidad y habilita la calma, posibilitando una nueva organización que respete los tiempos de cada uno. De este modo, la intervención puede ser pensada como estructurante ya que favorece procesos de ligadura y simbolización en un aparato psíquico aún en constitución (Bleichmar, 2012).

En continuidad, la psicóloga le vuelve a preguntar acerca de su madre, aunque Federico permanece en silencio. Luego, se levanta y expresa "*quiero dibujar*". Se le entrega una hoja y lápices, y comienza a escribir "*mamá te amo*" acompañado de corazones.

Como se aprecia en la viñeta, frente a la imposibilidad de responder qué siente en relación con su madre, la propuesta de dibujar marca un pasaje significativo del juego a la representación gráfica. Se observa que la psicóloga, sin insistir en preguntas, le proporciona los elementos para dibujar. En este sentido, Aberastury (1973), plantea que el dibujo constituye un medio en el que el niño puede elaborar situaciones traumáticas y expresar aquello que no logra decir con palabras.

Ante ello, la psicóloga le pregunta "*¿qué sentís cuando estás con tu mamá?*". A lo cual Federico responde "*no sé cómo me siento*". La psicóloga hace una pausa y le muestra un dibujo con diferentes emociones, el niño lo mira detenidamente y señala "*cuando estoy con mi mamá siento miedo*". Con una hoja realizó un sobre, guardó la carta y se la dio a su tía.

Ante la dificultad de Federico para nombrar lo que siente, la psicóloga introduce un recurso facilitador al mostrar un dibujo de emociones, a través del mismo pudo reconocer y nombrar su sentir, posibilitando la simbolización del afecto en palabras. Por último, al terminar la sesión nos dio un abrazo a cada una y se retiró. Siguiendo los aportes de Janin (2019), las intervenciones estructurantes introducen un nuevo orden y facilitan nuevas inscripciones para la complejización del aparato psíquico, es este sentido se "posibilita el registro de sus propios afectos a través de un funcionamiento empático" (p. 216). Como se aprecia en la viñeta, la

psicóloga le ayuda al niño a tolerar sus sentimientos y a ponerlos en palabras, posibilitando su traducción y registro.

8.2.2.3. CASO L. (LUCAS). ENTRE PAISAJES Y SILENCIOS: CUANDO EL TRAZO ALOJA LA PALABRA

*“El acto de pintar se trata de un corazón
contándole a otro corazón dónde halló su salvación”*

- F. De Goya, s/f

Lucas tiene 11 (once) años y acude al servicio por dificultades en el aprendizaje y en la regulación de la conducta. El niño convive con sus tíos maternos y su madre, quien presenta retraso madurativo. En ese contexto, se encuentra expuesto a situaciones de violencia intrafamiliar y consumo problemático por parte de los adultos de su entorno familiar. En la entrevista de primera escucha, la madre expuso que el niño expresó querer morirse y que ante situaciones estresantes el niño se pega en la cabeza.

En las primeras sesiones, Lucas se presentó de manera retraída, con dificultades para expresar un relato acerca de sus vivencias. Si bien demostró colaboración ante las consignas, sus respuestas eran breves y poco elaboradas. Ante esta situación, el trabajo inicial se orientó a la construcción de un encuadre que posibilite el establecimiento de la transferencia, con el fin de favorecer la expresión subjetiva del niño.

Siguiendo lo registrado la psicóloga expone que *“el objetivo de estas primeras sesiones es favorecer la transferencia, crear un vínculo terapéutico para que el niño pueda sentirse cómodo y favorecer el despliegue de su subjetividad”* (Registro N°3, 31/07/2025). En relación a lo expuesto, Luzzi y Bardi (2007), expresan la importancia del encuadre terapéutico para el despliegue de la capacidad lúdica, gráfica y verbal. Asimismo, el encuadre favorece el desarrollo de la transferencia y la actitud analítica, siendo fundamental para que el proceso terapéutico propicie la elaboración subjetiva (Ungar, 2015).

Con el transcurrir de las sesiones, Lucas evidenció disposición a participar, aunque persistía la dificultad para sostener un intercambio fluido. En una oportunidad, la psicóloga

propuso un juego de cartas, este recurso facilitó el surgimiento de vivencias vinculadas a su experiencia escolar y sus vínculos con pares. A través del juego *“se evidenció que el niño se mostraba más distendido durante el juego, lo cual favoreció la aparición de ciertas manifestaciones, como la risa, y el relato de vivencias vinculadas al colegio y sus amigos”* (Registro N°3, 31/07/2025). De igual manera, se observaron encuentros en los que el niño lograba expresar sus vivencias, y otros en los que su participación resultaba más retraída, con escasa apertura.

En relación con la articulación teórica, se logra observar que en el transcurso del proceso terapéutico las intervenciones de la psicóloga se orientaron principalmente al establecimiento de la transferencia. La profesional a través de su propuesta del juego de cartas y al acompañar sus intervenciones a los ritmos del niño, posibilita la creación de un espacio de mayor confianza con Lucas. Sin embargo, resulta pertinente destacar que las dificultades del niño para expresar sus vivencias no representan un vacío, sino que habilitan otras vías de interpretación, siguiendo lo planteado por Janin (2019), el psicoanalista debe saber escuchar al niño, lo cual implica escuchar lo que no puede decir con palabras.

En el transcurso de una sesión, Lucas elige pintar un paisaje (ver anexo A). Durante la producción, se pretende trabajar acerca de las emociones, aunque el niño evidencia una falta de predisposición al diálogo. Por este motivo, según los registros *“la psicóloga comparte una experiencia personal vinculada al miedo, posteriormente me invita a expresar alguna vivencia similar”*; a partir de este intercambio, el niño comienza a relatar situaciones propias que le generaban malestar, expresa *“a mí me hacen bullying siempre”*. Ante ello, la psicóloga le realizó más preguntas, aunque el niño no quiso expresar más, luego de un silencio la profesional manifiesta *“todos tenemos emociones, ante una misma situación puede ser muy distinta mi emoción con la de otros, por eso es importante registrar lo que uno siente, ponerle un nombre y poder expresarlas con los otros”* (Registro N° 19, 28/08/2025).

En la viñeta presentada cabe destacar que el dibujo adquiere un lugar central en el proceso terapéutico ya que habilita el diálogo con Lucas acerca de las emociones. En consonancia con los aportes de Bleichmar (2012), la intervención analítica habilita procesos de complejización y recomposición psíquica, los cuales permiten tramitar aquello pulsional, insistente y fijado al sujeto. Lo expuesto se interpreta como una intervención estructurante, ya que facilita tanto el reconocimiento y nombramiento de las vivencias subjetivas, como también el diferenciamiento de los otros.

Luego, en la misma sesión, junto con el consentimiento de Lucas ingresa la madre del niño, debido a que la misma había manifestado necesidad de exponer una situación de gravedad. En este contexto, la madre en llanto comenta que *“cuando a él le pasan cosas, él se lastima, se golpea la cabeza, se hace daño”*. El niño manifiesta temor a una posible intervención de SeNAF y le expresa a la psicóloga entre llanto: *“por favor, prométeme que nunca me van a sacar de al lado de mi mamá”*. Aquí la profesional con calma señala: *“no puedo prometerte eso, pero este es un espacio para ayudarte a vos y a tu mamá. Si llegara a ocurrir alguna situación te voy a avisar antes”* (Registro N° 19, 28/08/2025).

