

**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA
SEDE QUITO**

CARRERA DE PSICOLOGÍA

Tesis previa a la obtención del Título de Psicólogo

TEMA:

“Incidencia de la Terapia de Juego en el Proceso de Simbolización en niños de 5 a 11 años de edad, con problemas conductuales en el Hospital Quito Nro. 1 de la Policía Nacional.”

AUTOR:

Napoleón Vinicio Berrú de la Torre

DIRECTOR:

Rosita Armas

Quito, Abril 2011

DECLARATORIA DE RESPONSABILIDAD

Los conceptos desarrollados, análisis realizados y las conclusiones del presente trabajo son de exclusiva responsabilidad del autor Napoleón Vinicio Berrú de la Torre.

Quito, 06 de Abril del 2011.

(f) _____

AGRADECIMIENTO

A Dios por ser el pilar fundamental de todas mis acciones, permitiéndome ser mejor cada día y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio. A mi Padre que siempre anda a mi lado. A mi madre por todo su amor y comprensión. A mi compañera de vida Yessy por todo su amor y complicidad incondicional. A mi Directora de Tesis Rosita Armas por su generosidad al darme la oportunidad de recurrir a su capacidad y experiencia en un marco de confianza, afecto y amistad, fundamentales para la concreción de este trabajo. A mi gran amiga Lore quien compartió todo este tiempo de estudios y me regaló su amistad. A la Universidad Politécnica Salesiana por permitir cumplir mis sueños. Y finalmente a todos aquellos Docentes quienes además de brindarme sus conocimientos me brindaron su amistad.

Napoleón Vinicio Berrú de la Torre.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a todas aquellas personas que directa o indirectamente colaboraron con su conocimiento y para aquellas que desean ampliar sus horizontes y tomen a éste como un inicio de sus ideales.

PENSAMIENTO

Encontrar, acoger, reconocer lo ausente.

*Esa capacidad poco común... de transformar en terreno
de juego el peor de los desiertos.*

Michel Leiris.

(Prefacio a *Soleils bas* de Georges Limbour).

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO

DEDICATORIA

PENSAMIENTO

INTRODUCCIÓN..... i

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA iii

OBJETIVOS: vii

CAPÍTULO 1..... 1

1.1. GENERALIDADES DEL JUEGO..... 1

1.2 DEFINICIONES DE JUEGO..... 4

1.2.1. Definición de Juego de Roger Caillois..... 5

1.2.2. Definición de Juego de Jean Paul Chateau 6

1.2.3. Definición de Juego de Winnicott 6

1.3. FUNCIONES DEL JUEGO 6

1.4. TIPOS DE JUEGO 8

1.4.1. PIAGET 8

1.4.1.1. El Juego Sensorio- Motor..... 8

1.4.1.2. El Juego Simbólico o Simulado 9

1.4.1.3. El Juego Reglado..... 10

1.4.2. VYGOTSKY..... 10

1.4.2.1. El Juego – Acción..... 10

1.4.2.2. El Juego Protagonizado 11

1.4.2.3. Los Juegos de Construcción 11

1.5. TEORÍAS SOBRE EL ACTO DE JUGAR EN EL NIÑO 11

1.5.1. Teoría Psicoanalítica..... 12

1.5.2. Terapia de Juego de Winnicott, El Juego de Garabatos (Squiggle). 16

CAPÍTULO 2..... 18

2.1 EL NIÑO Y LA SIMBOLIZACIÓN..... 18

2.1.1. Nociones y Definiciones del Niño 18

2.1.2. El Desarrollo y sus Características..... 19

2.1.3. El Proceso de Simbolización..... 21

2.1.4. Conflictos en la Niñez 5 – 11 Años..... 24

2.1.4.1. Definición 24

2.1.4.2. Síntomas 24

2.1.4.3. Los Trastornos de la Alimentación 28

2.1.4.4. <i>Las Perturbaciones del Sueño</i>	29
2.1.4.5. <i>Los Problemas de Conducta</i>	29
2.1.4.6. <i>Las Neurosis Infantiles</i>	32
2.1.4.6.1. <i>La Ansiedad Infantil</i>	33
2.1.4.6.2. <i>La Neurosis Fóbica</i>	34
2.1.4.6.3. <i>Las Obsesiones en el Niño</i>	36
CAPÍTULO 3	38
3.1. EL NIÑO EN LA CONSULTA DEL HOSPITAL	38
3.1.1. Caracterización de los Niños que Asisten a Terapia	38
3.1.2. Tipo de Atención y Enfoque Recibido por los Niños en el Hospital de La Policía	38
3.1.3. Principales Problemas que Presentan los Niños que asisten a Terapia	40
MARCO METODOLÓGICO	42
CAPÍTULO 4	43
4.1 ANÁLISIS DE CASOS	43
4.1.1. CASO 1	45
4.1.2. CASO 2	50
4.1.3. CASO 3	54
4.1.4. CASO 4	58
4.1.5. CASO 5	63
4.2. ANÁLISIS DE RESULTADOS	66
CONCLUSIONES	69
RECOMENDACIONES	71
ANEXOS	72
CASO 1	73
CASO 2	74
CASO 3	75
CASO 4	76
CASO 5	77
BIBLIOGRAFÍA	78

INTRODUCCIÓN

El concepto de Juego nos trae a la mente la imagen de un niño realizando algún tipo de actividad, nos imaginamos a un niño jugando con una pelota, con un carro o simplemente una niña abrazando a una muñeca.

El juego es un tipo de actividad que inicia desde edades muy tempranas, evoluciona y se vuelve más complejo en el transcurrir de las etapas del desarrollo. El juego ha sido estudiado desde varias posturas científicas como la antropología quien ha definido esta actividad como la base del desarrollo de todas las culturas en la evolución del hombre. En el área de la Educación el juego se ha utilizado como una herramienta capaz de facilitar los procesos de aprendizaje, adquisición de conocimientos y la mejora de destrezas.

Sin embargo nosotros nos centramos en el abordaje de esta actividad desde la Psicología, entendiendo a ésta como un instrumento que facilita la estructuración de los procesos de simbolización en niños que manifiestan o poseen algún tipo de trastorno conductual.

En el campo de la Psicología Clínica, y más específicamente desde la postura teórica que nosotros haremos hincapié, el psicoanálisis, el juego nos proporciona un material muy rico que nos permite de igual forma evaluar el grado de estructuración simbólica que el niño maneja y en caso de existir alguna deficiencia o retraso en dicho aspecto, este se podrá reelaborar o tramitar de mejor manera a través de la terapia del juego.

El presente trabajo está dividido en 3 partes, en la primera parte se expone la problematización del tema, en la cual se trata a partir de varias posturas teóricas el planteamiento de la necesidad de establecer un análisis más detallado sobre el juego del niño. De esta forma se acusa la importancia que derivaría el emprender un abordaje más elaborado sobre el tema, ya que dentro del ambiente institucional donde se emprendió este estudio no se considera al juego como un instrumento diagnóstico ni terapéutico.

En el segundo apartado desarrollamos una revisión teórica sobre las generalidades, definiciones, tipos y algunas posturas teóricas psicoanalíticas sobre el juego.

De igual manera en este se desarrollan algunas definiciones sobre el niño, las características del desarrollo y como el juego permite estructurar el proceso de simbolización. Además se expone la caracterización de los niños que asisten a la institución en donde se desarrolló la investigación, remarcando sus problemáticas conductuales y el modelo de atención terapéutica que se maneja.

En el tercer apartado se describen casos clínicos que fueron abordados desde los principios teóricos psicoanalíticos de terapia de juego que se desarrollan en esta investigación, incluyendo una ficha clínica, la batería psicodiagnóstica que se utilizó en cada caso, un diagnóstico antes de la terapia de juego y un análisis de las sesiones más significativas del mismo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dentro del desarrollo del ser humano, este siempre ha emprendido un sinnúmero de actividades, que se las ha denominado de muchas maneras, como las actividades de ocio, lúdicas, de distracción, de recreación, de entretenimiento, de relajación, etc, las cuales comprenden y abarcan muchas dimensiones y esferas tanto culturales, sociales, económicas, psicológicas.

Pero las actividades que se las ha definido en un principio como las más serias son sin duda las productivas o de trabajo. Partiendo de esta concepción, se ha hecho énfasis de una manera formal y se han emprendido muchos estudios sobre las actividades que realizan los niños, quienes principalmente al jugar demuestran tanta o más seriedad que el trabajo más responsable del adulto.

El cuestionamiento que surge de inmediato sería el de indagar ¿por qué juega el niño?, y del mismo modo, ¿esa actividad reflejaría una forma de concepción propia y del mundo externo del niño?, ¿Dicha actividad podría ser útil para esbozar de una u otra forma el mundo subjetivo del niño?

Muchos autores se refieren al juego como una de las principales formas en las que el niño desarrolla el proceso de simbolización.

Piaget propone que el juego nace como un proceso de imitación el cual es una manifestación de la inteligencia: *“La inteligencia sensorio-motora aparece como el desarrollo de una actividad asimiladora que tiende a incorporar los objetos exteriores a sus esquemas, acomodando éstos a aquellos.”*¹

Por lo tanto si la imitación es una forma de plasmar afuera la inteligencia, se entiende entonces que esta imitación tiene que ver con la representación, de ahí entonces entendemos a ese proceso imitativo como una actividad de representación que se proyecta en una actividad, en este caso el juego.

¹PIAGET, Jean, La Creación del Símbolo en el Niño, Fondo de Cultura Económica, México, Pág. 17.

Esa representación Piaget la define como una especie de forma resumida del objeto, el cual se representa en una acción, la acción lúdica, el juego desde ahí se lo entiende como los primeros atisbos de un proceso en construcción aún mayor, el proceso de simbolización.

El proceso de simbolización de igual forma además de representar objetos como apunta Piaget, se relaciona también con el desarrollo emocional que va de la mano con los primeros contactos con el otro, este será el punto de partida, y el concepto de procesos de simbolización lo abordaremos como un proceso interno que se desarrolla desde los primeros años de vida del niño el cual se va desplegando y proyectando en toda actividad que emprende el niño desde que nace. Los primeros contactos con la madre, las primeras experiencias de separación y diferenciación, y al final la actividad que abordaremos, el juego.

Desde una perspectiva psicoanalítica, Bion también aborda y desarrolla el concepto de Proceso de Simbolización. Describe el proceso desde una lectura del pensamiento Freudiano y Kleiniano, otorgándole una gran importancia a la función materna.

Bion establece 3 conceptos básicos para describir este proceso, la preconcepción, la concepción y la expectación.

El primero hace referencia a que en este período existe una expectación, es decir, el niño en sus edades más tempranas y en sus primeros contactos con la madre, tiene una tendencia innata de esperar un pecho para ser alimentado, cuando esto pasa a la experiencia en sí misma, cuando el niño es alimentado, el resultado mental pasa a ser una concepción, el niño entra en el darse cuenta del hecho al sentir satisfacción de la necesidad de alimentarse.

La concepción por ende es el resultado de la unión entre la preconcepción y la experiencia sensorial adecuada, en este caso el de alimentación, por lo tanto cada vez que una preconcepción se une a una realización positiva el resultado es una concepción. Esta se relaciona con esa experiencia emocional sensorial positiva, de ahí la relación pecho-satisfacción.

El tercer elemento, el pensamiento, aparece cuando la preconcepción se une a un elemento que proporciona frustración, es decir, cuando el niño en ese estado expectante no llega a ser satisfecho, entra en conjunción con una experiencia sensorial negativa y esta pasa a ser sentida por este como un pecho ausente dentro de sí mismo. El niño entonces tiende a evadir la situación frustrante o a modificarla de acuerdo a su tolerancia a la frustración y si esta capacidad es suficiente, el hecho resultante es un pensamiento y se desarrolla un aparato para pensar.

La madre por su parte cumple con lo que Bion denominó la *función alpha*, de esta forma la madre es como transforma ordenando de alguna manera el caos de pensamiento y emociones que esta le trasmite al niño y se lo devuelve reordenado, haciendo más tolerable la frustración. La madre es la que provee de significado y satisfacción proporcionándole al niño la capacidad de simbolizar y dándole las herramientas para construir el aparato conceptual.

Se destaca de esta forma la importancia de la construcción de los procesos de simbolización y de ahí la relación con la capacidad de representación que va desarrollando el niño a lo largo de su crecimiento.

De acuerdo a todo lo descrito anteriormente, podemos relacionar la producción subjetiva propia del niño, la cual se proyecta en la actividad lúdica, de una u otra forma con fallas que pueden aparecer dentro del proceso de simbolización, apareciendo de esta forma y representadas en problemáticas conductuales, las cuales pueden ser interpretadas y analizadas desde ese mismo elemento, es decir en el acto mismo de la actividad lúdica.

De ahí que surge la necesidad de abordar la problemática y emprender una investigación más formal sobre dicha actividad, para así orientarla a la búsqueda de una comprensión más profunda sobre los fundamentos de la misma y redefinirlos de manera que puedan ser comparados con lineamientos teóricos que reproduzcan de una manera más técnica las relaciones existentes entre el desarrollo de dicha actividad y el desarrollo psicológico del niño.

En cuanto al contexto institucional, dicha actividad no es evaluada desde una mirada que ofrezca una adecuada comprensión sobre las actividades propias del niño, es decir, los ambientes institucionales no ofrecen ni le dan la importancia que estas merecerían, ya sea por desconocimiento o falta de interés por el tema, el cual puede ser o resultar de gran importancia para el abordaje de muchas problemáticas de esta población que resulta ser una de las poblaciones de más riesgo en nuestro país.

La comprensión de la actividad lúdica del niño podría ser de mucha utilidad en ese sentido, tanto diagnóstica como terapéutica. El potencial de la comprensión de dicha actividad es muy poco conocido y abordado, y no existen o existen muy pocos ambientes institucionales que se enfoquen en aprovechar las ventajas que resultarían de un abordaje técnico apropiado. De acuerdo a todo esto surge la pregunta de investigación, ¿Cómo incide la terapia de juego en el proceso de simbolización en niños de 5 a 11 años con problemas de conducta?

OBJETIVOS:

Objetivo General:

- Determinar la incidencia de la terapia de juego en el proceso de simbolización en niños de 5 a 11 años de edad con problemas conductuales, en el Hospital Quito Nro. 1 de la Policía Nacional.

Objetivos Específicos:

- Identificar las orientaciones diagnósticas y terapéuticas más apropiadas de Terapia de Juego en el Hospital Quito Nro. 1 de la Policía Nacional.
- Proporcionar orientaciones terapéuticas de Terapia de Juego.
- Plantear la aplicación del modelo diagnóstico y terapéutico en la Institución.