Ante esto, el niño quiebra en llanto, al tiempo que continúa pintando un paisaje de montañas y cielo celeste. La psicóloga, acompañando, toma su mano y le pregunta: “¿qué sentís cuando pintás?”. El niño responde: “pintar me relaja...” y, luego de un silencio, agrega: “me gustaría estar acá tranquilo con mi mamá”, haciendo referencia al paisaje que se encontraba dibujando. Posteriormente, la madre expresa: “cuando está nervioso se pone a hacer dibujos”. (Registro N° 19, 28/08/2025)

En relación a los aportes de Flesler (2011), el dibujo no es una copia de la realidad, sino que es una creación donde el niño le otorga un sentido a sus vivencias, expresa en trazos aquello que no logra decir con palabras. Siguiendo lo expuesto, las intervenciones de la psicóloga no se limitan a la interpretación directa del dibujo, sino que se orientan a acompañar el proceso del niño, a través de preguntas que posibiliten el registro afectivo, entre ellas *“¿qué sentís cuando pintás?”*.

Lo mencionado guarda relación con lo propuesto por Janin (2014), quien sostiene que la intervención en la clínica con niños debe pensarse como un acto creativo, concibiendo las irrupciones de angustia, los cambios y la historia que atraviesa, atendiendo a la singularidad de cada paciente. Como se aprecia en la viñeta, aquellos acercamientos desde las intervenciones con calma cuando el entorno se desborda de angustia y el tomar su mano cuando irrumpe el llanto, actúan como sostén y contención, favoreciendo vivencias calmantes que permitan ligar lo insoportable, la intensa angustia.

En continuidad, a largo del proceso psicológico, se observa en Lucas un marcado posicionamiento de cuidado hacia su madre, expresado en una preocupación constante por su seguridad y miedo a que algo pueda ocurrirle. Según lo registrado, *“la psicóloga plantea la cuestión sobreadaptativa de L., quien asume un rol de cuidador de su madre, exponiéndose a situaciones de violencia y desprotección”* (Registro N°34, 25/09/2025).

En relación con la articulación teórica, y retomando los aportes de Janin (2011), la constitución psíquica puede comprenderse como un proceso complejo, inscripto en una historia vincular, en el cual las primeras experiencias con los otros significativos resultan fundamentales

tanto para la organización del aparato psíquico como para la posibilidad de ligar las vivencias. En este sentido, la presencia de un otro capaz de contener, alojar y ofrecer experiencias calmantes resulta fundamental para que dichas experiencias puedan inscribirse psíquicamente y ser elaboradas. A partir de estos aportes, resulta relevante destacar que en Lucas la exposición a una situación familiar y social de marcada vulnerabilidad atraviesa el proceso de subjetivación, dificultando la elaboración psíquica de determinadas vivencias.

Cabe agregar que se realizó una valoración psicopedagógica, donde la profesional manifestó que el niño cuenta con habilidades de lectoescritura, aunque la profesional expresa que *“lo que requiere mayor trabajo es su autoestima”*. Ante esto, la psicóloga expone *“esto indica que queda mucho en el discurso de la madre; él es muy pasivo respecto de lo propio, incluso todo lo que hace parece estar orientado a ayudar a su mamá”* (Registro N°27, 11/09/2025).

A partir de esto, la psicóloga propone como actividad dentro del proceso terapéutico la construcción de una revista personal. El niño mostró entusiasmo en armarla, comenzó realizando una portada y le escribió su nombre, luego se propuso la incorporación del dibujo del paisaje. A partir de esta propuesta, la psicóloga señaló: *“estamos armando tu revista; acá el autor principal sos vos, así que podemos poner todo lo que vos quieras y consideres que te representa”* (Registro N° 27, 11/09/2025).

En este sentido, la propuesta de construir una revista personal se orienta a responder a las dificultades observadas durante el proceso terapéutico y la valoración psicopedagógica. De este modo, esta intervención posibilita la inscripción de un nuevo orden psíquico, ya que promueve una separación simbólica respecto de la figura materna y habilita un espacio donde el niño puede reconocerse como protagonista de su propia historia. Siguiendo los aportes de Janin (2019), la intervención resulta estructurante cuando establece y sostiene diferencias yo-no yo, además que posibilita alojar los movimientos defensivos, las identificaciones y los modos singulares de tramitación pulsional presentes tanto en el niño como en su entorno. Desde esta perspectiva, las intervenciones analíticas no se orientan a desvelar una historia ya dada, sino a propiciar su construcción.

En consideración con los aportes de Aguirre (2021), acerca de lo expuesto sobre el no lugar, la autora propone la importancia de armar un nido, de poder hacer un lugar a la escucha de quien padece, hacer lugar a la angustia, a la violencia y al desamparo simbólico. De este modo, a partir del trabajo artesanal y la creatividad del caso por caso, se construye un nido que resulta subjetivante. En este sentido la autora expone que *“la clínica del desvalimiento propone*

armar cobijo, amparo, refugios. Los nidos son metáfora de sostén, de acompañamiento de un adulto o adultos presente/s que cuida/n” (p. 106).

Para finalizar, siguiendo los desarrollos teóricos, se aprecia que a lo largo de las sesiones las intervenciones de la psicóloga priorizan la creación de un borde que aloja y sostiene el sufrimiento. La profesional crea en conjunto con el niño un espacio en donde frente al no lugar, habilita el sufrir, el llorar y el sentir. Se destaca que, mediante ceremonias mínimas, de pequeñas intervenciones, se crea un sostén para que el niño pueda desplegar su sentir y poner en palabras sus afectos.

A continuación, luego de haber presentado los tres casos puntuales del consultorio externo, se seguirá con el análisis teórico-práctico relacionado al Programa de Asma tomando los aportes del psicoanálisis, más allá de que la perspectiva de intervención del mismo esté más vinculado al abordaje desde la perspectiva cognitiva conductual, tal como se lo señaló en el apartado anterior. En este marco, se analizarán dos viñetas clínicas correspondientes al tercer encuentro del programa, donde el objetivo consiste en favorecer la identificación y expresión de los sentimientos relacionados al padecimiento.

8.2.2.4. CASO V (VICTORIA). EL MONSTRUO DEL ASMA: CUANDO LO ATERRADOR SE DIBUJA

“El arte no reproduce aquello que es visible sino que hace visible aquello que no siempre lo es”

-P. Klee, s/f

Victoria es una niña de 6 (seis) años que asiste a su tercer encuentro del programa de asma. En esta sesión se propone como consigna que pueda representar a través del dibujo qué es el asma para ella.

Como punto de partida, se destaca como primera intervención el hecho de que la psicóloga le ofrezca a la niña una actividad para poder desplegar sus vivencias y manifestar sus conflictos. En este sentido, siguiendo con los aportes de Rodolfo (2001) el pedido de dibujar

por parte del analista surge como continuación de una cadena asociativa que ya se encuentra en curso y que necesita de su intervención para escapar de la represión.

Ante la consigna, la niña comienza a dibujar y expresa: *“el asma es un ciervo de dos patas, es aterrador, tiene colmillos y garras aterradoras. Es de color marrón, porque si fuese de colores de arcoíris sería tierno... y yo quiero que sea aterrador”* (Registro N°18, 28/08/2025). Luego agrega: *“Es un monstruo combinado con dos patas”* (ver anexo B). Mientras relata, se levanta de la silla, recorre el consultorio y comenta acerca del juego Roblox, haciendo referencia que su dibujo es parecido a un personaje.

Ante esto, la psicóloga la escucha atentamente, le realiza algunas preguntas sobre el juego y luego al momento en que Victoria hace una pausa, expresa: *“vos estás dibujando el asma, no el monstruo del Roblox. ¿Querés que mejor nos concentremos en el monstruo del asma?”*. A partir de esta intervención, se retoma la consigna y la profesional pregunta qué sucede cuando aparece el asma, a lo que responde: *“Toso mucho y mi mamá me dijo que si tengo asma me puedo enfermar mucho”*.

En un principio se observa que Victoria sigue la consigna y comienza a dibujar el asma como un monstruo, sin embargo, seguidamente hace referencia al videojuego, ante esta situación la psicóloga escucha lo expresado por la niña, lo habilita y luego interviene. De este modo se aprecia que la profesional crea el entorno de confianza y sostén que posibilita el despliegue de la actividad creadora planteada por Winnicott (s/f/2015). Posteriormente, delimita un encuadre claro, en donde introduce cierto límite y orienta a la niña a respetarlo. En este sentido, el encuadre propicia un espacio seguro donde los/las niños/as puedan desplazarse (Capnikas, 2018).

Luego, la psicóloga indaga acerca de las características del asma y pregunta qué no le gusta, a lo cual la niña responde, *“no le gusta la luz, la oscuridad le da mucho miedo”*. Mientras que ante aquello que sí le gusta, Victoria expresa que *“le gusta comer osos, personas y lobos”*. Luego agrega: *“Es muy molesto, le gusta molestarme cuando duermo o juego”*.

En este punto, se destaca lo expuesto por Rodolfo (2001), quien plantea que *“las interpretaciones y otras intervenciones del analista en el curso de una sesión van incidiendo y aportando a los dibujos que allí se hagan; van ‘haciendo’ esos dibujos junto con la mano del niño”* (p. 58). A lo largo de la sesión, las intervenciones de la psicóloga, orientadas a indagar qué aspectos del asma le resultan agradables o desagradables a la niña, inciden directamente en la construcción del dibujo, habilitando que el objeto representado adquiera mayor elaboración. En este sentido, el dibujo se presenta como una elaboración que se va configurando en el encuentro terapéutico.

A su vez, siguiendo los aportes de Janin (2019), el analista puede “ir ayudando al niño a armar un relato, una historia, una trama que sostenga allí donde solo quedaban las marcas del dolor” (p. 237). Como se observa en la sesión, la psicóloga a través de preguntas y de su escucha, tanto del relato como del dibujo, propicia que la experiencia del asma deje de quedar fijada a lo corporal, posibilitando su elaboración y simbolización mediante la articulación entre lo narrado y lo representado gráficamente.

Posteriormente, la profesional le pregunta “¿y vos qué hacés cuando viene este monstruo?”, La niña responde: “cuando el monstruo me agarra, yo freno y respiro hondo y después sigo jugando”, mientras comienza a pintar con más intensidad la cabeza del dibujo. Finalmente, la psicóloga expresa “si le pudieras decir algo al monstruo, ¿qué le dirías?”. Victoria observa su producción y se toma su tiempo para pensar, luego expresa: “que no me va a ganar siempre. Y que si viene muy fuerte, yo tengo los disparos que me hacen respirar”. La psicóloga afirma que el monstruo puede ser aterrador y molesto, pero lo importante es que ella ya sabe qué hacer para sentirse mejor cuando el asma aparece. Con esta intervención, finaliza la sesión.

En coherencia con la última viñeta, desde la perspectiva psicoanalítica la tarea de la terapeuta consiste en acompañar el proceso de simbolización y no limitarse a interpretar mecánicamente el dibujo. De este modo, la función ligadora debe habilitarse a través de la contención, de imperativos, de poner en palabras lo acontecido (Janin, 2014). Por último, se aprecia que la psicóloga utiliza el dibujo como herramienta, a través del cual mediante sus intervenciones posibilita que Victoria proyecte miedos, placeres y conductas relacionadas a su propia vivencia, permitiendo la elaboración del asma.

A modo de cierre, se relaciona los aportes de Aguirre (2021), quien señala que, frente a situaciones de enfermedad y atención hospitalaria, los niños se ven atravesados por una irrupción de incertidumbre, temor y desconfianza ante un mundo vivido como desconocido y amenazante, en el que el dolor irrumpe a nivel corporal, psíquico y social. De este modo, la autora plantea la importancia de las intervenciones simbólicas a fin de construir un hospital más humano, “es preciso entonces poner palabras, alcanzarle a ese pequeño sujeto infantil elementos simbólicos (palabras, gestos, objetos, etc.) que lo ayuden a no precipitarse al vacío sinsentido” (p. 132). En el caso de Victoria, se observa que a través del dibujo, del relato y de las intervenciones de la psicóloga, se le ofrecen a Victoria palabras y recursos que le permiten simbolizar aquello que la afecta, construir sentido y volver más habitable una experiencia que inicialmente resulta perturbadora.

8.2.2.5. CASO M (MICAELA): TRAZANDO LO QUE NADIE VE: DEL DIBUJO A LA PALABRA

“Una vez que un objeto ha sido incorporado en una pintura, éste tiene un nuevo destino”

-G. Braque, s/f

Micaela es una niña de 9 (nueve) años que asiste a su tercera sesión en el marco del programa de asma. En el encuentro previo se había trabajado la lectura de un cuento, material que se retoma en esta ocasión. A partir de ello, se propone una consigna gráfica con el objetivo de que la niña pueda expresar, a través del dibujo, aquello que ella considera que es el asma.

En un principio, la intervención de la psicóloga se orienta a habilitar el dibujo como vía de expresión del padecimiento ligado al asma, en consonancia con los aportes de Rodulfo (2001), quien señala que la producción gráfica no se limita al contenido ilustrado, sino que conlleva elementos del pasado que pueden reconstruirse a posteriori. En este caso, la consigna introduce un dibujo, que como plantea el autor, transforma retroactivamente la hoja en blanco en un espacio de trabajo psíquico.

A su vez, el hecho de que la psicóloga pueda ofrecer un espacio para desplegar sus vivencias en relación a la enfermedad, de poder alojar y habilitar la expresión se relaciona con los aportes de Aguirre (2021), quien plantea que “la creatividad es parte de la infancia, solo es necesario ofrecer un lugar y objetos junto a un adulto que habilite” (p.123)

Durante la actividad, la niña traza y borra repetidas veces, se toma su tiempo, se muestra indecisa de qué color elegir, piensa y comienza a dibujar (ver anexo C). Al finalizar, expresa señalando la figura: *“Ella es Mia. Cuando corre le duele el pecho... igual que el zorrillo. El asma viene algunos días. Cuando corro... o cuando salto. Pero a Mia no le gusta quedarse quieta... nunca”* (Registro N° 14, 19/08/2025).

En continuidad, ante la pregunta de la psicóloga acerca de qué podría hacer Mía para calmarse, Micaela responde: *“Sentarme un ratito... o quedarme quietita hasta que se vaya. A veces Mía no me deja respirar, me aprieta adentro. Por eso tiene las manos así”*. Luego permanece en silencio, observando la hoja, y dibuja una cara triste con los ojos cerrados,

expresando: *“No sé hacer caras... pero esta tiene que estar así”*. La psicóloga hace una pausa y le pregunta *“¿por qué crees que tiene que estar así?”*, la niña explica:

“Porque cuando me duele el pecho yo también tengo esa cara... pero nadie la ve. No puedo jugar cuando me pongo así, no puedo hacer nada. Capaz con una cara feliz quedaría más linda, pero la hice así para que se note que no está contenta”.