CAPÍTULO 1

1.1. GENERALIDADES DEL JUEGO

Los juegos son innumerables y de múltiples especies, en este apartado abordaremos las distintas perspectivas, entre las cuales encontramos que existen los juegos de habilidad, de azar, de estrategia, pero a pesar de la infinita diversidad que pueda existir, éste siempre nos trae o evoca una idea que se mantiene constante cuando nos referimos a esta actividad, es la idea de diversión, de esparcimiento y de libertad. Evoca de igual manera la idea de una actividad sin apuros o que no traerá consecuencias en la vida real del que lo practica, también define al juego como una actividad carente de seriedad y por lo tanto se la cataloga como frívola y carente de sentido. Por otro lado se la mira como que se orienta de manera opuesta a actividades más productivas como el trabajo y como un espacio perdido de tiempo debidamente empleado. Desde esta perspectiva el juego no produciría ningún beneficio y sería una actividad estéril.

El juego vendría a constituirse como una actividad gratuita de la cual no se obtiene ningún bien, característica que desacredita en muchos casos su práctica, es decir, los

jugadores cuando comienzan una nueva partida lúdica siempre partirían de cero y de esta forma al final quedarían en las mismas condiciones en las cuales empezaron.

Por otro lado tenemos a los juegos de azar en los cuales se ponen de por medio dinero, de apuestas, loterías, etc, y estos serían la excepción, en este tipo de juego se ponen en disputa una cantidad que significa algo, o tienen un cierto valor para los que aceptan entrar en la disputa, aunque si bien es cierto no crean riqueza tan solo la desplazan, es decir, el un jugador pierde cierta cantidad o valor y el otro la gana, de esta forma dicha cantidad o valor cambia de jugador, teniendo el que ha perdido que recuperarse en el siguiente juego o partida.

Desde otros puntos de vista se podría decir que el juego no es más que una fantasía y una distracción banal, es decir, una actividad trivial, carente de sentido y que por consiguiente no trae para el que lo practica ningún beneficio a corto o a largo plazo.

En este punto resulta de gran importancia y mucho más significativo el hecho de que desde perspectivas más formales se redefina y se estudie de una manera más profunda la actividad lúdica, es así que historiadores, antropólogos, psicólogos y muchos profesionales de otras ramas se hayan encargado a través de observaciones sistemáticas y escrupulosas de lograr que se replantee sobre las anteriores formas de mirar dicha actividad.

De esta forma el juego se lo mira desde su verdadera dimensión, y se lo define más formalmente como una actividad que ha sido el pilar de las sociedades, del desarrollo cultural y para el individuo, de su desarrollo intelectual y moral. Contrastando de esta forma las primeras concepciones sobre el juego, es decir, una actividad menor y carente de valor.

Sería importante pasar a definir la importancia de la palabra juego y todas las implicaciones que ella encierra.

La palabra juego no solo designa la actividad específica que nombra, sino también la totalidad de instrumentos y lo más importante, designa las características simbólicas que esos instrumentos mantienen dentro de la dinámica propia de juego, dando así

pautas para seguir dentro del funcionamiento del juego en sí. Así se habla por ejemplo de un juego de naipes (conjunto de cartas), de un juego de ajedrez (conjunto de piezas irremplazables para poder jugar a ese juego). De ahí también que el juego posea otra característica, este mantiene un conjunto de elementos que son básicos para la ejecución del mismo, un elemento más o menos y el juego es imposible de llevarse a cabo.

Podemos hablar de igual manera del juego como un estilo propio, es decir, por ejemplo la manera en que un músico o comediante se distingue de los demás en cuanto a la manera de interpretar su instrumento o de interpretar un papel. Así la palabra juego combina también la idea de límites, de libertad, de invención y de creatividad.

La idea de riesgo dentro de la actividad lúdica también se pone de manifiesto, es decir, este sería un elemento que vendría hacer más compleja dicha actividad, de esta forma se tendrán que evaluar los recursos disponibles, calcular eventualidades propias que nacen de la reglas de juego para de esta forma ganar o perder.

Roger Caillois en su texto, *Los Juegos y los Hombres, la Máscara y el Vértigo* se refiere muy claramente al elemento antes mencionado.

*“...el juego aparece como una idea singularmente compleja que asocia un estado de hecho, un elemento favorable o miserable, en que el azar es rey y que el jugador hereda para bien o para mal, sin poder hacer nada al respecto, una aptitud para sacar el mejor partido de esos recursos desiguales, que un cálculo sagaz hace fructificar y que la negligencia dilapida, en fin una elección entre audacia y prudencia...”*²

Así la idea de riesgo hace mucho más excitante esta actividad y de ahí que surja otro elemento, es decir, el de las reglas.

²CAILLOIS, R, *Los Juegos y los Hombres: La Máscara y el Vértigo*, Fondo de Cultura Económica, México, Pág. 11.

Las reglas definen lo que es un juego y lo que no es un juego, otro elemento de suma importancia, es decir, aquí se demarca lo que se permite o no se permite dentro de esta actividad. Además tales convenciones son innegables, arbitrarias e inviolables, no pueden ser descartadas bajo ninguna condición so pena de que el juego acabe o se estropee, a razón también de que las reglas se mantengan por el deseo mismo de seguir el juego. De ahí que nace el deseo mismo de jugar al respetar dichas reglas. En este sentido lo que aquí llamamos juego aparece como un conjunto de reglas voluntariamente aceptadas que mantienen un orden dentro de dicha actividad.

En definitiva podemos decir que la palabra juego evoca una idea de amplitud, de movimiento, de la puesta en escena de diferentes capacidades y aptitudes de los participantes, de una libertad en cierto modo permitida por la imaginación para resolver las distintas cuestiones que el juego mismo nos propone.

De igual manera podemos darnos cuenta que el juego nos da la idea de una riqueza de significados que nos muestran cómo ciertas disposiciones intelectuales y psicológicas se van desplegando al momento de realizar una actividad lúdica (creatividad, imaginación, goce, satisfacción, etc.), en general nos introduce en significaciones más complejas sobre el acto de jugar y nos hace replantear la idea de que esta es una actividad improductiva, gratuita poco seria o sin apremios.

1.2 DEFINICIONES DE JUEGO

Juego. El diccionario de la Real Academia de la Lengua lo contempla como:

“1. m. Acción y efecto de jugar.

2. m. Ejercicio recreativo sometido a reglas, y en el cual se gana o se pierde.

1. m. coloq. Modo de proceder de dos o más personas que aspiran al logro de un fin, estando de acuerdo y aparentando lo contrario.”³.

³ Diccionario de La Real Academia de la Lengua, Vigésimo segunda edición, fecha: 31 de septiembre de 2008, en http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=juego.

Etimológicamente los investigadores refieren que la palabra juego procede de dos vocablos en latín: "iocum y ludus-ludere", ambos hacen referencia a broma, diversión, chiste, y se suelen usar indistintamente junto con la expresión, "actividad lúdica".

1.2.1. Definición de Juego de Roger Caillois

Roger Caillois propone al juego como una actividad propia que impulsa el desarrollo físico como psíquico de quien lo ejerce y dice:

“no hay duda de que los juegos desarrollan el cuerpo, el carácter y la inteligencia, más no se puede pretender que cada juego corresponda a una actividad determinada de la cual constituya en cierto modo el aprendizaje, los juegos no enseñan oficios, desarrollan aptitudes”⁴.

Así Roger Caillois propone que los juegos desarrollan el cuerpo, el carácter y la inteligencia, más no se puede pretender que cada juego corresponda a una actividad determinada de la cual constituya en cierto modo el aprendizaje, los juegos no enseñan oficios pero desarrollan aptitudes. En este sentido se puede decir que los juegos cumplen mejor su papel cuanto en menos grado pretenden ser una réplica de la realidad. No son copia, sino la anticipación de actividades más serias.

El juego no es ocasión de puro gasto de tiempo o de energía, sino más bien de ingeniosidad, de habilidad y a menudo, de dinero para la compra de los accesorios del juego o para pagar eventualmente el alquiler del local (si es el caso). Por lo tanto para el autor, el juego consiste en una actividad libre y voluntaria, fuente de alegría y diversión. Y agrega además que el juego es esencialmente una ocupación separada, cuidadosamente aislada del resto de la existencia, y realizada dentro de unos límites determinados de tiempo y lugar, es decir, hay un espacio dentro de cuyos límites se juega. En todos los casos, el dominio del juego es así un universo reservado, cerrado,

⁴CAILLOIS, R, Los juegos y los hombres: la máscara y el vértigo, Fondo de Cultura Económica, México, Pág. 32.

protegido. Sólo se juega si se quiere, cuando se quiere y el tiempo que se quiere. En este sentido, el juego es una actividad libre. Es además una actividad incierta.

1.2.2. Definición de Juego de Jean Paul Chateau

Jean Paul Chateau define al juego desde una teoría evolutiva, dice que el juego proporciona un placer moral, es decir, para este autor el niño juega para autoafirmarse y a través de este medio descubrir lo nuevo como una constante búsqueda. Por el juego se desarrolla lo latente y a su vez las capacidades tanto psíquicas como fisiológicas. El juego según esta teoría es el centro y eje principal de la infancia.

1.2.3. Definición de Juego de Winnicott

Por su parte Winnicott difiere de la teoría psicoanalítica ortodoxa y considera que el juego, en general, no solo responde a la necesidad de descargar cierto grado de excitación pulsional, sino que muy por el contrario, tal excitación es capaz de interferir en la concreción del jugar. Por todo ello, este autor entenderá la actividad lúdica como independiente del concepto de sublimación de las pulsiones. Su especial concepción del juego será analizada en relación al problema de la creatividad y la realidad misma en el jugar. Además Winnicott manifiesta las funciones que cumple el juego en el desarrollo del niño.

1.3. FUNCIONES DEL JUEGO

Si bien se puede anotar varias definiciones o numerosas concepciones de lo que es el jugar, podemos preguntarnos ahora: ¿Qué función cumple el juego en el niño?.

El juego es útil y necesario dentro del desarrollo del niño en cuanto a la adquisición de destrezas que le permitirán estructurar el proceso de simbolización.

Winnicott propone que la actividad lúdica en el niño se dirige hacia o se da principalmente para cumplir varios objetivos como son:

1) La obtención de placer, *“Los niños gozan de todas las actividades físicas y emocionales del juego”*⁵.

2) Expresión de la agresión, *“... los impulsos de odio o agresión pueden expresarse en un ambiente conocido, sin que ese ambiente le devuelva odio y violencia”*⁶.

3) Control de la ansiedad, *“Si bien resulta fácil entender que los niños juegan por placer, es mucho más difícil que la gente acepte que los niños jueguen para controlar la ansiedad, o para controlar ideas o impulsos que llevan a la ansiedad sino se los controla”*⁷.

4) Adquisición de Experiencia, *“El juego es una proporción muy grande de la vida del niño. Las experiencias internas y externas pueden ser muy ricas para el adulto, pero para el niño las riquezas se encuentran principalmente en la fantasía y el juego”*⁸.

5) El establecimiento de contactos sociales, *“El juego proporciona una organización para iniciar relaciones emocionales y permite así que se desarrollen contactos sociales.”*⁹

6) Integración de la personalidad, *“... es fácil ver que el juego establece una vinculación entre la relación del individuo con la realidad personal interna y su relación con la realidad externa o compartida,... es en el juego donde el niño relaciona las ideas con la función corporal”*¹⁰.

⁵ WINNICOTT, Donald, Obras completas, www.psicolibro.com, Por qué juegan los niños?(1942), Páginas 118-119, fecha: 10 de septiembre de 2008.

⁶ Ídem

⁷ Ídem

⁸ Ídem

⁹ Ídem

¹⁰ Ídem

Podemos agregar además de estas funciones las de desarrollar el proceso de simbolización y la integración del objeto.

1.4. TIPOS DE JUEGO

Existen una gran variedad y multitud de tipos de juegos, lo que en un comienzo nos hacen perder la esperanza de descubrir un patrón o principio regulador y clasificador que permita organizarlos de una manera reducida y bien definida.

En nuestro caso nos centraremos en definir y clasificar esta actividad desde el punto de vista de 2 autores quienes han definido al juego desde el principio clasificador que a nosotros nos interesa, es decir, seguiremos un principio clasificador de acuerdo a cómo juega el niño.

1.4.1. PIAGET

De acuerdo a las etapas del desarrollo propuestas por **Piaget**, la actividad lúdica se la puede agrupar dentro de estas mismas categorías o etapas de desarrollo del ser humano, las cuales son: el juego sensorio-motor, el juego simbólico y el juego reglado.

1.4.1.1. El Juego Sensorio- Motor

Hace referencia al primer año de vida del niño, el cual implica el desarrollo de actividades y experiencias que se orientan al campo sensorial y motriz, es decir, es la etapa en la que niño ejercita mecanismos o funciones que desarrollan su inteligencia a través de la asimilación de información sensorial. Como resultado de esta asimilación gradual, el juego del niño cambia en el curso de esta etapa. Inicialmente el niño tiene una conducta meramente refleja, sujeta objetos que toca y se los lleva a la boca, se orienta a sonidos fuertes y dirige su vista a hacia estímulos visuales llamativos, etc.

Luego estas conductas se convierten en juego cuando el niño comienza a repetir movimientos por sí mismos, es decir, los movimientos reflejos se dan bajo el control consciente del niño. El niño se interesa menos por sus propios movimientos, interesándose más en los objetos que se mueven en su entorno.

El niño de esta forma asimilará estímulos asociados a varios objetos y personas, buscará situaciones nuevas y las explorará con gran interés. En esta etapa cabe recalcar que el niño carece aún de representaciones simbólicas y argumentales, las cuales las desarrollará en etapas posteriores. Este tipo de juego también otros autores lo definen como juego de ejercicio el cual se lo identifica de igual forma en algunos animales.

1.4.1.2. El Juego Simbólico o Simulado

Se observa en niños de 2 a 6 años de edad, inicialmente el niño pretende proyectar sus deseos, impulsos, en el ambiente o sobre objetos, es decir, el osito de peluche será el que desea un dulce no el niño, de esta forma simboliza su propio deseo sobre el objeto con el que juega. Más tarde el niño utiliza la simulación y su cuerpo para creer ser un león, un perro o un árbol, etc.