En las viñetas se destaca que las intervenciones de la psicóloga, orientadas a indagar acerca de lo que le sucede a Mia y de qué podría hacer para calmarla, favorecen la articulación entre el dibujo y la palabra. En este sentido, Janin (2014) caracteriza el dibujo representativo como una producción que se orienta a la representación reconocible de un objeto o situación y que habitualmente se acompaña de verbalizaciones con el objetivo de hacer comprensible lo que quiere comunicar. Como se observa en la viñeta, a partir de las intervenciones de la psicóloga, Micaela logra nombrar sensaciones corporales y afectos, lo cual propicia la elaboración de una representación simbólica.

Luego de lo expuesto por la niña la psicóloga expone *“y si podrías imaginar un superpoder para Mia, uno que le haga cambiar esa cara triste, ¿cuál te gustaría que sea?”*. La niña demora en responder, finalmente dice: *“Aire... mucho aire. Y telequinesis, así puede mover cosas sin correr”*. Posteriormente, la psicóloga le propone *“ahora podrías dibujar algo que te haga sentir mejor a vos”*. Micaela responde que prefiere escribir, la psicóloga le contesta *“como a vos te guste”*, al acercar el lápiz, pero no logra hacerlo, y comienza a colorear el dibujo inicial, marcando el pecho de Mia con color celeste, mientras dice: *“El azul es como cuando estoy tranquila... pero Mia a veces no me deja”*. Con el tiempo, dibuja una silla y escribe: *“me calma sentarme o mi mamá”*.

De este modo, las intervenciones de imaginar un superpoder y dibujar algo que la haga sentir mejor permiten la representación de aquellos recursos utilizados frente al asma. En articulación, Janin (2014) considera el dibujo como manifestación del funcionamiento psíquico, a través de él se representan vivencias de lo pulsionar, las defensas, su tipo de pensamiento y los funcionamientos psíquicos de los otros significativos.

Al finalizar la entrevista, la psicóloga interviene señalando: *“es importante que tengas en cuenta que este es el asma y estas son las herramientas que tenes para controlarla... vos puedes controlar el asma”*. La niña observa la hoja durante unos instantes y expresa: *“me gustaría que Mia sea chiquita así puedo agarrarla”*.

Por último, se retoma la importancia de las intervenciones estructurantes, en tanto operan en los primeros tiempos de constitución, apuntando a construir su historia. En este caso, se destaca entre las intervenciones propuestas la de diferenciación yo-no yo, en donde posibilita

la identificación de deseos, pensamientos y temores propios (Janin, 2014). Como se aprecia en la viñeta, las preguntas y los señalamientos de la psicóloga posibilitan el registro y la expresión de afectos a través del dibujo, asimismo la intervención final de diferenciar a Micaela del asma y señalar la posibilidad de control del padecimiento, favorece la diferenciación yo-no yo.

Para concluir, a partir del análisis de las viñetas presentadas, se observa que tanto el dispositivo de Consultorios Externos como el Programa de Asma, si bien se diferencian en sus objetivos, encuadres y modalidades de intervención, comparten herramientas centrales en su práctica: la entrevista y la hora de juego y dibujo.

En este sentido, Bleger (1985) plantea que la entrevista constituye el elemento primordial del método clínico, ya que permite abordar al sujeto en su totalidad, considerando los contenidos manifiestos como también las expresiones no verbales, los silencios y las omisiones. Asimismo, la entrevista puede pensarse como una relación social en la que se producen nuevas reflexividades a partir del encuentro cara a cara entre entrevistador y entrevistado (Guber, 2011). En relación, Protesoni (2018) destaca que la entrevista clínica permite recepcionar la demanda y los motivos de consulta, comprender la vivencia subjetiva del paciente y las manifestaciones del malestar, así como elaborar hipótesis acerca de la etiopatogenia de la problemática presentada, orientando la estrategia terapéutica más adecuada para las necesidades del sujeto.

A modo de cierre, en relación a las viñetas desarrolladas, la entrevista habilita, a través del juego y el dibujo, intervenciones que responden a la singularidad de cada sujeto y a la complejidad de las situaciones abordadas.

8.2.3. APORTES DE LOS DISPOSITIVOS VINCULADOS AL JUEGO Y AL DIBUJO QUE PROPICIAN LA ELABORACIÓN DEL SUFRIMIENTO PSÍQUICO DESDE LA MIRADA DE SUS PARTICIPANTES

“El juego es la prueba continua de la capacidad creadora que significa estar vivo”

- D. Winnicott, 1942.

A continuación, se tiene por objetivo dar cuenta de cómo, en cada una de las viñetas clínicas analizadas en el apartado anterior, se aprecia un proceso de elaboración psíquica del sufrimiento a través de las intervenciones profesionales mediadas por el juego y el dibujo. En un principio, resulta pertinente destacar que el término de elaboración psíquica es utilizado por Freud para aludir al trabajo realizado por el aparato psíquico para controlar las excitaciones, integrándolas en el psiquismo y estableciendo conexiones asociativas entre ellas (Laplanche y Pontalis, 1967/2021); así como las conceptualizaciones del aparato psíquico abierto de Silvia Bleichmar (2012), considerando que en la infancia las experiencias se inscriben marcando las primeras huellas mnémicas, aunque sus significados se encuentran sujetos a resignificaciones y complejizaciones. Siguiendo los aportes de la autora, resulta fundamental para la elaboración de aquello que excede al sujeto el encuentro con un otro, quien posibilite el sostén y el acompañamiento, a fin de simbolizar experiencias traumáticas que no pudieron ser elaboradas.

En continuidad, el trabajo analítico en infancias posibilita a través de la contención y la creatividad, abrir caminos de inscripción de vivencias, construir redes representacionales y posibilitar un armado psíquico, concibiendo el juego y el dibujo como modos privilegiados para poder construir una historia (Janin, 2014). En la misma línea, Aguirre (2021) plantea la necesidad de habilitar el juego y la creatividad en niños traumatizados o desvalidos, expone que “la transmisión cultural propone esta lógica del juego, del arte y la cultura mediante caminos de acceso al mundo simbólico, por donde puedan drenar la angustia, los duelos, los dolores psíquicos, las esperanzas y la vida” (p. 129). En este sentido, la autora manifiesta que el juego y el dibujo forman parte de los procesos de constitución psíquica, debido a que abre posibilidades subjetivas en los/las niños/as, ayudando a significar sus experiencias, a crear otras realidades internas y a posibilitar el bienestar psíquico.

Por un lado, en el caso de León, se observa que el sufrimiento psíquico se manifiesta inicialmente a través de conductas compulsivas, como las de arrancarse los pelos y su juego caracterizado por un estado de alerta permanente que lleva al niño a un registro extremadamente detallado de lo que sucede en la calle. Con el transcurrir de las sesiones, este malestar logra ser alojado por la psicóloga, quien luego propone una actividad lúdica la cual introduce orden y reglas compartidas. En este caso, el juego habilita la representación de vivencias de abandono, las cuales surgen a partir de la pregunta acerca de su padre, momento en el que el niño expresa: “*Ven... cada vez que se está por ir, la paro...*”. De este modo, el juego se configura como una escena en la que León elabora la pérdida, expresando la necesidad de frenar la caída, sostener lo que se desmorona y evitar la separación.

Asimismo, se aprecia que el uso del juego como metáfora posibilita la inscripción de un ritmo lento y progresivo, se evidencia en expresiones como *“Así funciona, hay que ir despacio para que no se caiga”, “piso por piso”, “despacio y con práctica quizás lleguemos”*. A través del sostén del adulto, el juego posibilita la representación y elaboración de las vivencias del niño, facilitando su ligazón simbólica.

A fin de dar cuenta del proceso de elaboración psíquica del sufrimiento, resulta significativo lo expresado por León: *“desde que vengo acá estoy más tranquilo también, ya me está creciendo el pelo de nuevo”* (Registro N°30, 06/10/2025). En consonancia, la psicóloga señala la presencia de cambios significativos, destacando que *“ahora está más tranquilo, puede respetar mejor los turnos... en las primeras sesiones rompía todo... hasta el juego con el que jugábamos”* (Registro N°45, 22/10/2025). Asimismo, la profesional indica que *“Ln. está dejando de llevar su cuaderno demostrando el abandono progresivo de su juego con rasgos obsesivos. Está comenzando a tolerar la espera y frustración, y también está disminuyendo su compulsión de arrancarse los pelos”* (Registro N°51, 06/11/2025). Estas viñetas permiten apreciar un proceso de elaboración en el que el malestar expresado en el cuerpo y en la acción compulsiva, comienza a elaborarse a través del juego y el vínculo terapéutico.

Por otro lado, en el caso de Federico, el sufrimiento psíquico se expresa a través de terrores intensos, miedos persecutorios y dificultades para nombrar y significar lo que siente. La angustia irrumpe en forma de pesadillas y conductas desorganizadas, dando cuenta de la dificultad para tramitar sus vivencias traumáticas. En este contexto, el uso del bebé de juguete y el dibujo facilitaron la representación simbólica, permitiéndole al niño poner en escena de manera lúdica, aspectos de su historia y comenzar a ligar sus afectos. A través de estos, Federico logra verbalizar sus sentimientos, expresar miedos y relatar sus pesadillas, demostrando una mayor capacidad de simbolización.

A su vez, se destaca que ante la pregunta *“¿vos te sentís mejor?”*, él respondió: *“sí, creo...”*. En consonancia con estos avances, la tía de Federico señala cambios significativos en su comportamiento y en sus vínculos, expresando: *“lo veo mucho mejor... ahora cuida a su hermano y a su prima con delicadeza, se nota que los respeta”*, y agrega: *“yo me siento en el piso con ellos y podemos pasar horas jugando, antes no podíamos hacer eso”*. Asimismo, en relación con el vínculo con sus pares, refiere: *“sus amigos van a buscarlo a su casa para jugar”*. Al contrastar estos cambios con situaciones del pasado, recuerda: *“degolló a perritos recién nacidos, ahí me di cuenta que mi hermana estaba criando a un asesino”*. En la actualidad, destaca que *“ya no pega, explica con paciencia a qué jugar y cómo hacerlo, mostrando calma. Ya no usa malas palabras”*. Por último, comparte: *“en mi casa solo se dicen palabras lindas.”*

Antes yo le decía ‘sos hermoso’ y me respondía ‘es mentira, soy feo’. Ahora me dice que sí” (Registro N°33, 23/09/2025).

Por último, al finalizar la sesión vincular, la trabajadora social expresa que *“desde que la tía cumple la función materna se nota los avances en F.”*. En la misma línea, la psicóloga señala que

F. no tenía buen pronóstico, pero en un año logró grandes cosas, puede reconocer al otro, reconocerse a sí mismo. Como dice la tía, trata con respeto a los otros pero también se trata con respeto a él mismo. Antes se pegaba, no hablaba, las sesiones duraban poco porque se iba, ahora puede sostenerlas, puede habitar el espacio, compartir con nosotras (Registro N°33, 23/09/2025).

Asimismo, el hecho de que en la última viñeta presentada Federico haya saludado con un abrazo, en contraste con las primeras sesiones expuestas que se retira abruptamente, da cuenta de un cambio significativo en su forma de vincularse, logrando un encuentro con el otro.

En las viñetas presentadas de León y Federico, se aprecia que el juego se constituye como una vía privilegiada para facilitar la elaboración psíquica de vivencias, especialmente en contextos de historias familiares atravesadas por situaciones traumáticas. Se comprende que en situación analítica el juego es más que una actividad recreativa, posibilita la tramitación de conflictos internos que no logran ser expresados por el lenguaje verbal; de este modo, cumple una función psíquica primordial en el proceso de estructuración subjetiva (Rodulfo, 2012). En la misma línea, Lewin (2004) sostiene que *“al jugar, el niño desplaza al exterior sus miedos, angustias y problemas internos dominándolos mediante la acción. Repite en el juego situaciones que le han resultado excesivas, permitiéndose así cierto dominio sobre objetos externos”* (p. 363).

Asimismo, en el caso Lucas, el dibujo aloja y habilita lo que no logra ser expresado verbalmente. De este modo, los paisajes dibujados permiten representar sus miedos y deseos, el niño expresa *“me gustaría estar acá tranquilo con mi mamá”* (Registro N° 19, 28/08/2025). Por lo tanto, las intervenciones de la terapeuta orientadas a acompañar, sostener y respetar los tiempos del niño, habilita la expresión de sus vivencias, posibilitando que el sufrimiento comience a representarse a través de dibujos, lágrimas y palabras.

En esta viñeta, se observa en Lucas el pasaje de la expresión de ideas de muerte y conductas autoagresivas hacia la posibilidad de plasmar en un paisaje su deseo de estar tranquilo junto a su madre, en donde el surgimiento de este deseo da cuenta de un sentido de vida. Según lo planteado por Bettelheim (2017) como se citó en Aguirre (2021), una de las tareas más complejas en la infancia consiste en ayudar al niño a construir un sentido en la vida. En la

misma línea, Aguirre (2021), expresa que especialmente en contextos atravesados por el desvalimiento, “es preciso no perder la esperanza y la creencia (motores del deseo y del trabajo) para crear en la adversidad, para apostar a transformar y poder transmitir este espíritu a las nuevas generaciones” (p.40).

En continuidad, al terminar la sesión la profesional señala que desde el comienzo del tratamiento Lucas *“no habla de él, de sus emociones de lo que le pasa, le juegan los miedos de ser alejado de su madre, busca protegerla constantemente. Por eso que L. haya podido expresar sus miedos, incluso llorar, fue un gran avance”* (Registro N°19, 28/08/2025). En este marco, el hecho de que Lucas haya podido expresar sus sentimientos en sesión constituye una elaboración psíquica, debido a que el afecto y el deseo logran manifestarse en el espacio terapéutico, de este modo aquello que perturba encuentra progresivamente ser elaborado. Lo expuesto se relaciona con en el discurso de su madre, quien refiere avances significativos en el proceso de su hijo al señalar que *“L. avanzó mucho”*. Asimismo, agrega que el niño *“se divierte y que le gusta venir”*, y destaca: *“Estoy feliz porque lo veo bien a L. en el colegio también”* (Registro N°8, 07/08/2025).

Por otro lado, en el marco del Programa de Asma Grave, se propone el uso del dibujo para favorecer la representación del asma, de este modo el dibujo habilita otorgarle un sentido a la vivencia de la enfermedad. En relación, Rodolfo (2001) señala que *“no se trata de una fantasía preexistente que encuentra su vehiculización a través del grafismo, sino porque existió tal producción se nos hizo posible, sólo en ese instante, acceder a tal material”* (p. 52).