Para Piaget este tipo de juego es importante ya que el niño adopta una posición de simulación, lo que nos dice que este ha asimilado y organizado los diferentes estímulos en percepciones de objetos que son lo bastante consistentes para permitirle actuar como si los objetos estuvieran presentes aunque no lo estén. Después las acciones pueden internalizarse en relación a los objetos, así el niño anticipa las consecuencias de sus acciones y dependerá del ensayo error para explorar y entender los efectos de dichas acciones. También llegará a tomar en cuenta y entender el efecto de sus acciones sobre otras personas, dando así los primeros pasos de socialización.

1.4.1.3. El Juego Reglado

La última etapa propuesta por Piaget nos habla sobre **el juego reglado**, el cual arranca desde aproximadamente los 6 años de edad. Aquí el niño disfruta del jugar, no tanto del hecho de ganar o perder sino más bien de la actividad misma de jugar, eso es lo que le proporciona satisfacción. Posteriormente en la adolescencia este tipo de juego se tornará competitivo. Durante la etapa del juego reglado, podemos apreciar el desarrollo psíquico que está ya en curso. En este tipo de juego también se ponen de manifiesto los primeros pasos hacia la socialización del niño, ya que son más elaborados y aquí aprende a cooperar con otros, a planificar sus acciones y a enfrentar las consecuencias cuando no se cumplen las reglas.

1.4.2. VYGOTSKY

Estudia al juego como una forma de desarrollo social del niño, es decir, apunta al niño dentro del ámbito relacional, como este a través del juego accede a los primeros pasos hacia la socialización con otros, yendo más allá de la idea de Piaget quien insistía que el desarrollo del niño hay que entenderlo como un logro personal. Vygotsky ponen el énfasis en la interacción que se da entre el niño otros niños y el adulto, hecho primordial para el desarrollo infantil. Así clasifica al juego en tres categorías, el juego-acción, el juego protagonizado y los juegos de construcción.

1.4.2.1. El Juego – Acción

Simplemente es un tipo de actividad en la cual el niño tiende a representar diversas acciones como por ejemplo nadar, comer, dormir, etc. Estos tipos de juegos se realizan en la mayoría de los casos por la incapacidad del niño para realizar ciertas actividades, que por su edad no puede realizarlas. Entonces acude a la representación de esas actividades, como una forma de introducirse subjetivamente en ellas

imaginativamente, las que les gustaría realizar y de las cuales está consciente de que no puede hacerlo. El objetivo de este tipo de juego es el de eliminar la ansiedad que le produce el no poder realizar esas actividades y de igual forma se pone de manifiesto el despliegue de su creatividad.

1.4.2.2. El Juego Protagonizado

Se presenta entre los 3 y 6 años, y se caracteriza por que el niño representa y crea diferentes personajes, en este tipo de juego el niño maneja dos posibilidades, la una de escenificar un papel y por otro lado el de dirigir un objeto el cual representa otro, como por ejemplo un objeto que se lo maneja como un cohete, un avión o un animal, siendo ese objeto diferente al objeto que el niño busca representar.

1.4.2.3. Los Juegos de Construcción

Consisten en un conjunto de movimientos, de manipulaciones o acciones coordinadas en los cuales el niño se propone un fin o una tarea precisa. El juego se convierte en una recopilación de una serie de elementos los cuales se destinan a construir un objeto completo, es decir, si antes un trozo de madera el niño lo utilizaba para representar un avión, ahora ese trozo de madera le servirá como una pieza para construir con otros objetos un avión. Así se puede evidenciar la capacidad del niño para construir un todo a través de la unión de varios elementos, dando cuenta de igual forma una mayor complejidad de la actividad lúdica.

1.5. TEORÍAS SOBRE EL ACTO DE JUGAR EN EL NIÑO

El acto de jugar no ha sido tratado de manera especial, pero algunas teorías han influido sobre posteriores concepciones teóricas del juego. A continuación centraremos nuestra atención sobre las teorías que han aportado a este tema como el

psicoanálisis y algunas de sus corrientes, que han concebido al juego, como una actividad importante dentro del desarrollo del ser humano. Abordaremos autores como Sigmund Freud, Ana Freud, Melanie Klein y Donald Winnicott.

1.5.1. Teoría Psicoanalítica

Teorías Psicoanalíticas sobre el juego en los niños.-En cuanto a las teorías psicológicas de corte psicoanalítico, podemos exponer la teoría de Freud, quien en su escrito “Más allá del principio del placer”, describe al juego como una forma de desarrollar lo psico-afectivo y lo sexual dentro del niño, si bien es cierto no da una definición de lo que es el juego, lo expone como una forma de manifestar tendencias o deseos reprimidos a través de los mecanismos de la sublimación, o la compensación. Esta forma de concebir el juego la extrae cuando analiza la situación del “fort da”, el juego que un niño realizaba cuando su madre lo dejaba, un caso sumamente conocido.

Freud dice sobre el tema, *“El acto de arrojar el objeto <<para que se vaya>> acaso era la satisfacción de un impulso, sofocado por el niño en su conducta, a vengarse de la madre por su partida; así vendría a tener este arrogante significado: <<Y bien vete pues; no te necesito, yo mismo te hecho>>¹¹”.*

El juego de “Fort-da” implicaba hacer desaparecer (Fort) y luego aparecer (Da) el objeto, la mayoría de las veces lo arrojaba, aunque según Freud el niño experimente más placer al hacerlo aparecer, es decir, lo que se reiteraba y se lo cataloga como juego es el “Fort” y el “Da” más bien lo definía como el principio de placer.

La interpretación y el análisis que Freud hace de este acto es que el niño hace una renuncia pulsional (renuncia a la satisfacción), así el niño admite sin angustia la partida de la madre. El niño de esta forma se liberaba de la angustia que le causaba la partida de la madre, a través de este juego empleando objetos. Y yendo más allá, Freud agrega que sería imposible que al niño le sea totalmente indiferente la partida

¹¹ FREUD Sigmund, Más allá del principio de Placer, Amorrortu Editores, Volumen 18, (1920-22), página: 16.

de su madre y se pregunta cómo tramita esto, respondiendo que el niño juega a la partida porque era la condición previa del goce que sentiría al verla reaparecer.

Así Freud también trata el tema del juego solo de paso y lo expone como una tentativa de encontrarle el sentido en el otro lado del principio del placer y llega a la teoría del trauma, es decir a la concepción del juego, como la elaboración de experiencias traumáticas infantiles.

Siguiendo el enfoque de su padre, **Ana Freud** no le da mucha importancia a la relación que mantiene el niño con su madre, ya que este se encuentra en una fase inicial de narcisismo y autoerotismo más bien creía que éste reaccionaba a los cambios del medio ambiente pero no a las personas que le rodeaban. Ana Freud elabora su teoría de los mecanismos de defensa, los cuales en su opinión, no se habrían desarrollado en el niño a edades tempranas puesto que estos no podían diferenciar su yo y el de los demás. Tampoco aceptaba que se produjera la transferencia en los niños ya que según ella estos no tienen desarrollados los mismos mecanismos psíquicos que el adulto ya posee los cuales le permiten el fenómeno transferencial en la terapia.

Ana Freud a finales de 1920 utiliza el juego como una forma de acercamiento al niño mas no como una forma o instrumento de análisis, ya que para ella el niño no puede ser analizado como un adulto por su incapacidad de transferir, tener consciencia de enfermedad o hacer asociaciones libres. Por esta razón Ana Freud buscaba una manera que le permitiera adaptar los recursos técnicos psicoanalíticos del adulto a las condiciones psíquicas del niño. Así encuentra en el juego un medio que facilitaba la comunicación con el niño y una forma de preparar al niño para que este comprenda el esfuerzo analítico y otorgarle a éste cierto nivel de conciencia de enfermedad y el deseo de modificar su estado. De ahí que Ana Freud utilizará en los niños las mismas herramientas de interpretación que en los adultos como el análisis de sueños, ensoñaciones diurnas, etc, en donde el juego era considerado una técnica auxiliar, secundaria a las verbalizaciones del niño.

Oponiéndose a línea de Ana Freud, **Melanie Klein** basa su experiencia analítica con niños por el hecho de la existencia de un mundo interno presente en él desde el

nacimiento en donde hay el predominio de los mecanismos proyectivos e introyectivos. Klein sostiene que en los niños existe un funcionamiento muy rudimentario de mecanismos yóicos, es decir, el conflicto entre las pulsiones de vida y las pulsiones de muerte (eros y tánatos). La transferencia existe desde el inicio de la relación terapéutica y se debe interpretar si ésta es positiva o negativa, esto incluye la interpretación de los sentimientos de culpa y la agresividad que se manifiestan en el acto de jugar.

Klein propone que el juego es la mejor manera de manifestación y expresión de los sentimientos del niño, propone de igual forma al juego como una técnica que permite recoger el material clínico, lo que en los adultos se lo hace a través de las asociaciones libres, análisis de sueños, etc.

“El análisis del juego permite el análisis de la situación de transferencia y de resistencia, la supresión de la amnesia infantil y de los efectos de la represión así como el descubrimiento de la escena primaria. Por lo tanto, no solo nos ajustamos a las mismas normas del método analítico para adultos, sino que también llegamos a los mismos resultados. La única diferencia reside en que adaptamos sus procedimientos a la mente del niño.”¹²

Klein también sostiene las razones por las cuales los niños son llevados a terapia y dice que estos no toleran la realidad, debido a su incapacidad de tolerar las frustraciones, por eso se protegen de la realidad negándola. Por ésta razón, uno de los principales objetivos de la terapia con niños es proporcionarles las herramientas para que éstos se adapten a la realidad que los rodea.

Por su parte **Winnicott** analiza varios conceptos como el de los objetos y fenómenos transicionales, la valoración de la cultura dentro del contexto del niño y diferencia el verbo “jugar” del verbo “juego”.

El juego implica para Winnicott el afianzamiento de la confianza del niño y deriva de ese espacio que lo denominó “transicional”, es decir, el espacio que existe entre el

¹² KLEIN, Melanie; El Psicoanálisis de niños; Editorial Paidós; Barcelona; 1987; Página 42.

bebé y su madre, donde se produce la dependencia del bebé y la adaptación de la madre, propiciando la aparición de dicho fenómeno.

Los fenómenos transicionales para Winnicott son un espacio virtual intersubjetivo que no es interno ni externo, en donde se desarrollan las transacciones comunicacionales, afectivas, y de vinculación. El equivalente en los adultos de estos fenómenos (fenómenos transicionales) vendría a ser las actividades científicas, las artes, la religión, etc.

Los fenómenos transicionales se originan y se instauran desde el comienzo de la relación madre-hijo y más aún en las primeras experiencias de separación, mientras el niño va pasando de estados de dependencia extrema a estados de dependencia menos acusados, mostrando cierto nivel de independencia.

Winnicott desarrolló este concepto a partir de analizar las asociaciones que realiza el recién nacido con su puño, dedos, pulgar y con los movimientos que efectúa el niño de mayor edad con el uso de su muñeca o su juguete, los cuales en un principio le proporcionan placer sensorial y que después van más allá, es decir, ya no es sólo el placer sensorial sino la noción de concebir los objetos como no-yo. Lo que significaría el primer paso hacia un giro en la relación simbiótica con la madre, pudiendo el niño ya concebirla como algo externo a él. De igual manera significaría los primeros rasgos de la simbolización de los objetos externos que el niño no reconocía aún.

El objeto transicional se construye dentro de los fenómenos transicionales siendo este un objeto, una palabra, un olor, etc., que ha sido introducido en el mundo del niño por la madre y que éste lo utiliza en situaciones estresantes, de soledad, en estados depresivos o cuando la madre no se encuentra presente, objeto que le permite enfrentar dichos estados dándole seguridad, distracción y recordándole la presencia de la madre.

El objeto externo adoptado por el niño constituye su primera propiedad, configurando así el inicio de los procesos de simbolización. Así el objeto representa

a su madre y de igual forma manifiesta la capacidad del niño de crear objetos. En definitiva el niño ha creado un objeto que es suyo, que es de su propiedad.

Con respecto a esto Winnicott en su obra “Realidad y Juego” se refiere a este concepto así; *“Es claro que lo transicional no es el objeto. Este representa la transición del bebé, de un estado en que se encuentra fusionado a la madre a uno de relación con ella como algo exterior y separado.”*¹³

Este acto de creatividad le permite al niño estructurar un intercambio con su entorno, de esta forma el niño estará listo para estructurar la realidad externa que en un principio se construye a través de ese objeto y que luego le permitirá el uso de ese y otros objetos. El “objeto transicional” por lo tanto, da origen a la simbolización, describiendo el camino que el niño recorre desde la subjetividad a la objetividad.

Este autor también sostiene que para entender la actividad lúdica hay que observarla desde el estado de alejamiento y concentración que se produce en el niño, sin tomar mucho en cuenta su contenido. Así, cuando el niño juega se encuentra en un estado de absoluta concentración, de ahí que éste no admite intrusiones, ya que se encuentra en una zona intermedia entre la realidad psíquica interna y el mundo exterior, lugar en el cual reúne fenómenos y objetos externos y los pone al servicio de su propia realidad interna, creando a través del juego, un espacio donde es posible soñar y forjar un mundo ficticio que forma parte del mundo exterior.

1.5.2. Terapia de Juego de Winnicott, El Juego de Garabatos (Squiggle).

Se ha revisado y conceptualizado los distintos aportes y posturas teóricas de los principales autores sobre el juego desde la teoría psicoanalítica. En este apartado profundizaremos en el enfoque que propone Winnicott sobre la terapia de juego.

El corolario principal sobre la terapia de juego que Winnicott maneja es el hecho de que cuando el juego no es posible, la labor del terapeuta es la de llevar al paciente de

¹³WINNICOTT, Donald, Realidad y Juego, Editorial Gedisa, Barcelona, 1982, Página 132.

una estado en el que no puede jugar a uno en el cual pueda hacerlo. La técnica de los garabatos que este autor propone cumple con ese objetivo, es decir, cuando no es posible establecer elementos trasferenciales con el niño a través de las técnicas del psicoanálisis, el enfoque de terapia de juego desarrollado por Winnicott resuelve esta limitación.

La propuesta de Winnicott se origina desde su experiencia en la atención hospitalaria a niños, observó que durante la atención terapéutica dentro de ese contexto, existen algunas limitaciones, de ahí que desarrollara de técnica del juego de garabatos, la cual responde a dichas limitaciones. Estas limitaciones tienen que ver principalmente con la falta de horarios de atención, la imposibilidad de mantener tratamientos prolongados y la urgencia de la detección y detención del síntoma.

Winnicott desarrolla la técnica del juego de garabatos (squiggles) para ser utilizada dentro de la consulta terapéutica, la cual la cataloga como un elemento válido dentro de la teoría, los conceptos y técnicas psicoanalíticas.

La técnica del juego de garabatos se la utiliza en la primera entrevista, en un principio ideada para establecer elementos diagnósticos y luego en posteriores desarrollos, Winnicott se da cuenta que esta técnica aporta elementos también terapéuticos ya que a través de los dibujos los niños comunican algo de sí mismos. El niño de ésta manera puede comunicar su problema de una forma que puede ser interpretada.

Esta técnica de igual forma tiene sus limitaciones, Winnicott sostiene que no siempre se puede interpretar los dibujos, a veces no se llegan a interpretar sus significaciones y el proceso comunicativo es difícil de seguir. Para evitar esto se debe realizar entrevistas con los padres quienes serán los que confirmen o no den validez a nuestra interpretación.

CAPÍTULO 2

2.1 EL NIÑO Y LA SIMBOLIZACIÓN

2.1.1. Nociones y Definiciones del Niño

Desde el punto de vista psicoanalítico, Freud define al niño como un perverso polimorfo, que dirige sus pulsiones sexuales a cualquier objeto, de una manera totalmente desorganizada ya que carece de identidad y del mismo modo carece de mecanismos represivos. Características que le hacían suponer que le hacen falta de identidad sexual como personal e incluso de inconsciente. Después de este polimorfismo no definido entraría en el período de latencia donde esas pulsiones y deseos sexuales desaparecen hasta reaparecer en la adolescencia donde estos se orientan a fines normales meramente reproductivos.

Los conceptos de infancia surgen en la modernidad, antes de ese momento los niños no eran más que un adulto que le faltaba crecer, el niño ya deja de ser tan solo eso y pasa a formar parte del desarrollo de la cultura y es tomado en cuenta dentro de esa misma definición. De esta forma el niño ya inmerso en la cultura será amado y protegido, en tanto este cumpla con las expectativas de la misma.

El concepto de infancia supone la concepción del niño como un ser diverso y autónomo que necesita protección, ésta construcción se da paralelamente al proceso de educación y culturización, los niños ya no forman un "mundo aparte" del de los adultos ya que bajo la influencia de los Medios de Comunicación, acceden a un volumen de información que antes les era negada. En este sentido las concepciones del infante ya se enmarcan dentro del mundo adulto y forman parte de él.

2.1.2. El Desarrollo y sus Características

El desarrollo humano como proceso se da por la combinación de varios factores entre los cuales podemos destacar la interacción entre la herencia y el entorno o de igual manera los procesos de enseñanza - aprendizaje. La rama de la psicología que se encarga de estudiar este tema es la Psicología Evolutiva o del Desarrollo.

“La Psicología Evolutiva es la disciplina que se ocupa de estudiar los cambios psicológicos que en una cierta relación con la edad se dan en las personas a lo largo de su desarrollo, es decir, desde su concepción hasta su muerte¹⁴”.

Estos cambios psicológicos traen consigo distintos puntos de vista, nos limitaremos a tratar el concepto de desarrollo humano, los factores que intervienen en este proceso y sus características.

El desarrollo se lo define como una combinación de factores los cuales desempeñan un papel muy importante en la configuración del ser humano tanto a nivel físico como a nivel psicológico.

“Nuestras características personales afectan a nuestro entorno, que a la vez influye en nuestras características heredadas, creándose una relación continua que produce un individuo único con intereses específicos, capacidades, limitaciones y formas diferenciadoras de responder a las situaciones. Este proceso de cambio relacionado con

¹⁴ PALACIOS, Jesús; MARCHESI, Álvaro; COLL, César; “Desarrollo Psicológico y Educación Psicología Evolutiva”; Volumen 1; Editorial Alianza; Madrid, 1992; Pág. 64.

la edad, que describe la transición desde el óvulo fecundado hasta la vejez, se conoce como desarrollo¹⁵”.

El concepto de desarrollo se refiere entonces al proceso que mantiene el ser humano desde que nace hasta que fallece, donde existe la influencia tanto del entorno que lo rodea y de las características que hereda de sus progenitores, características que van a configurar un ser individual nunca igual a otro, quien se desenvolverá de distintas maneras de acuerdo a las denominadas etapas del desarrollo. Cada una de estas etapas encierra características que son comunes dentro del proceso de desarrollo del ser humano.

El niño nace y el medio donde éste se desenvuelve interactúa continuamente desde la fertilización hasta la muerte. En este proceso de desarrollo del ser humano hay dos aspectos en estrecha interrelación. Primero, el Sujeto que corresponde a lo heredado, lo genético, lo constitucional, sus capacidades, características, etc. Y segundo, el Ambiente que corresponde a lo que le rodea, la familia, la sociedad, la educación, la cultura, etc. Es importante tener en cuenta en el desarrollo del ser humano las interacciones que se producen entre el sujeto y su ambiente. Lo que una persona es en un momento determinado de su vida, no es sólo el producto de cómo nació (herencia), sino también de lo que vivió (ambiente). De esta forma el desarrollo del niño es un proceso de cambio continuo que éste sufre a través de su ciclo de vida.

El proceso del desarrollo de igual manera mantiene ciertas características: es continuo, acumulativo, direccional, diferenciado y organizado.

El desarrollo es **continuo**, lo que significa que los cambios suceden con el paso de las horas, los días, los meses y los años. Por ejemplo una persona no es hoy un adolescente y mañana un adulto. La continuidad significa que los cambios en el desarrollo acontecen a lo largo de la vida, lo que indica que las experiencias vividas en la infancia no determinan necesariamente el resto de la vida del individuo, por el contrario, el cambio y el desarrollo y la superación pueden ocurrir en todos los momentos de la vida.

¹⁵ DURÁN, Agustín; TÉBAR, Dolores; “Manual Didáctico para Escuela para Padres”; Editorial FEPAD; Cuarta Edición; España; Pág. 95.

El desarrollo es **acumulativo**, esto implica que se produce sobre lo que había antes. Las respuestas de niños y adultos y su capacidad para aprender dependen en parte de sus experiencias previas en situaciones semejantes. Los nuevos conocimientos dependen de los anteriores, a las nuevas experiencias ayudan las anteriores.

El desarrollo es **direccional**, esto significa que avanza hacia una mayor complejidad y siempre hacia adelante. Los bebés se convierten en niños y luego en adultos. Un bebé alcanza una pelota con la mano abierta, sin ninguna coordinación. A medida que los músculos, nervios y huesos se desarrollan, el niño adquiere la velocidad y coordinación requerida para realizar actividades más complejas que requieren mayor coordinación y destreza tanto física como mental.

El desarrollo es **diferenciado**, es decir, el niño a medida que crece es capaz de aprender cada vez cosas más complejas y profundas.

El desarrollo es **organizado**, lo que supone que las habilidades adquiridas se van formando gradualmente. Los niños poco a poco van siendo capaces de organizar y controlar las diferentes tareas relacionadas con su entorno y la vida familiar.

2.1.3. El Proceso de Simbolización

La palabra “Simbolización” viene del griego “Symbolon”, que significa reunir, integrar, juntar. Para empezar a desarrollar el concepto como proceso, podríamos decir que significaría el reunir lo interno con lo externo, el sujeto con el objeto.

De esta forma, después de entender etimológicamente la palabra simbolización, definiríamos al Proceso de Simbolización como la capacidad que tiene el ser humano de reunir integrar, juntar y utilizar todo aquello que le ofrece el mundo externo (objetos, personas, palabras. etc.) y hacerlas como una representación de algo propio o suyo. Es decir estamos hablando de la capacidad de representar en lo externo una representación interna.

Tomaremos algunos desarrollos teóricos de Melanie Klein para poder definir y explicar este apartado, de igual manera para dar cuenta del origen, del por qué se da, sus etapas y principalmente para entender para qué se da el proceso de simbolización.

Este proceso según Melanie Klein en un principio se origina por los sentimientos que maneja el niño en torno al objeto primario, de esta forma los deseos, ansiedades, las primeras experiencias de satisfacción de necesidades, las primeras frustraciones de no cumplimiento de esas necesidades, las experiencias de separación, etcétera, giran en torno al cuerpo de la madre y hacia su propio cuerpo.

Para Klein, el niño dentro de su desarrollo experimenta sentimientos ambivalentes que nacen por esa sensación de igual manera ambivalente, que gira en torno a la satisfacción y la no satisfacción de necesidades. En una primera etapa de desarrollo, el niño deseará fusionarse con el objeto ideal (la madre) al sentir satisfechas sus necesidades (alimento, calor, afecto, etc.), buscando de igual manera definir cuál es su objeto de amor, Klein definirá a esta etapa como la posición “Esquizoparanoide”.

Así mismo cuando no le son satisfechas esas necesidades, sentirá o experimentará sentimientos agresivos de destrucción del objeto, lo que le ocasiona culpa y querrá huir de esos sentimientos cargados de agresividad hacia el objeto, etapa que la denomina la posición “Depresiva”. En esta etapa el niño busca superar su agresividad destructora. De esta forma estos sentimientos serán los mismos sentimientos que originan el desplazamiento al exterior de esta complejidad afectiva. El niño busca fuera un alivio de estos conflictos.

El niño logra resolver esta conflictiva a través del mecanismo de la proyección, es decir, el niño le atribuye a algunos aspectos de la realidad, un sentido propio, depositando en lo externo aspectos internos y de esta forma esa realidad ya no le será ajena, está subjetivizada y cargada de un sentido individual. Aquí es donde se junta lo interno con lo externo, como lo definimos en un principio.

Podemos decir que el niño, a través de la proyección, vendría a llenar ese vacío que se crea dentro de su ser cuando esa parte de su mundo externo desaparece, desarrollándose así los primeros pasos hacia la simbolización.

Cabe recalcar que Klein no define a este paso como una búsqueda por resolver la posición depresiva, sino más bien como el establecimiento de un tipo de alianza entre las características buenas y malas del objeto. Superando la escisión que el niño experimenta en un principio.

Así podemos apreciar dos momentos esenciales en el desarrollo del psiquismo del sujeto, es decir en la observación del paso de la posición esquizoparanoide a la posición depresiva. En un primer momento la simbolización aparece cuando a través de las primeras experiencias de insatisfacción de necesidades se toma conciencia de la distanciamiento del objeto, podríamos definirlo como la toma de conciencia del no-yo a través del mecanismo proyectivo. Y en una segunda instancia, instalada en la posición depresiva, es decir, cuando se da la renuncia a la omnipotencia y a la fusión con el objeto primario, desarrollándose así los primeros símbolos que se utilizan para sobrellevar la pérdida, así constituyéndose el proceso de simbolización.

Cabe destacar que existen muchas otras posturas teóricas desde el psicoanálisis respecto al tema y por los propios límites que se establecen en el trabajo de investigación, abordamos esta temática únicamente desde los aportes teóricos desarrollados por Melanie Klein.

Relacionándolo con el juego del niño, Klein también hace su aporte y considera que la simbolización le permite al niño transferir sobre los objetos de su entorno sus intereses, pero también sus fantasías, angustias y culpabilidades. En el espacio lúdico el niño simboliza sus fantasías y de esta forma elabora su neurosis. La comprensión del juego del niño posibilitará emprender su análisis y buscar interrupciones dentro del proceso de simbolización lo que ocasionaría una insuficiente diferenciación entre el sujeto y el objeto.

2.1.4. Conflictos en la Niñez 5 – 11 Años

2.1.4.1. Definición

Los trastornos de conducta representan uno de los cuadros más frecuentes dentro del desarrollo de los niños. Sin embargo resulta todavía dificultoso para los profesionales de la salud mental llegar a un consenso en su delimitación nosológica y diagnóstica. A todo esto hay que añadirle los problemas metodológicos derivados del abordaje de los estudios de riesgo, pronóstico y tratamiento.

Los trastornos de conducta son, según Rodríguez-Sacristán (1987) “un conjunto de comportamientos, de formas de actuación diversas, que no siempre son entidades clínicas definidas, cuyos elementos comunes son molestar a otros y romper las normas sociales aceptadas¹⁶”.

El CIE-10 define a los trastornos de conducta como “trastornos disociales”, los cuales se caracterizan por una forma persistente y reiterada de comportamiento disocial, agresivo o retardador que, en sus grados más extremos puede llegar a violaciones de las normas, mayores de las que serían aceptables para el carácter y la edad del individuo afectado y las características de la sociedad en que vive.

Ambas definiciones son, a nuestro entender las más adecuadas que se han dado del trastorno de conducta en la infancia, ya que encierran los grandes problemas diagnósticos que aparecen implícitos en el cuadro.

2.1.4.2. Síntomas

Conductas como desobediencias, rabietas, mentiras, robos, fugas de casa y escuela, agresividad etc., pueden encontrarse frecuentemente en la infancia, sin ser necesariamente dichos comportamientos encuadrables como cuadros psiquiátricos. El límite a partir del cual estas conductas pasarían del campo de la normalidad al psicopatológico estaría delimitado, principalmente, por la intensidad o severidad de

¹⁶ RODRÍGUEZ, Jaime, “Psicología del Niño y el Adolescente”, Tomo I, 1982, Pág. 785.

los síntomas, por la frecuencia de aparición y el ámbito socio-cultural en que se desarrollen.

Muchos síntomas de conducta aparecen en la infancia y no pueden catalogarse como patológicos porque: se manifiestan en unas edades donde ese comportamiento es tolerado, por ejemplo las conductas de robo en niños entre 5 y 6 años de edad. Son conductas valoradas cualitativamente como insignificantes, que disminuyen con el tiempo y no interfieren con el funcionamiento diario y su frecuencia de presentación es muy escasa.

Por lo tanto llegamos a la conclusión de que para establecer a una conducta como trastorno, se deben valorar la intensidad y frecuencia de cada síntoma analizando detalladamente los siguientes parámetros:

- De qué tipo es.
- Qué repercusión tiene para los demás.
- Con qué frecuencia se produce.
- Cómo actúan los demás ante él.
- Qué medidas toman.
- Cómo se siente el niño tras mostrarle su conducta.
- Cuánto tiempo de evolución tiene el síntoma.

El tiempo de evolución es muy importante, porque a veces, determinada sintomatología de conducta aparece durante períodos breves que son estresantes por causas diversas y en estos casos hay que hacer el diagnóstico de "trastornos de ajuste". Cuando permanecen más de 6 meses, tanto el DSM-IV como el CIE-10, ya lo consideran "trastornos de conducta".