En el caso de Victoria, el asma logra representarse mediante un monstruo con rasgos aterradores. A través de las intervenciones profesionales, se favorece la diferenciación de la niña respecto del padecimiento, posibilitando que la vivencia del asma sea nombrada, pensada y construida como una representación simbólica separada, dando cuenta de un proceso de elaboración psíquica del malestar. Se destacan los aportes de la psicóloga al expresar que *“en este encuentro vemos que pudo ir profundizando acerca del asma, en un principio aparece como algo que da miedo y es molesto y al último reconoce que aunque le asusta ella tiene las herramientas para cuando aparezca”* (Registro N°18, 28/08/2025).

Por último, en las viñetas de Micaela se aprecia un proceso de elaboración psíquica debido a que logra transformar una vivencia corporal en una representación simbólica. A través del dibujo y la palabra, puede externalizar el asma y crear la figura de Mia, describirla y asignarle emociones. Se aprecia que el pasaje de la vivencia corporal al registro simbólico le permite a la niña diferenciarse del asma y reconocer herramientas propias para afrontar el malestar. Al finalizar la sesión la psicóloga expresa que la niña *“pudo dibujar el asma y explicar*

qué le pasa cuando aparece, cómo se siente y qué cosas la ayudan. Es importante que logró mostrar no solo el malestar, sino también maneras de tranquilizarse y sentirse mejor” (Registro N° 14, 19/08/2025).

El hecho de propiciar el dibujo en el Programa de Asma Grave, guarda relación con lo expuesto por Aguirre (2021), quien expresa que en la práctica hospitalaria resulta fundamental que las intervenciones apunten a poner palabras y sentido a aquellas situaciones de incertidumbre, a fin de hacerlas más habitable y humanizante. Por lo tanto, la autora subraya la importancia de un abordaje integral, en donde “hay un cuidado del cuerpo biológico y también está el cuidado humano y subjetivo que se realiza con las palabras, la mirada, el relato, la ternura, la ficción, la cultura y el humor” (p. 141). En ambas viñetas del programa, se aprecia que el asma aparece como una vivencia invasiva y progresivamente, junto con las intervenciones de la terapeuta, logra ser tramitadas simbólicamente y no quedar fijada al sinsentido, logrando un proceso de elaboración del padecimiento.

Asimismo, siguiendo los casos de Lucas, Victoria y Micaela, se aprecia que la producción gráfica posibilita la ligadura entre el afecto y la representación, habilitando una primera elaboración psíquica. Como punto de partida, Aberastury (1973), expone que el dibujo infantil no sólo expresa el mundo interno del niño, sino que permite tramitar situaciones traumáticas pasadas y posibilita la interpretación de vivencias, fantasías y mecanismos defensivos. En articulación con los aportes de Luzzi y Bardi (2009), el dibujo posibilita la escisión y proyección de imagos, posibilitando al niño depositar en el exterior contenidos que no logran ser elaborados por otras vías, favoreciendo el alivio psíquico.

Desde esta perspectiva, el dibujo se constituye como un espacio de creación que permite otorgar sentido a las vivencias subjetivas (Flesler, 2011). De este modo, el dibujo corresponde a una manifestación simbólica en donde se proyectan aspectos de la propia vivencia, posibilitando la organización del mundo interno del infante (Delval, 2000).

Finalmente, siguiendo los aportes de Bleichmar (2008), al concebir el aparato psíquico como una estructura abierta, las intervenciones de las psicólogas apuntan a la complejización y recomposición psíquica. La autora introduce el concepto de neogénesis para dar cuenta de los momentos estructurantes producidos en el encuentro analítico, los cuales inauguran un nuevo orden psíquico y favorecen la elaboración de la experiencia.

En los casos presentados, el proceso de neogénesis puede apreciarse en los movimientos de reorganización psíquica que se producen a partir de las intervenciones y del uso del juego y el dibujo. En León, este proceso se evidencia en el pasaje desde un funcionamiento compulsivo hacia la construcción de una escena lúdica, que posibilita la representación de la pérdida y la

disminución de las conductas repetitivas. En Federico, la neogénesis se observa en el pasaje de la desorganización y la imposibilidad de reconocer sus sentimientos, a reconocer al otro, sostener el vínculo y habilitar su sentir. Por otro lado, en Lucas, este proceso se aprecia en el surgimiento de la palabra y el llanto, en donde antes predominaba el silencio.

Asimismo, en los casos de Victoria y Micaela, la neogénesis se contempla a partir de la construcción de representaciones simbólicas que permiten diferenciarse del padecimiento. A través del dibujo, el asma logra ser pensada y hablada, transformando una vivencia corporal y emocional en una figura proyectada en una hoja de papel. Por lo tanto, los dibujos, las intervenciones de la psicóloga y los relatos de las niñas, posibilitan una nueva organización del malestar, en donde comienza a ser elaborado a través de recursos simbólicos, posibilitando procesos de elaboración que complejizan el aparato psíquico.

9. CONSIDERACIONES FINALES

El presente Trabajo Integrador Final de la carrera de Licenciatura en Psicología resultó una instancia central de reflexión crítica de la práctica preprofesional y construcción de aprendizajes significativos. En este marco, la combinación de la observación participante, el registro sistemático y la entrevista permitió un acercamiento a la complejidad del campo de intervención en la clínica infantil.

A partir del recorrido realizado en la experiencia práctica y de su articulación con los aportes teóricos del psicoanálisis, se evidenció el eje de sistematización del presente TIF, el cual remite al uso del juego y el dibujo como recursos privilegiados de intervención en el contexto de un hospital pediátrico polivalente de la ciudad de Córdoba, donde las infancias se encuentran atravesadas por diversas situaciones de vulnerabilidad y desvalimiento.

A los fines de la articulación teórico-práctica, se determinaron tres categorías de análisis, las cuales se definieron a partir de los objetivos específicos formulados, a saber: los dispositivos implementados en el servicio de salud mental vinculados al juego y al dibujo como elaboración psíquica y representación simbólica, consultorios externos y programa de asma grave; las intervenciones realizadas a través del juego y el dibujo; y, los aportes de los dispositivos vinculados al juego y al dibujo, en el sentido señalado, desde la mirada de sus participantes.

De este modo, respecto a la primera categoría señalada, la descripción de los dispositivos seleccionados del Servicio de Salud Mental permitió visibilizar la necesidad de un abordaje integral, el cual considere las dimensiones individuales, vinculares y contextuales implicadas en cada proceso terapéutico. Por lo tanto, se observó que el abordaje clínico no se limitó a la identificación de síntomas, sino que permitió el diseño de un tratamiento terapéutico acorde a las particularidades de cada niño/a y su familia. En este sentido, se destacó la importancia de concebir la salud no solo desde una perspectiva biológica, sino también desde sus dimensiones emocionales, sociales y culturales, abandonando enfoques reduccionistas. Así, a lo largo de la trayectoria práctica fue posible dar cuenta del trabajo en red entre los distintos profesionales, donde la construcción de espacios de intercambio y discusión resultó fundamental para abordar las problemáticas desde una lógica articulada.

En la misma línea, a lo largo del escrito, se sostuvo la necesidad de una práctica clínica compleja, individualizada y humanizante. Si bien se evidenció que los dispositivos abordados cuentan con distintas orientaciones teóricas, desde una lectura psicoanalítica se logró comprender que ambos tuvieron la finalidad de representar y elaborar el sufrimiento.

A su vez, en la segunda categoría de análisis, se destacó que la práctica clínica debe pensarse en consideración a las condiciones institucionales en la que se inscribe y el vínculo terapéutico establecido, por ello resultó imprescindible que las intervenciones atiendan a los tiempos, silencios, gestos y las producciones simbólicas de los/las niños/as, sin aislar el contexto que lo/la atraviesa.