Otra variable a valorar es determinar en qué marcos se dan las conductas: casa, escuela, amigos, etc. Así como que cantidad de personas son las afectadas. Por otra parte hay que tener en cuenta la influencia de la sociedad donde se desarrolla. Estos trastornos están fuertemente determinados por valores sociales. En una cultura un niño desobediente ante la autoridad del adulto es aplaudido por tener un espíritu independiente, en otras culturas la misma conducta es fuertemente desaprobada o hasta catalogada como diagnóstico médico.

Desde una perspectiva cultural podemos preguntarnos qué peso tiene la percepción de los que rodean al niño. Teóricamente, esta es menor cuanto más bajo sea el nivel socio-económico donde se encuentren inmersos. Si ciertas conductas antisociales son la norma donde el niño vive terminará considerándolas como no tan anormales ni tan patológicas como lo harían personas que se encuentran en otros ámbitos de distintos niveles.

En cuanto al diagnóstico y tomando en consideración la sintomatología, cuando los síntomas que aparecen son severos como crueldad hacia animales o personas, robos cuantiosos, vandalismo, etc, no existen dudas para hacer el diagnóstico.

En cambio, cuando los síntomas tienen menor severidad, y éstos pueden estar en otros cuadros psiquiátricos como el déficit atencional, trastornos depresivos, etc., quizás, en éstos casos lo que más apoyaría el diagnóstico no sería en sí la sintomatología sino cómo es vivenciada por el sujeto y en definitiva qué clase de elaboración cognitiva realiza de ello.

Además del amplio espectro sintomatológico que conforman los cuadros de trastornos, existen otros síntomas asociados que son generalmente poco valorados y no por ello menos importantes, los cuales serán descritos a continuación.

Hiperactividad

El problema consiste en que algunos niños están siempre en un continuo movimiento y acción. No confundir con niños muy activos e inquietos. El niño hiperactivo no puede mantener su atención más de unos segundos, ni permanecer quieto un momento. Este nivel tan alto de actividad no permite mantener la atención sobre un mismo punto el tiempo suficiente como para percibirlo bien, por lo que afecta seriamente a la concentración y por tanto a la capacidad de aprender, así como tampoco desarrolla la constancia necesaria para acabar los trabajos indicados.

Deficiencias Académicas

Estas se derivan en la mayoría de los casos desde el área de la lectura y desde alteraciones del lenguaje las cuales contribuyen a las dificultades académicas de los niños. Estas también pueden contribuir a su inhabilidad a expresar sentimientos y actitudes. Éstos niños son vistos por sus profesores como desinteresados en la

escuela, no entusiasmados hacia lo académico o descuidados en su trabajo. Van más atrasados en grado y nivel académico que sus compañeros de la misma edad.

Los niños con índices altos de agresividad u otras conductas antisociales son rechazados por sus semejantes y muestran pobres habilidades sociales. De igual manera estos niños suelen ser totalmente inefectivos en sus relaciones con los adultos, respetan menos su autoridad, muestran menor cortesía y actúan de forma contraria a lo que daría lugar a una interacción positiva.

Alteraciones cognitivas

Los niños que presentan esta variedad de síntomas son deficientes en resolver problemas necesarios para la interacción social, por ejemplo son más dados a interpretar gestos de los demás como hostiles y son menos aptos para resolver una situación problemática interpersonal y ponerse desde la perspectiva de los demás. Al estudiar la empatía cognitiva en estos niños que poseen características antisociales prestan más atención a estímulos nuevos que repetitivos en comparación con neuróticos, igualmente tienen más dificultades en sostener la atención, tiene menor habilidad en controlar impulsos, responder más impulsivamente que neuróticos y toleran menos las frustraciones.

La patología infantil, como sinónimo de anormalidad, abarca en lo referente a la psique del niño, una serie de trastornos de mayor o menor intensidad o gravedad, desde la enuresis, los terrores nocturnos o la anorexia, a casos mucho más serios como los distintos estados neuróticos, psicóticos. En esta sección se abordarán algunos trastornos alimenticios, del sueño, de conducta y las neurosis infantiles. Dentro de la ciencia psicológica es la Psicopatología la encargada de la investigación sistemática de estas condiciones de alteración psíquica, pero le corresponde la Psicología Clínica su prevención, diagnóstico y tratamiento.

Históricamente, los trabajos más relevantes en cuanto al tema de los trastornos del niño provienen de la escuela psicoanalítica: Melanie Klein, Spitz, Margaret Mead, entre otros. Los estudios descritos por Maud Mannoni y Françoise Dolto en Francia, pertenecientes a la escuela Lacaniana, han ampliado el desarrollo de los estudios psicoanalíticos en el campo de la psicopatología infantil.

El abordaje de los trastornos infantiles se los puede hacer a través del estudio de las funciones, es decir, los trastornos característicos de la alimentación, del sueño y de la conducta y las neurosis. Estos trastornos se abordarán como estados patológicos enfocados desde el punto de vista de la escuela psicoanalítica.

2.1.4.3. Los Trastornos de la Alimentación

Los trastornos del apetito de los niños pueden estar relacionados con un alimento en particular, es decir, son selectivos. Cuando el rechazo es global se puede definir al trastorno como un cuadro anoréxico (falta anormal de apetito). La anorexia es un cuadro grave cuando tiende la tendencia a hacerse crónico. Inversamente, hablamos de bulimia cuando hay la necesidad tumultuosa de ingerir alimentos. La voracidad y la glotonería son características de ciertos desarrollos infantiles.

La bradifagia es un trastorno que se manifiesta por la lentitud en el comer, que en realidad se la define como una anorexia selectiva, y el proceso de discriminación del alimento retarda sensiblemente su ingestión.

En los trastornos psicóticos los pacientes se niegan a ingerir alimentos porque para ellos, en la mayoría de los casos, el alimento tiene características de veneno.

Los trastornos del gusto, en los que el niño siente un gusto particular a todos los alimentos o una carencia total de gusto. En otros casos ingieren cosas que no son consideradas alimenticias, situación denominada perversión del gusto. Entre ellas hallamos a niños que ingieren cal de las paredes y que, en un extremo psicótico intenso, puede transformarse en ingestión de materia fecal o coprofagia.

La masticación puede aparecer perturbada cuando se exagera y entonces la necesidad de trituración de los alimentos evidencia en el niño fantasías agresivas o sádicas. Este trastorno puede ligarse al rechinar nocturno de los dientes o bruxismo. La masticación inhibida está vinculada a la culpa que el niño siente ante sus fantasías sádicas o canibalísticas.

La función de la deglución presenta perturbaciones tipificadas en los espasmos de la faringe, por ejemplo la aerofagia, el hipo, los eructos y la rumiación.

2.1.4.4. Las Perturbaciones del Sueño

Un niño que padece insomnio sufre una situación de tensión en la cual no se trata de que no pueda dormir, sino que no quiere hacerlo, para evitar enfrentarse durante el sueño con determinadas situaciones psicológicas básicas. Frente al peligro que significa el dormir, el niño se defiende por medio de rituales que lo mantienen despierto, apartándole de este modo de la ansiedad que le causaría el dormir.

Una perturbación que también suele producirse durante el sueño es la enuresis, incontinencia de los esfínteres la cual se presenta preferentemente en las noches.

La somniloquia, hablar durante el sueño, y el sonambulismo, son de igual forma trastornos del sueño.

Los terrores nocturnos son complicaciones más graves, en las cuales el niño se agita, suda y lucha contra enemigos y perseguidores sin poder despertar. El mecanismo del despertar fracasa y el niño queda atrapado por una gran tensión interior.

Las pesadillas incluyen sueños desagradables para el niño en las cuales puede despertar proyectando en el ambiente algunas vivencias del sueño que determinan su gran ansiedad.

Algunos de estos trastornos expuestos pueden ser indicadores de perturbaciones en el niño y deben ser tomados muy en cuenta dentro de la elaboración de la valoración psicológica.

2.1.4.5. Los Problemas de Conducta

Existen una serie de conductas desviadas en los niños que por su tipología es inmediatamente detectada y difundida por la sociedad, en la escuela o en el núcleo familiar. Estas desviaciones, sin embargo, pueden ser transitorias en cuyo caso no cabría hablar de trastorno de la personalidad, a menos que fuera un síntoma entre otras conductas patológicas del niño. Nos referimos al hurto, la mentira y la crueldad con los animales, trastornos que según la edad y el tipo de personalidad del niño son diferentes en cuanto a su significación.

Hurto.

Es muy claro para cualquier adulto que los niños manifiestan un acentuado sentido de propiedad, insistiendo constantemente en que “esto es mío”. Cuando un niño se halla frente a un juguete o frente a un objeto que llama su atención desea poseerlo con independencia de que dicho objeto “sea del otro”. Esta conducta que es normal irá modificándose y desapareciendo en la medida que el niño incorpore los preceptos morales que le son inculcados por la familia y la sociedad a la que pertenece.

Existen muchas razones por las cuales el niño de edades que oscilan entre los cinco y diez años cometa algún robo, entre las cuales pueden destacarse principalmente las carencias de afecto parental, o la sobreestimación de los padres al valor de las cosas. Además si se manifiesta el signo de no poseer un sentimiento de culpa podemos hablar de que la conducta puede transformarse en un problema más complejo y que debe ser abordado por el profesional de la salud mental.

La Mentira.

Desde el punto de vista psicoanalítico podemos referirnos a la mentira del niño como una forma o recurso de éste por hacer prevalecer sus deseos por encima del principio de realidad, que en ciertas etapas del desarrollo puede ser normal, pero en estadios del desarrollo en donde el principio de realidad está más instaurado, debemos sospechar sobre la presencia de un trastorno de conducta.

“La mentira fantástica”, concepto desarrollado por Ana Freud, aparece como resultado de una frustración frente a una realidad que el niño la vive como conflictiva, pero hablamos de casos más extremos cuando el niño cree y tiene la convicción de que sus elaboraciones fantásticas son la realidad, es incapaz de reconocer aquello que no es cierto, entrando o bordeando el campo de la psicosis. En este sentido, es importante determinar la diferencia. La mentira delictiva, concepto de igual forma desarrollado por Ana Freud, es cualitativamente distinta ya que evidencia una finalidad consciente en la falsificación de la realidad y la denomina delictiva porque con ella el niño pretende escapar o huir del castigo u obtener algún beneficio con ello. Para Freud la mentira es siempre la manifestación de un deseo.

La Crueldad con los Animales.

Al observar las relaciones de los niños pequeños con los animales puede sorprender al observador por su carácter despiadado y brutal, sin embargo para el niño ese cachorro o gatito no es diferente de cualquier otro juguete con los que juega y al que generalmente termina por romper o desarmar. La noción de una conducta desadaptada es relativa ya que esta conducta se la puede comparar por ejemplo con el juego que mantiene el niño cuando juega con un oso de peluche al cual destroza cuando está enojado o pretende estarlo. Cuando el animal adopta una reacción defensiva, el niño se enfrenta con la realidad de su relación y aprende por el camino del dolor que puede provocarle la reacción del animal.

A medida que el niño crece comienza a experimentar sentimientos de amor y protección su animal preferido o mascota y proyecta en él su necesidad de afecto. Es cierto que en condiciones extremas el niño puede matar al animal en el que ha depositado su cariño y esto es un indicador de su conducta destructiva, lo cual puede interpretarse como el matar los sentimientos que había proyectado en el animal.

Existe de igual manera una diferencia entre el niño de una edad comprendida entre los siete y doce años cuando actúa en grupo y lo hace solo. Es común que los niños en grupo manifiesten una conducta agresiva con algún animal, por ejemplo lanzar piedras a perros o gatos, decapiten insectos o destruyan nidos. Esta conducta ocasional no tienen el mismo significado que el que adquiere el mismo hecho practicado por el niño en solitario, conducta que llega a ser o mantener rasgos de un trastorno de conducta cuando esta sea repetitiva o en el niño no se manifiesten sentimientos de culpa o arrepentimiento. Estos comportamientos pueden provenir o desarrollarse porque el niño haya recibido de sus padres o cuidadores algún tipo de maltrato, el cual puede ser repetitivo y de esta manera descarga su agresión en los actos de crueldad.

Repetimos que todas estas conductas explícitas que terminamos de describir, los malos tratos a los animales, la mentira y el hurto varían su contenido significativo según la edad, personalidad, las repeticiones de las conductas en cuanto a tiempo en manifestarse e intensidad y el modo en el cual actúe el niño (en solitario o en grupo). En el caso de persistencia de dichas conductas nos dan la pauta de la posible existencia de un trastorno de conducta.

2.1.4.6. Las Neurosis Infantiles

Las neurosis, cuya definición y conceptualización se ha ido desarrollando dentro del cuadro de la psiquiatría clásica, eran consideradas como enfermedades del sistema nervioso sin lesión aparente, como desórdenes funcionales, o eran descritas como manifestaciones psicósomáticas, trastornos histéricos o enfermedades directamente neurológicas como el mal del Parkinson o la Epilepsia.

A partir de los trabajos de P. Janet, se distinguen de las afecciones orgánicas y aparece la noción de psiconeurosis.

En la actualidad, los psicoanalistas distinguen tres tipos de perturbaciones mentales, las psicósomáticas, las neurosis y las psicosis, en este trabajo describiremos las dos primeras.

Las neurosis infantiles, que durante mucho tiempo fueron reconocidas solo a través del análisis retrospectivo de las neurosis del adulto, presentan particularidades propias muchas veces diferentes y sólo pueden ser comprendidas dentro del cuadro de la dinámica evolutiva del niño en cuanto a su desarrollo.

Sigmund Freud reconoció en las neurosis infantiles factores hereditarios y factores del acontecer psíquico que, lejos de excluirse, colaboran con mayor o menor eficacia en la obtención de un mismo fin, es decir, la estructuración del malestar psíquico. Freud aborda este tema para desarrollar su teoría en cuanto al posible desarrollo u origen de las neurosis en el adulto. Su doctrina busca sustentar que la existencia de las neurosis poseen un potencial innato, a diferencia de otras teorías que ponen énfasis en la estructuración de las mismas, como una interrelación entre el organismo y el medio. Por ejemplo la teoría de del aprendizaje de H. J. Eysenck, quien afirma que los síntomas neuróticos son modelos aprendidos de conducta, los que por una u otra razón resultan inadaptados, es decir, desde esta perspectiva afirma que la neurosis se fundamenta en una serie de conductas u hábitos adquiridos, mas no en motivaciones inconscientes.

La neurosis infantiles al igual que otros trastornos de conducta, deben ser concebidas como la manifestación de una serie de signos y síntomas que causan en el niño un

malestar, los cuales frenan el desarrollo normal, la capacidad de manifestar afecto, y la capacidad de manejar de manera adecuada el principio de realidad.

El síntoma parece sugerir de esta forma un conflicto que puede resultar pasajero y modificable, como una defensa necesaria, como una manifestación que llama al diálogo, o como un sufrimiento mal esclarecido que busca resolverse.

A partir de Ana Freud el campo de la neurosis infantil se la aborda más formalmente y esta sostiene que estas deben ser tratadas desde una serie de criterios tales como el progreso de la libido, la detención o regresión de esta evolución, considerando que con el tiempo los síntomas pueden perder importancia y la libido, liberada de sus limitaciones, reemprender su curso normal y progresivo.

A continuación hablaremos de algunos de los trastornos neuróticos más comunes de los niños como son los trastornos de ansiedad, las fobias y los trastornos obsesivos.

2.1.4.6.1. La Ansiedad Infantil

Otto Rank sitúa el origen de la ansiedad en el nacimiento y Freud acepta que esta angustia inicial se conecta con todas las situaciones de angustia posteriores. La angustia en el niño se manifiesta cuando sus necesidades no le son satisfechas.

Existen algunas formas particulares de angustia, como la angustia episódica, la angustia aguda y la angustia crónica.

Angustia Episódica

Se trata de una crisis de ansiedad que es de duración variable que se producen durante el curso de ciertos episodios médico-quirúrgicos, y fundamentalmente, en algunas afecciones febriles. Desaparece al terminar la intervención o al desaparecer el episodio febril. Su persistencia dependerá del medio externo en el cual se desenvuelve el niño y del tipo de personalidad.

Angustia Aguda

Son crisis frecuentes en el niño y pueden aparecer varias veces en el día, presentándose como manifestaciones de pánico intenso en el que el niño se muestra aterrorizado, tembloroso y se queja de varios trastornos, respiratorios, abdominales, etcétera. Se pueden interpretar como indicadores de cuadros de inseguridad y agresividad los cuales son expresados por niños que viven en un ambiente de tensión y son educados de una manera rígida y demasiado estricta, lo cual no deja espacio para la expresividad y espontaneidad del niño.

Algunos autores afirman que la crisis de ansiedad aguda es señal de una queja más o menos consciente que manifiesta el niño ante el abandono de los padres, la pérdida de afecto o el amor paterno, o de un peligro corporal como el miedo a la muerte o a una mutilación. Es decir, el niño manifiesta estas crisis cuando siente algún nivel de privación que obstaculiza la satisfacción de alguna necesidad instintiva.

Angustia Crónica

Los niños que permanecen en un estado de inquietud y de temor constante, con una marcada fragilidad manifiesta ante cualquier peligro exterior o interior, son niños que siempre expectantes, susceptibles a sobresaltos y a variadas manifestaciones somáticas como insomnio, trastornos digestivos, respiratorios, entre otros. Estos períodos de ansiedad pueden presentarse como respuestas a períodos críticos del desarrollo del niño, preferentemente en la fase de transición entre la infancia y la fase puberal. Psicoanalíticamente se puede interpretar este trastorno como un reflejo de las angustias de la madre, constituyéndose como una angustia dialógica entre los dos y en casos extremos como una organización simbiótica del humor.

2.1.4.6.2. La Neurosis Fóbica

Las fobias son una de las manifestaciones neuróticas más comunes en la infancia. En el niño las fobias son tan frecuentes que Freud las describió como “la neurosis normal de la infancia”.

A medida que el niño va descubriendo el mundo exterior, este trae consigo incertidumbre, satisfacciones y amenazas. Las vivencias de peligro resultan esenciales para la aprehensión de la realidad. El temor a un posible peligro constituye parte de la previsión necesaria dentro del desarrollo del niño que durante una etapa del mismo vive en un ambiente mágico y fantástico.

El niño que manifiesta una fobia, muchas veces hace lo posible por evitar a través de todos los medios posibles y que están a su alcance al objeto o situación fóbica la cual le causa perturbación, ya que su sola presencia le desencadena un ataque de angustia.

Al lograr evitar al objeto fóbico, la angustia es contenida y el niño se ve limitado de esta forma en su campo de acción, tanto externo como interno ya que de igual forma limita parte de su esfera representacional.

Las fobias infantiles pueden limitar seriamente la vida cotidiana del niño, en este sentido el comportamiento del niño fóbico cuando se enfrenta al objeto de su fobia, puede manifestar reacciones de miedo utilizando mecanismos de evitación o utilizar asimismo mecanismo de destrucción o aniquilación del objeto. Cuando no lo consigue de esta manera, huye de él presa del pánico, lo que aumenta su angustia y su fijación fobógena. Algunas veces el niño se decide a enfrentarse con el objeto fóbico a expensas de una tremenda angustia y de un eventual sentimiento de debilidad y por ello muchas veces es común que busque un objeto que contenga su angustia, pero sin embargo una vez hallado corre el riesgo de crear una relación de dependencia con dicho objeto considerándole indispensable para enfrentar la situación.

Existen niños que ocultan su fobia devaluando los objetos que consideran peligrosos o le restan importancia a las situaciones que le pueden resultar amenazadoras, así puede manifestar que no les tiene miedo, por ejemplo pueden decir: “no le tengo miedo a nada, los fantasmas no existen, no le tengo miedo a la oscuridad”, de esta forma ocultan su temor o su fobia.

De igual manera hay síndromes como el comportamiento de fracaso o inhibición escolar, la hiperactividad diurna, etcétera, que ocultan fobias profundas.

En cuanto a esto Freud define que la fobia se debe a la represión de pulsiones libidinales, después de prohibiciones de los padres, lo que provoca angustia que se

fija sobre un objeto fobógeno. En este sentido la interpretación de Freud en el caso del pequeño Hans, un niño fue llevado por el padre a su consulta por una fobia a los caballos, interpretó que Hans no sufría una angustia indeterminada provocada por los caballos, sino más bien el temor de ser mordido por los caballos. El caballo en este caso es el sustituto paterno, y el contenido de la angustia, es decir, ser mordido es el temor de ser castrado por el padre.

El desplazamiento realizado por el niño, del temor a la castración al miedo a ser mordido, le permiten al niño quitar al padre de su conflicto, ya que es un objeto amado y a la vez depositando la fobia en los caballos, resuelve el temor evitando los caballos y de igual forma elimina la culpa que le puede suscitar el hecho del rechazo al padre.

De su experiencia Freud concluye, *“Los contenidos de la angustia (ser mordido por caballos) son las desfiguraciones del miedo a ser castrado por el padre. Es este contenido el que se reprime. La angustia es la causa de la represión y no a la inversa¹⁷”*.

2.1.4.6.3. Las Obsesiones en el Niño

Durante mucho tiempo se ha considerado que las manifestaciones obsesivo-compulsivas no afectaban al niño sino que aparecían a partir de la pubertad. Hoy se acepta que este trastorno puede aparecer entre los seis y los diez años.

“La neurosis obsesiva se define por el carácter forzado (compulsivo) de los sentimientos, de las ideas o de las conductas, que se imponen al sujeto y que le llevan a una lucha inextinguible sin que, no obstante, él mismo deje de considerar irrisorio su comportamiento¹⁸”.

Las conductas clásicas de las obsesiones son por lo tanto, incoherentes, automáticas, incontrolables, de lucha e inconsciencia de la enfermedad. Estas conductas se caracterizan por obsesiones por ejemplo de limpieza, de culpabilidad, de verificación, referidos a alguna idea, representación que se transforma en

¹⁷TORRESCANA, José María, “Psicología y Comportamiento Infantil”, Editorial Nauta S.A., 1993, Barcelona-España, Pág. 108.

¹⁸ Ídem.

preocupación exclusiva, por los medios de defensa del sujeto contra su propia obsesión y que, a su vez, se convierten en obsesivos y que estrategias de las cuales se vale el obsesivo para luchar contra su obsesión, y también por un tipo de perturbaciones ideacionales y afectivas como la duda repetitiva, la abulia, perplejidad o el sentimiento de irrealidad, que constituyen muchas en somatizaciones.

La escuela psicoanalítica ha evidenciado en este tipo de neurosis que son regresiones al estadio sádico anal, excesivos mecanismos defensivos del Yo contra las pulsiones instintivas y las demandas inconscientes del Súper Yo.

Los síntomas pueden agruparse en:

- a) Pensamientos compulsivos en los cuales el sujeto se ve invadido por ideas obsesivas que se le imponen y que no puede controlar.
- b) Actividad compulsiva que se refleja en tendencias a actos agresivos, impulsivos, particularmente temidos o indeseados.
- c) Ritos de pensamiento, según los cuales el sujeto se siente obligado a realizar actos repetitivos de carácter simbólico para controlar su ansiedad.

El conjunto de éstos síntomas limita al sujeto, quien queda atrapado por sus propias defensas y recibe el nombre clásico de obsesión.

CAPÍTULO 3

3.1. EL NIÑO EN LA CONSULTA DEL HOSPITAL

3.1.1. Caracterización de los Niños que Asisten a Terapia

Los niños que asisten a terapia en el Hospital de la Policía son niños comprendidos entre las edades de 5 a 11 años, quienes tienen problemas conductuales. En cuanto al nivel económico, la población de niños comprende los niveles socioeconómicos medio y medio-bajo. Los niños son hijos de Policías generalmente de rangos medios y bajos quienes son los que remiten a los niños a la consulta del departamento de salud mental del hospital. Los niños que conformaron la muestra fueron 5, casos que serán descritos y analizados según el enfoque terapéutico escogido para realizar la investigación, es decir la terapia de juego.

3.1.2. Tipo de Atención y Enfoque Recibido por los Niños en el Hospital de La Policía.

El Hospital Quito Nro. 1 de la Policía Nacional posee un departamento de Salud Mental el cual tiene un consultorio que está dirigido por profesionales especializados en distintas ramas, un Psicólogo Clínico, un Psicólogo Infantil, un Psicorehabilitador y un profesional Neuropsicólogo.

El rol del Psicólogo Clínico es el de pasar visita por los diferentes pisos y áreas de las distintas especialidades que posee el hospital, brindando terapia psicológica a los pacientes que son remitidos por los distintos médicos tratantes, quienes hacen

interconsultas pidiendo su atención, de igual manera brinda atención en el departamento de salud mental.

El Psicólogo Infantil se encarga de atender las áreas de pediatría y las consultas que se dan en las tardes a los niños que comprenden edades que van desde los 5 años hasta aproximadamente los 12 años.

El profesional Neuropsicólogo conjuntamente con el Psicorehabilitador se encargan de atender a los pacientes Policías que han sufrido Traumatismos Cráneo Encefálicos.

El departamento de Salud Mental de igual forma recibe cada año a alumnos practicantes de la Facultad de Psicología de la Universidad Central del Ecuador que están cursando su último año en las distintas especializaciones antes mencionadas, así también el departamento recibe ocasionalmente alumnos de otras universidades quienes al igual que los alumnos de la Universidad Central están cursando su último año en la facultad de psicología.

La orientación Psicoterapéutica que reciben los pacientes internados y los pacientes que toman citas con el departamento de salud mental del hospital, en el cual también existen niños, es desde el enfoque Cognitivo Conductual.

Enfocándonos con el tema que nos compete, los niños, estos desde esta perspectiva teórica son atendidos por internos supervisados por los distintos profesionales. Los internos Psicólogos Infantiles y Psicorehabilitadores atienden las consultas con niños quienes son hijos de miembros en servicio activo de la Policía Nacional. La atención se la realiza en el horario de la tarde de Lunes a Viernes.

Es en ese espacio donde se realizó el trabajo, proponiendo un nuevo enfoque psicoterapéutico más profundo, como es la terapia de juego desarrollada por Winnicott, quien propone que a través del juego el niño comunica su problema, y se dice jugando, esto a su vez lo lleva al terapeuta a descubrir dónde está la falla o el problema a resolver y además integra la historia y el devenir del niño como parte importante dentro de la construcción terapéutica. *“El campo de la psiquiatría infantil*

estudia al niño como un todo, así como su pasado y su potencial para la salud mental y la riqueza para la personalidad adulta¹⁹”.

Es decir, el juego tiene un potencial inmenso de comunicación para el niño y pone en juego su subjetividad, y da cuenta de su desarrollo simbólico.

Winnicott manifiesta que durante el tiempo que dure el juego, el cual es único e irrepetible, se podrá evidenciar, de igual manera si el niño juega en presencia de su verdadero Self o en presencia de un falso Self, en un momento de máxima confianza.

En el encuentro terapéutico, el niño, a través de las significaciones que van surgiendo en el juego, va proporcionando al analista las aproximaciones diagnósticas y terapéuticas en sí mismo. En palabras de Winnicott:

...Es axiomático que si se proporciona un encuadre profesional correcto, el paciente, o sea el niño (o el adulto) que sufre la desazón, traerá su desazón a la entrevista de un modo u otro. La motivación tiene determinantes muy profundos... Cualquiera cosa puede suceder, lo importante es lo que sucede²⁰.

La terapia de juego, es un abordaje estructurado, basado en la teoría, que se construye sobre los procesos comunicativos y de aprendizaje de los niños. Los juegos del niño nos sirven para ayudarlos a expresar lo que les incomoda, cuando no poseen el lenguaje verbal para expresar sus pensamientos y sentimientos. En la terapia de juego, podríamos decir que para el niño los juguetes son sus palabras, y el juego su lenguaje.

3.1.3. Principales Problemas que Presentan los Niños que asisten a Terapia

Los problemas más comunes que se abordan son los trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastornos del vínculo, fobias, trastornos del sueño, episodios de enuresis y en algunos casos maltrato o abandono por parte de los cuidadores primarios. Estas problemáticas se ven reflejadas en conductas desadaptativas tanto a

¹⁹ WINNICOTT, Donald, Obras completas; www.psicolibro.com; Formulación teórica del campo de la psiquiatría infantil (1958), Página 904, fecha: 10 de septiembre de 2008.

²⁰ WINNICOTT, Donald; Obras completas; www.psicolibro.com; El valor de la Consulta Terapéutica; Página 478; fecha: 10 de septiembre de 2008.

nivel escolar como a nivel familiar, en la mayoría de los casos por la rigidez en la educación que reciben los niños.