En continuidad con las intervenciones, partiendo de diversos aportes como los Aguirre (2021), resultó pertinente destacar el concepto de “ceremonias mínimas” para conceptualizar aquellas intervenciones que apuntaron a construir “nidos simbólicos” para el abordaje de la situación singular de cada niño/a. A lo largo del presente escrito, se ilustró la importancia de realizar intervenciones pensadas en el caso por caso, así como también de aquellas orientadas a acompañar los procesos de construcción del psiquismo infantil. De este modo, tomando aportes como los de Janin (2014) y Bleichmar (2012), se consideró la singularidad del síntoma y por ende el carácter creativo de la intervención clínica, entendiendo que no existe una receta única para intervenir y que es fundamental escuchar y alojar aquellas experiencias que desbordan.

Cabe agregar que, desde la articulación teórico-práctica, se apreció la manera en que las intervenciones que propiciaron el borde, soporte y sostén, favorecieron a la creación de un entorno seguro en donde el infante pudo desplegar su mundo interno. En este espacio, el/la niño/a se apropió de objetos como juguetes, lápices y hojas, proyectando sus fantasías, temores y deseos, habilitando así el proceso de elaboración psíquica.

En este sentido, en los casos de León, Federico y Lucas se mostró que la creación de un encuadre estable, el respeto por los tiempos subjetivos y la disponibilidad de materiales lúdicos y gráficos posibilitaron el surgimiento de producciones simbólicas inicialmente ligadas a experiencias de desorganización y temor.

Por un lado, se distinguió en León que la contención del juego de elaboración propia, caracterizado por marcados rasgos obsesivos, posibilitó la construcción de una actividad lúdica compartida. La misma, permitió que aquellas manifestaciones compulsivas de sufrimiento se tramiten en producciones simbólicas, favoreciendo la elaboración de vivencias de pérdida ligadas a su historia familiar, particularmente en relación a su figura paterna. De este modo, las intervenciones propiciaron la creación del juego como metáfora, introduciendo el ritmo, límite y sostén que favorecieron la elaboración de su experiencia.

Por otro lado, en el caso Federico se apreció que las intervenciones de la psicóloga, orientadas a alojar y validar los sentimientos del niño, favorecieron a que progresivamente pueda ir representando sus terrores a través del juego y el dibujo. En estas viñetas, se destacó

la importancia del jugar sin imponer, en donde la terapeuta al respetar los tiempos del niño posibilita el nombramiento de sus sentimientos y su tramitación.

Asimismo, en el caso de Lucas, se observó que el dibujo, junto con la actitud de escucha y contención de la profesional, habilitaron el trazo y el relato de aquello que no había sido representado anteriormente. A través del dibujo, el niño evidenció un proceso de elaboración y complejización psíquica, ya que en donde antes había conductas autoagresivas e ideas de muerte, ahora hay representación de miedos y deseos.

Por otro lado, en el caso de Victoria y Micaela, se observó cómo la enfermedad irrumpe en la vida de las niñas como una experiencia que atraviesa no solo el cuerpo biológico, sino también la dimensión subjetiva. De este modo, se apreció que, mediante el dibujo y el relato, el asma apareció de manera invasiva, amenazante y obstaculizante. Frente a ello, las intervenciones orientadas a poner palabras, construir relatos y habilitar representaciones permitieron que dichas experiencias no queden fijadas al cuerpo ni al sinsentido. En estos casos, se pudo dimensionar la importancia de una clínica que no se limite a síntomas físicos, sino que apunte a humanizar la experiencia hospitalaria.

Siguiendo lo planteado, en los cinco casos presentados se mostró que las intervenciones de carácter estructurante -siguiendo a Janin (2013)- de las psicólogas cumplieron un rol central en los procesos de constitución psíquica, especialmente en contextos atravesados por el desvalimiento, fragilidad de las funciones de sostén y padecimiento físico. A través de preguntas abiertas, señalamientos, imperativos y de ceremonias mínimas, como la escucha, la mirada y el agarrar la mano, se posibilitó la expresión y la elaboración de aquellas experiencias desbordantes. De este modo, el trabajo dio cuenta de la importancia de intervenciones sostenidas, las cuales acompañan la constitución subjetiva y habilitan procesos de representación en infancias donde su estructuración psíquica se encuentra en formación. En este sentido, la práctica demostró que es imprescindible un rol clínico que acompañe, escuche y dé sentido a lo que emerge en sesión.

A modo de síntesis, en la última categoría, se mostró como el recorrido realizado permitió observar avances significativos en los niños a lo largo de su proceso terapéutico, plasmado en la posibilidad de expresar sus miedos, nombrar sus sentires, representarlos a través de dibujos, juegos o relatos. Asimismo, en los casos de asma, los avances se evidenciaron en la capacidad de representarla mediante el dibujo y el relato, identificar sus recursos para afrontarla, como también sus logros en la diferenciación yo-no yo con respecto al padecimiento, lo que dio cuenta de procesos de elaboración psíquica. A su vez, estos procesos permitieron distinguir que

cuando el sufrimiento encuentra un espacio donde es alojado, puede complejizarse y adquirir nuevos sentidos, habilitando su elaboración.

Por último, al finalizar el trabajo se apreció el valor del dibujo y del juego como recursos para la expresión y elaboración del sufrimiento. En este sentido, la experiencia práctica me permitió considerarlos como herramientas que facilitan la elaboración de afectos, temores y deseos de manera singular en cada padecimiento. De igual manera, se destacó que este trabajo habilitó mostrar cómo la teoría ilumina la lectura clínica, en donde los conceptos cobraron otro valor ya que permitieron pensar lo que acontecía en cada sujeto. Por lo tanto, la teoría psicoanalítica, lejos de ser concebida de manera rígida y ortodoxa, permitió realizar una lectura ampliada de la situación, concibiendo el psicoanálisis actual desde su carácter artesanal, creativo y aplicado a las instituciones atravesadas.

En relación a lo planteado, resulta importante destacar que, junto a mi experiencia práctica y el análisis teórico, se logró comprender la importancia de una clínica hospitalaria que habilite la palabra, el juego, el dibujo y la creatividad, y que conciba al sujeto más allá de sus síntomas físicos. Asimismo, se comprendió la importancia del trabajo interdisciplinario a fin de favorecer la elaboración psíquica y la producción de sentido, aún en contextos de desvalimiento.

A modo de cierre, esta experiencia de práctica fue central en mi formación, ya que permitió relacionar los aportes teóricos con situaciones clínicas concretas. La psicología clínica enseñó que no hay respuestas predeterminadas y por ello el trabajo analítico requiere de paciencia y respeto por los tiempos de cada niño/a. Asimismo, la trayectoria práctica me permitió reconocer las propias implicancias, dudas y saberes, entendiendo que la formación implica un proceso de constante aprendizaje y reflexión.

Anexo A: caso Lucas

Anexo B: caso Victoria

Anexo C: caso Micaela



10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aberastury, A. (1973). Psicoanálisis de niños. *Revista de Psicoanálisis*. 30(34), 631-687.
- Agamben, G. (2011). ¿Qué es un dispositivo? *Sociológica*, 26(73), 249-264.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-01732011000200010&lng=es&tlng=es
- Aguirre, L. (2021). *¿Qué hace un psicoanalista en un hospital?: infancias, adolescencias y salud mental*. Noveduc.
- Aguirre, L. (2023). Del desvalimiento a la creatividad en el campo de las infancias e instituciones en la ciudad de Santa Fe durante el periodo 2020 - 2022. *INFEIES RM* 12(12).
- Argentina. Ley Nacional No. 26657. *Ley Nacional de Salud Mental*. 2 de diciembre de 2010. <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Argentina. Ley No. 26061. Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Disposiciones Generales. 21 de octubre de 2005. <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/110000-114999/110778/norma.htm>
- Ávila Espada, A. (2003). ¿Hacia dónde va la psicoterapia?: Reflexiones sobre las tendencias de evolución y los retos profesionales de la psicoterapia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (87), 67-84.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352003000300005&lng=es&tlng=es.
- Barnechea García, M., y Morgan Tirado, M. (2010). La sistematización de experiencias: producción de conocimientos desde y para la práctica. *Tendencia & Retos* (15), 97-107.
- Bleger, J. (1985). *La entrevista psicológica: su empleo en el diagnóstico y la investigación*. Nueva visión.
- Bleichmar, S. (2008). *Clínica psicoanalítica y neogénesis*. Amorrortu Editores.

- Bleichmar, S. (2012). *La fundación de lo inconciente. Destinos de pulsión, destinos del sujeto*. Amorrortu Editores.
- Buendía, J. (1999). *Psicología Clínica: perspectivas actuales*. Ediciones Pirámide.
- Capnikas, E. (2018). La entrevista de juego. En A. Muniz (comp.) *Intervenciones en psicología clínica. Herramientas para la evaluación y el diagnóstico* (pp.15-33). Universidad de la República Uruguay.
- Colegio de Psicólogos de la provincia de Córdoba (2016). *Código de ética del colegio de psicólogos de la provincia de Córdoba*. http://www.legisalud.gov.ar/pdf/cba_psico.pdf
- Colegio de Psicólogos de la provincia de Córdoba (2017). *Reglamento de Especialidades*. <https://cppc.org.ar/reglamento-de-especialidades/>
- Córdoba. Ley No. 7106. *Ejercicio Profesional de la Psicología*. 27 de septiembre de 1984. <https://cppc.org.ar/wp-content/uploads/2024/10/Disposiciones-para-el-ejercicio-de-la-Psicologia.pdf>
- Córdoba. Ley No. 9848. *Protección de la Salud Mental Provincial*. 28 de octubre de 2010. <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/pdf/21294.pdf>
- De Armas M.T. (2018). La entrevista con padres. En A. Muniz (comp.) *Intervenciones en psicología clínica. Herramientas para la evaluación y el diagnóstico* (pp. 39-43). Universidad de la República Uruguay.
- Delval, J. (2000). *El desarrollo humano*. Siglo XXI Editores.
- Federación de Psicólogos de la República Argentina (2013). *Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (Fe.P.R.A.)*. <https://fepra.org.ar/codigo-de-etica/>
- Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos. (2003). *Psicología clínica y psiquiatría. Papeles del Psicólogo*, 24(85), 1-10. <https://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=1073>
- Feixas, G., y Miró M.T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Paidós.

- Flesler, A. (2011). *El niño en análisis y las intervenciones del analista*. Paidós.
- Flesler, A. (2014). *El niño en análisis en lugar de los padres*. Paidós.
- Freud, S. (2007). Más allá del principio del placer. En *Obras Completas* (pp. 1-62). Amorrortu Editores, 1920.
- Guber, R. (2011). *La etnografía: Método, campo y reflexividad*. Editorial Siglo Veintiuno.
- Haz, M., Díaz, V. y Raglianti, H. (2002). Un desafío vigente para el psicólogo clínico: el entendimiento de estrategias de intervención integrales para abordar problemas de riesgo psicosocial. *Revista Terapia Psicológica*, 20, 23- 28.
- Hospital Pediátrico: historia de una resistencia que rindió frutos. (2014). *Noticias Gobierno de Córdoba*. <https://prensa.cba.gov.ar/salud-2/hospital-pediatrico-historia-de-una-resistencia-que-rindio-frutos/>
- Janin, B. (2011). *El sufrimiento psíquico en los niños: psicopatología infantil y constitución subjetiva*. Noveduc.
- Janin, B. (2013). Intervenciones subjetivantes frente al sufrimiento psíquico. En E., Kahansky, G., Dueñas, y R., Silver (comp.). *Problemas e intervenciones en la clínica. La patologización de la infancia II* (pp.15-33). Noveduc.
- Janin, B. (2014). *Intervenciones en la clínica psicoanalítica con niños*. Noveduc.
- Jara, O. (2011) La sistematización de experiencias: aspectos teóricos y metodológicos. *Decisio*, 28, 67-74.
- Jorge, E. (2018). La evaluación clínica como una función integral del psicólogo. *Perspectivas En Psicología*, 15(1), 98-107. <https://perspectivas.mdp.edu.ar/revista/index.php/pep/article/view/356>
- Klein, M. (1955). *La técnica psicoanalítica del juego: su historia y significado*. Obras Completas. Paidós.
- Laplanche, J. y Pontalis, J. (2021). *Diccionario de psicoanálisis*. Paidós, 1967.

- Lewin, M. (2004). Juego, fantasía: del más allá al espacio transicional. *Psicoanálisis APdeBA*, 26(2), 351-374.
- López Fuentetaja, A. M., y Villaverde, O. I. (2019). Intervención psicológica en el ámbito hospitalario. *Revista Clínica Contemporánea*, 10(1), 1-19. <https://doi.org/10.5093/cc2019a2>
- Luzzi, A. y Bardi, D. (2009). Conceptualización psicoanalítica acerca del juego de los niños. Punto de partida para una investigación empírica en psicoterapia. *Anuario de Investigaciones*, 16, 53-63.
- Maghid de Ubaldin, L. (2015). Construyendo un dispositivo analítico posible. *Controversias en Psicoanálisis de Niños y Adolescentes*, (17), 46-52.
- Montobbio, A. (2013). *Cuando la clínica desborda el consultorio. Salud Mental y Atención Primaria con niños y adolescentes*. Noveduc.
- Muniz Martoy, A. (2018). De la evaluación a la intervención, una mirada compleja sobre la práctica clínica. En A. Muniz Martoy (comp.) *Intervenciones en psicología clínica. Herramientas para la evaluación y el diagnóstico* (pp. 117-119). Universidad de la República Uruguay.
- Protesoni, A.L. (2018). La primera entrevista clínica psicológica en servicios de salud. En A. Muniz Martoy (comp.) *Intervenciones en psicología clínica. Herramientas para la evaluación y el diagnóstico* (pp. 11-18). Universidad de la República Uruguay.
- Rodulfo, M. (2001). *El niño del dibujo. Estudio psicoanalítico del grafismo y sus funciones en la construcción temprana del cuerpo*. Paidós.
- Rodulfo, R. (2012). *El niño y el significante*. Paidós.
- Ungar, V. (2015). El oficio de analista y su caja de herramientas: la interpretación revisitada. (2015). *Revista Uruguaya De Psicoanálisis*, 121, 41-63. <https://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/226>
- Waisbrot, D. (2010). *Más de un otro. Variaciones y vacilaciones del dispositivo psicoanalítico*. Psicolibro Ediciones.

Waserman, M. (2008). *Aproximaciones psicoanalíticas al juego y el aprendizaje. Ensayo y errores*. Noveduc.

Winnicott, D. W. (2015). Notas sobre el juego. En C. Winnicott, R. Shepherd y M. Davis (comp.) *Exploraciones psicoanalíticas I* (pp. 79- 83). Paidós, sin fecha.