MARCO METODOLÓGICO

La metodología utilizada en este trabajo se basó principalmente desde el enfoque cualitativo, ya que la población escogida es pequeña y se requiere de una investigación de campo cuyos resultados no son generalizables y son específicos.

De igual forma la investigación será bibliográfica para englobar y abarcar un estudio descriptivo para luego de la contextualización, de acuerdo a los objetivos que se quieren alcanzar, emprender un estudio aplicado.

Así los resultados que se quisieron obtener están orientados a facilitar los procesos de simbolización, buscando a través de la terapia de juego el posibilitar los mismos de una manera rápida y efectiva dentro de la consulta terapéutica, buscando de igual forma resolver las problemáticas que se abordan en la institución desde un enfoque psicoanalítico que sea efectivo y que responda a las demandas y las limitaciones que exige el ambiente hospitalario en cuanto a la imposibilidad de mantener un encuadre terapéutico adecuado. De igual manera se busca integrar este enfoque terapéutico para de esta forma formular la posibilidad de introducir a los pacientes a terapias más profundas.

CAPÍTULO 4

4.1 ANÁLISIS DE CASOS

A continuación se expondrán casos clínicos que fueron abordados desde la terapia de juego en el Hospital de la Policía Quito Nro. 1, los cuales constituyen la muestra de investigación. Cabe recalcar que por privacidad se omiten los nombres de los niños. La información y el abordaje terapéutico de los casos que aquí se exponen fueron recogidos durante los períodos de prácticas pre-profesionales en el Noveno y Décimo semestre (septiembre 2009 a Julio 2010).

Los niños que conforman la muestra son pacientes comprendidos entre las edades de 5 a 11 años, quienes tienen problemas conductuales. En cuanto al nivel económico, la población de niños comprende los niveles socioeconómicos medio y medio-bajo. Los niños son hijos de Policías generalmente de rangos medios y bajos quienes son los que remiten a los niños a la consulta del departamento de salud mental del hospital. Los niños que conformaron la muestra fueron 5, casos que serán descritos y analizados según el enfoque terapéutico escogido para realizar la investigación, es decir la terapia de juego.

El Hospital de la Policía brinda a los familiares de los miembros de la institución policial un máximo de 10 sesiones las cuales se las realiza una vez por semanas de

forma gratuita, a partir de la onceava sesión tienen un costo, lo cual limita muchas veces que los pacientes acudan de manera más regular y que estas se lleven a cabo hasta su culminación.

Los niños que conforman los casos de la muestra manifiestan trastornos conductuales tales como agresividad, trastornos de adaptación escolar, problemas relacionales, conductas regresivas y ansiedad.

La terapia de juego se realizó en un consultorio facilitado por la institución y los materiales que se utilizaron fueron los siguientes:

- Crayones
- Hojas en blanco
- Muñecos de animales
- Caja de arena
- Plastilinas
- Títeres
- Legos
- Carros
- Rompecabezas
- Revistas para recortar
- Pelotas

4.1.1. CASO 1

Historia Clínica Psicológica

I. Datos de Identificación.

Lugar y Fecha de Nacimiento: Quito 27 de Marzo de 2003.

Edad: 6 años

Sexo: Masculino

Escolaridad: Segundo de Básica

Profesión Padre: Policía

Profesión Madre: Profesora

Edad Padre: 33 años

Edad Madre: 29 años

Fuente de Información: Madre

II. Motivo de Consulta.

Madre refiere que el niño es muy agresivo en la escuela, golpea a los compañeros y no obedece las órdenes de la profesora. El niño es constantemente llamado la atención en la escuela por su comportamiento agresivo y por su conducta desafiante tanto por la profesora como por los padres de familia de sus compañeros.

III. Historia de la Enfermedad.

Enfermedad Actual.

La conducta del niño con sus compañeros en la escuela es muy agresiva y los golpea muchas veces sin motivo, en el aula el niño no tiene problemas de rendimiento, ya lee y escribe, pero muchas veces no obedece las órdenes de la profesora y mantiene con ella una conducta desafiante. Cuando ingresa al segundo de básica el niño desarrolla esta conducta agresiva. De igual manera manifiesta rasgos de

hiperactividad y la madre refiere que hace dos meses se le realizó una evaluación neurológica en donde se le diagnosticó TDAH y se le receta Ritalín. El niño disminuye su agresividad en las primeras horas de la mañana pero sigue igual en las últimas horas, incluso aumenta su conducta desafiante y agresiva. El niño se frota constantemente el pene, revolcándose en el suelo o frotándose contra objetos que se encuentran cerca como sillas, paredes, puertas, etc.

IV. Psicoanamnesis Normal y Patológica.

Etapa Prenatal.

No tuvo ninguna complicación durante el embarazo.

Etapa Natal.

Nace a los 9 meses de gestación, parto sin complicaciones, a término, vaginal.

Infancia.

De dos a tres años presenta cuadros de enuresis nocturna, no sabe la causa, se descarta daño neurológico porque estos desaparecen. A los 4 años aproximadamente manifiesta terrores nocturnos y miedo a la oscuridad los cuales continúan hasta la actualidad. A esta misma edad le da varicela la cual se controla sin ninguna complicación con el tratamiento médico recibido. A los 5 años ingresa a la escuela a primero de básica y al terminar ese año escolar le cambian de escuela y de igual forma cambia de lugar de residencia. Según sus padres el niño tiene problemas en sus genitales ya que la cabeza de su pene es muy grande lo cual le provoca molestias lo que le hace que se lo frote constantemente, el médico sugirió a sus padres que se le haga la circuncisión pero sus padres no la han realizado. Esta conducta se vuelve más intensa cuando es castigado por sus padres o en la escuela y especialmente cuando el niño experimenta situaciones estresantes.

IV. Psicoanamnesis Normal y Patológica Familiar.

Pertenece a un estrato económico medio; proviene de parte paterna a un grupo familiar de origen quiteño y de parte materna de origen Ibarreño. Ningún familiar tanto del lado materno como paterno ha tenido ningún tipo de patología o trastorno grave, tanto biológicos como mental.

La madre perdió un hijo de vientre a los 4 meses de gestación lo cual produjo una crisis de duelo familiar muy profunda. De igual manera hace un año el abuelo paterno fallece.

El niño es hijo único, no tiene hermanos. El padre es Policía Nacional con el grado de Cabo Primero, trabaja en la ciudad de Manabí y sale franco cada mes durante 15 días. La madre es profesora en una escuela de Quito en horario vespertino por lo que el niño es cuidado por la abuela paterna. La relación que mantiene el niño con su abuela es buena.

V. Pruebas Psicológicas.

Test HTP. (Anexo 1)

VI. Resultados de Pruebas Psicológicas.

El niño se mostró al principio colaborador, al final de la prueba denota poca capacidad de concentración. En el interrogatorio posterior se mostró muy expresivo, describiendo con mucho detalle sus dibujos. Existió un tiempo de treinta segundos de latencia antes de dibujar la casa lo que sugeriría que ahí es donde podría existir un conflicto. La proporción en general en todos los dibujos son excesivamente grandes lo que indica que el ambiente en el cual el niño se desenvuelve es restrictivo, lo que posiblemente agrava su desadaptación al medio y de igual forma la agresividad que tiene el niño podría ser un mecanismo de defensa. La simetría de los dibujos de igual forma manifiesta bastante rigidez. La ubicación en la parte central en todos los dibujos denotan rigidez. En el dibujo del árbol este es dibujado en el borde inferior lo que denota concreción, inseguridad e inadecuación y necesidad de apoyo. Los detalles en el dibujo de la casa y el árbol manifiestan compulsividad y ansiedad. En el dibujo del árbol existen demasiadas ramas lo que implicaría compensación y manía, de igual manera se aprecia un árbol con una rama hecha tronco con características fálicas, si bien es cierto es normal en niños de esta edad, por otro lado este detalle revelaría un conflicto en cuando a su conducta de frotamiento que se ha mantenido desde los 5 años de edad, conducta que aumenta en intensidad cuando el niño experimenta la censura del medio externo lo que significaría que esto lo hace como un medio de buscar eliminar su ansiedad. En el árbol el niño dibuja junto a este dos flores lo cual nos hacía pensar en personas significativas en su vida el niño ser su

abuelo, información que se verifica con la madre quien manifiesta que su abuelo había fallecido hace aproximadamente un año, de igual manera en el interrogatorio posterior habla del hermanito que murió en la panza de la mamá. En el interrogatorio de la casa cuando se le preguntó quienes vivían en ella, el niño contestó que “él, sus padres y su hermano que murió en la panza de su mamá”. El niño presenta un problema de inadaptación bastante marcado por el ambiente restrictivo y rígido en su medio externo, tanto en la casa como en la escuela. Denota una ansiedad marcada la cual busca ser tramitada a través de su conducta de frotamiento constante del pene.

VIII. Análisis de las sesiones de Terapia de Juego.

Las primeras sesiones fueron realizadas para establecer criterios diagnósticos en las cuales surgió mucho material, este siempre fue verificado con la entrevista a la madre. En la cuarta sesión el niño se manifestó más abierto y deseoso de jugar, en esta sesión el niño proyecta la necesidad de entender la muerte de su hermano, esto se vio cuando el niño introduce muñecos de animales en una casa, cabe recalcar que él vive solo con sus padres pero el introduce 4 muñecos y al preguntarle quien era el cuarto miembro manifiesta directamente que es su hermano que ha muerto en la panza de su madre, información que fue verificada con su madre. En la quinta sesión el niño se muestra más libre y a partir de esta, el juego se vuelve más elaborado ya que en las primeras sesiones el estilo de juego no era muy espontáneo y casi no tenía elementos interpretables. En la sexta sesión el niño coloca una fila de muñecos al filo de la pared, se aleja de ella y de una manera brusca los tumba con un carro, repitiendo la acción una y otra vez manifestando en voz alta “todos murieron” o “los maté”. Analizando esta situación se puede interpretar el deseo de introducirse y tomar una postura en cuanto al tema de la muerte, el niño busca entenderla. En la séptima sesión se aborda directamente esta temática y se hizo que el niño verbalice sobre el tema de la muerte mientras este dibujaba libremente, se le preguntó sobre su hermano mientras lo hacía y respondía libremente, se le hizo preguntas sobre dónde está su hermano, qué le había pasado, y el niño respondía que no sabía, denotando mucha ansiedad y finalmente respondiendo que debe estar con su abuelito. El niño mantenía una relación muy cercana con su abuelo quien lo iba a dejar y recoger de la escuela. El niño termina hablando de su abuelo, relatando su cercana relación y algunos recuerdos que de él mantenía. El niño al final de la sesión tras haberle

explicado cómo se da la muerte en los seres humanos, toma dos muñecos y los entierra en la caja de arena diciendo “se fueron al cielo”.

A partir de esta sesión la madre manifiesta que el niño reduce su comportamiento agresivo en la escuela pero no reduce su conducta de frotamiento del pene. Se le sugiere a la madre que lo haga valorar con un especialista a fin de descartar un problema orgánico.

4.1.2. CASO 2

Ficha Clínica Psicológica

I. Datos de Identificación.

Lugar y Fecha de Nacimiento: Quito 05 de Abril de 2001.

Edad: 8 años

Sexo: Masculino

Escolaridad: Cuarto de Básica

Profesión Padre: Comerciante

Profesión Madre: Policía

Edad Padre: 45 años

Edad Madre: 31 años

Fuente de Información: Padre

II. Motivo de Consulta.

Padre refiere que el niño no se relaciona con niños de su edad, ni con los compañeros de su escuela. De igual forma no quiere ir a la escuela y su rendimiento escolar ha bajado. En la casa el niño es irritable y no obedece a sus padres. Además de ser irritable el niño tiene tendencia a llorar en exceso cuando es castigado y en otras ocasiones cuando no hay una causa aparente.

III. Historia de la Enfermedad.

Enfermedad Actual.

El niño manifiesta una conducta individualista tanto en la casa como en la escuela. En la escuela el niño no le gusta trabajar en grupo y busca realizar las tareas solo. No comparte con sus compañeros en la escuela y se mantiene aislado de ellos. En la casa el niño es irritable, no le gusta salir y no obedece a sus padres, especialmente a la madre.

Esta conducta se viene manifestando desde hace aproximadamente un año. El padre manifiesta que antes el niño no era así y si bien es cierto era tímido no tenía este tipo de conducta.

IV. Psicoanamnesis Normal y Patológica.

Etapa Prenatal.

No tuvo ninguna complicación durante el embarazo.

Etapa Natal.

Nace a los 9 meses de gestación, parto sin complicaciones, a término, vaginal.

Infancia.

Entra a la guardería a los 3 años, período en el cual manifestaba mucha ansiedad y padecía de repetidas enfermedades estomacales las cuales no tenían un origen fisiológico. Presentaba mucha resistencia de ir a la guardería. A los 4 años de edad manifestó una conducta más adaptada al medio pre-escolar. A esta misma edad manifestaba problemas de sueño y se niega a dormir solo, despertándose en la noche llorando.

Desde aproximadamente los 7 años de edad comienzan los problemas de irritabilidad y de desadaptación al ambiente escolar, conducta que ha ido aumentando hasta la edad actual. El niño pasa la mayoría del tiempo con su padre ya que la madre trabaja y llega tarde a casa.

IV. Psicoanamnesis Normal y Patológica Familiar.

Pertenece a un estrato económico medio; proviene de parte paterna y materna a un grupo familiar de origen quiteño. Ningún familiar tanto del lado materno como paterno ha tenido ningún tipo de patología o trastorno grave, tanto biológicos como mental.

El niño es el mayor, tiene un hermano menor de 1 año de edad. El padre es Comerciante. La madre es Policía de tránsito de Quito. El padre es quien cuida al niño en las tardes y es quien de igual forma le va a ver a la escuela y le ayuda en las

tareas escolares. El padre manifiesta que últimamente ha tenido muchos problemas en la relación con su esposa lo que ha ocasionado constantes discusiones y peleas.

V. Pruebas Psicológicas.

Test HTP. (Anexo 2)

VI. Resultados de Pruebas Psicológicas.

Cada dibujo es de proporciones grandes lo que denota un ambiente restrictivo, tensión, compensación a excepción del árbol lo que define inseguridad, descontento y aislamiento. El dibujo de la persona denota rigidez y oposición (rotación del dibujo), inadecuación, de igual forma las manos grandes y en forma aguantada denotan agresión reprimida. El dibujo del árbol se ubica en la parte inferior derecha lo que sugiere inseguridad, inadecuación y concreción, los detalles son mínimos lo que denota aislamiento, la base del árbol es amplia y grande lo que denota dependencia rasgos regresivos y de inadecuación, la copa es inclinada y movida por el viento, presiones ambientales. En el dibujo de la casa se proyectan rasgos de rigidez por la ubicación central, los muros son débiles lo que denota estructuración yóica débil, las ventanas cerradas denotan aislamiento. En general los gráficos se ubican en la proporción derecha, preocupación ambiental.

VII. Diagnóstico Presuntivo.

El niño manifiesta rasgos marcados de ansiedad y un trastorno de aislamiento social.

VIII. Análisis de las Sesiones de Terapia de Juego.

Las sesiones de juego se desarrollan con normalidad y el niño se muestra juguetón y su estilo de juego revela espontaneidad y un buen nivel de estructuración lúdica. Se orienta casi en todas las sesiones a estructurar juegos con muñecos de animales, a través de los cuales, representa personajes en distintas situaciones. Redirecciona su estilo de juego en sesiones posteriores y se concentra en la utilización de títeres, en ellos se introduce como personaje sin admitir que es él mismo, situación que se interpreta como un sentimiento de seguridad ante el anonimato que le brindan los títeres. Así el niño expresa libremente su sentir y habla sobre su situación familiar y escolar. Responde a las preguntas que se le hace sobre sus problemáticas de manera espontánea y sincera sintiéndose seguro de que no iba a ser culpado por lo que

dijeran los títeres. De esta forma pudo profundizar sobre los problemas que vive en su entorno a la vez conservando su integridad yóica. Claro está que no se hizo intervenciones ni se interrumpió en sus diálogos y representaciones ya que se podría irrumpir en ese espacio de aislamiento que el niño creó a través del juego.

Así lo más sobresaliente de las sesiones de juego se podría resumir en el hecho de que lo más adecuado y lo que permitió al paciente clarificar sus sentimientos fue el hecho de que los representara actuando. Conforme fue progresando la terapia el uso de los títeres se volvieron más cortos y menos frecuentes, enfocándose en otro tipo de juguetes y juegos sin introducirse o representarse en ellos.

4.1.3. CASO 3

Ficha Clínica Psicológica

I. Datos de Identificación.

Lugar y Fecha de Nacimiento: Quito 26 de Agosto de 2003.

Edad: 7 años

Sexo: Femenino

Escolaridad: Segundo de Básica

Profesión Padre: Policía

Profesión Madre: Policía

Edad Padre: 35 años

Edad Madre: 30 años

Fuente de Información: Madre

II. Motivo de Consulta.

Madre refiere que la niña en la casa y en escuela se porta como un bebé y que adopta la conducta de un perro imitando ruidos y arrastrándose en el suelo. Muchas veces lo hace cuando se le pide que realice alguna tarea y se vuelve más fuerte esta conducta. Se niega a obedecer órdenes y llora arrastrándose en el suelo.

III. Historia de la Enfermedad.

Enfermedad Actual.

La niña manifiesta tanto en la casa como en la escuela conductas que no están de acuerdo a su edad de desarrollo. Estas conductas se caracterizan por imitar ruidos de animales como un perro y se revuelca en el suelo, esta conducta se agudiza cuando quiere o necesita algo, de igual forma la niña cuando les pide algo a sus padres y estos no le complacen, su lenguaje se caracteriza por ser pobre y emite palabras que

sus padres no entienden. Esta conducta viene desarrollándose más o menos un año atrás sin motivo aparente. La madre manifiesta que no ha existido un motivo aparente que haya podido desarrollar este tipo de conductas. Madre dice que de igual forma cuando no se le complace estas conductas aumentan en intensidad.

IV. Psicoanamnesis Normal y Patológica.

Etapas Prenatal.

No tuvo ninguna complicación durante el embarazo.

Etapas Natal.

Nace aproximadamente a los 9 meses de gestación, parto sin complicaciones, a término, vaginal.

Infancia.

La niña a partir del año aproximadamente es cuidada por la abuela materna ya que la madre no podía hacerlo por su trabajo. Al año y medio la niña es hospitalizada ya que desarrolla una afección respiratoria que fue controlada y no tuvo complicaciones que hayan tenido repercusiones en la actualidad. A los 4 años ingresa a una guardería sin manifestar ningún tipo de problema. A los 5 años entra a la escuela a primero de básica sin manifestar ningún problema hasta el final del ese año en donde comienzan los problemas de conducta antes mencionados.

IV. Psicoanamnesis Normal y Patológica Familiar.

Pertenece a un estrato económico medio-bajo; proviene de parte paterna y materna a un grupo familiar de origen quiteño. Ningún familiar tanto del lado materno como paterno ha tenido ningún tipo de patología o trastorno grave, tanto biológicos como mental.

La niña es hija única. Madre es policía y trabaja en el centro de radio de la policía. El padre de igual manera es policía de la unidad de motocicletas de tránsito en el sur de Quito. Madre manifiesta desde hace dos años han tenido problemas conyugales por el comportamiento de su esposo quien consume mucho alcohol y la maltrata verbalmente hasta que hace aproximadamente un año se separaron y están en el proceso de divorcio. Madre refiere de igual forma que el padre maltrataba

verbalmente a su hija cuando estaba en estado etílico, cuando no estaba en ese estado trataba bien a la niña.

Actualmente el padre desde la separación no visita mucho a su hija y la niña según la madre lo extraña mucho.

V. Pruebas Psicológicas.

Test HTP. (Anexo 3)

VI. Resultados de Pruebas Psicológicas.

La calidad de los trazos son muy simétricos, la niña para dibujar la casa y el árbol lo hace con una regla lo que denota una rigidez muy marcada y una falta de espontaneidad. En dibujo de la persona se aprecia la omisión de las manos, lo que denota sentimientos de culpa e inadecuación. La persona se la dibuja en el borde superior central denotando fantaseo y frustración. El dibujo del árbol se compone de un tronco grande y delgado lo que denota rasgos regresivos, inadecuación y pérdida del control, es de tipo frutal, inmadurez y dependencia. El dibujo de la casa es pequeño lo que denota inseguridad, aislamiento, descontento y regresión. Los muros están enfatizados, defensas yóicas rígidas. Ventanas pequeñas denotan aislamiento.

VII. Diagnóstico Presuntivo.

La niña manifiesta una conducta claramente regresiva y manipuladora, posiblemente producto de la actitud de compensación de la madre por la separación y abandono del padre, madre accede muchas veces a complacer en exceso a su hija.

VIII. Análisis de las Sesiones de Terapia de Juego.

Durante las primeras sesiones la niña se muestra dispuesta y colaboradora pero no denota espontaneidad al jugar. Arrastra los juguetes y no los introduce como elementos que estructuren una trama lúdica. El juego de la niña es repetitivo, arrastra muñecos y los tira, los vuelve a parar y los sigue tumbando. En una de las sesiones la más significativa la niña dice: “por qué no me dices a qué debo jugar, puedo hacer y decir lo que quiera?”, se le responde que sí y la niña dice: “quiero que me ayudes a armar un rompecabezas”. Comienza a armar el rompecabezas y dice: “no puedo hacer nada bien, porque no me dices lo que tengo que hacer?”, se le responde y se le

estimula a hacerlo y ella no termina el rompecabezas, cabe recalcar que el rompecabezas no era difícil de terminarlo, se levanta, riega todas las piezas y dice: “ya no quiero hacer esto, porque no me dices cómo se hace”. Se le responde que se le brindará ayuda si pide las cosas de buena manera y la niña responde: “así nunca consigo nada!”.

En ésta sesión se puede analizar como la niña se pone a prueba a sí misma y pone a prueba al terapeuta quien no le dirige en lo que debe hacer y cómo debe hacer las cosas. Al sentir que su reclamo no es acogido como lo haría la madre, es decir, ésta al ver su reclamo exaltado accede en su ayuda y el terapeuta responde que esa no es la forma de pedir ayuda, la niña baja sus defensas y responde de esa manera, “así nunca consigo nada”. De esta forma, inconscientemente se refiere a su relación con la madre y tal vez a través del juego está manifestando su justo reclamo por una genuina atención por parte de su madre, es decir, la niña en las sesiones de juego manifiesta su deseo de sentirse escuchada y guiada mas no ignorada. La niña siente que solo es escuchada cuando adopta conductas regresivas (hablar como bebé, lloriquear, hacer ruidos o revolcarse). De igual manera se podría decir que además de ser ignorada, recibía una educación muy rígida por parte del padre quien la maltrataba y por parte de la madre, siempre le remarcaba como debe hacer las cosas, tal vez por eso mismo insistía en las sesiones de juego como debía hacer o terminar las cosas. A través de las sesiones de juego se apreció como al sentirse incondicionalmente aceptada y no dirigida en su actividad lúdica, busca y desea convertirse en un individuo independiente, llegándole a sorprender el hecho de que no se le dijera que debía hacer, por eso su pregunta: “por qué no me dices a qué debo jugar, puedo hacer y decir lo que quiera?”.

4.1.4. CASO 4

Ficha Clínica Psicológica

I. Datos de Identificación.

Lugar y Fecha de Nacimiento: Quito 04 de Septiembre de 2004.

Edad: 7 años

Sexo: Masculino

Escolaridad: Tercero de Básica

Profesión Padre: Policía

Profesión Madre: Q.D.

Edad Padre: 38 años

Edad Madre: 33 años

Fuente de Información: Madre

II. Motivo de Consulta.

El niño en las noches desde el primer año de vida se lleva los dedos a la boca y se hala los cabellos de la corona hasta arrancárselos para poder dormirse.

III. Historia de la Enfermedad.

Enfermedad Actual.

El niño al recibir el primer refuerzo a los seis meses de edad no podía recibir alimento, lloraba incesantemente y la abuela materna quien cuidaba de él le introducía sus propios dedos y así dejaba de llorar, conducta que ha persistido hasta la actualidad conjuntamente con la de halarse el cabello hasta desprendérselos antes de dormir.

IV. Psicoanamnesis Normal y Patológica.

Etapa Prenatal.

No tuvo ninguna complicación durante el embarazo.

Etapa Natal.

Nace a los 9 meses de gestación, parto sin complicaciones, a término, vaginal.

Infancia.

A los cuatro años de edad desarrolla una infección genital por no mantener una buena higiene y al no haberle bajado el prepucio. A los cinco años de edad se cambia de casa por una discusión familiar, el niño vivía con sus padres en la casa de la abuela materna, hecho que hasta ahora ha tenido repercusiones ya que el niño manifiesta y se refiere a la casa de su abuela como su casa. En la actualidad es cuidado por su abuela materna con quien realiza las tareas escolares y en la noche sus padres le llevan a su casa.

V. Psicoanamnesis Normal y Patológica Familiar.

Pertenece a un estrato económico medio; proviene de parte paterna y materna a un grupo familiar de origen quiteño. Ningún familiar tanto del lado materno como paterno ha tenido ningún tipo de patología o trastorno grave, tanto biológicos como mental.

El niño es el menor, tiene un hermano mayor de diez años. El padre es policía de grado cabo segundo en una unidad de vigilancia del norte de Quito. La madre se dedica a los quehaceres domésticos. El niño a parte de la crisis que manifestó a los cuatro años cuando desarrolla una enfermedad genital no ha tenido ninguna dificultad médica importante. El niño mantiene la conducta y ritual antes de dormir desde aproximadamente el primer año vida hasta la actualidad, conducta que también se manifiesta más marcada cuando el niño se prepara para salir a la escuela.

VI. Pruebas Psicológicas.

Test HTP. (Anexo 4)

VII. Resultados de Pruebas Psicológicas.

La calidad de los trazos en general denotan rasgos marcados de ansiedad, las líneas son recargadas. El dibujo de la casa se ubica en la parte izquierda de la página lo que denota aislamiento y regresión, de igual forma preocupación por sí mismo. En cuanto a los detalles esenciales se denota reticencia, inadecuación e indecisión. Esforzado control yóico y poco contacto con la realidad. Las ventanas de la casa son pequeñas y numerosas lo que denota de igual forma aislamiento. El dibujo del árbol es pequeño lo que denota inseguridad, aislamiento, descontento y regresión. Se ubica en la parte central lo que denotan rasgos de rigidez. La copa del árbol es garabateada y poco frondosa lo que denota labilidad aplanada y presión ambiental. El énfasis en la parte vertical del árbol denota poco contacto con la realidad. El dibujo de la persona de igual forma denotan los mismos rasgos de los anteriores dibujos, es decir, rasgos de ansiedad, rigidez, inseguridad, aislamiento y regresión. Los elementos gráficos de la persona en cuanto a su ubicación en la parte izquierda denotan rumiación acerca del pasado, impulsividad y necesidad de gratificación inmediata.

VIII. Diagnóstico Presuntivo.

Trastorno de ansiedad.

IX. Análisis de las Sesiones de Terapia de Juego.

El niño durante las sesiones de juego se muestra reservado y no realiza un tipo de juego espontáneo y muy imaginativo. Este tipo de juego que realiza el niño denotan un grado bastante marcado de rigidez y poca espontaneidad. Durante las primeras sesiones no se puede identificar elementos de análisis por este mismo estilo de juego. De ahí que las primeras hipótesis interpretativas se sujetan a establecer rasgos de rigidez y defensas yóicas bastante marcadas. El niño parece concentrarse en la figura del terapeuta y se limita a esperar ser dirigido en el juego. En siguientes sesiones el niño parece interrogarse sobre el papel del terapeuta y el por qué asiste a terapia. Resulta interesante como hace uso el niño de una de las sesiones. Su forma de juego se modifica, toma una plastilina, se sienta y pide al terapeuta que haga las mismas

figuras que él hacía. Comienza a formar una figura diciendo: “Vamos a hacer un perro!”, y se le responde “quieres que yo también haga algo con la plastilina?”, el niño responde “dije que los dos íbamos hacerlo”. El niño parece proyectar algo dentro de este diálogo. Termina de hacer la figura, observa la figura que hace el terapeuta y dice: “Ahora quiero que hagas un gusano” y se le responde “Te gusta dar órdenes?”. Y él responde después de una pausa “solo haz lo que te digo”. Ese elemento que se menciona antes se confirma, el niño parece sentirse dentro de la dinámica lúdica seguro y puede ordenar y proyectar sus deseos. El niño comienza una pelea con la figura que realiza el terapeuta, el niño arroja encima su gusano sobre el del terapeuta destruyéndola y dice, “haz otro”. El terapeuta le contesta “destruyes mi gusano y ahora quieres que haga otro?” el niño responde diciendo “sí”, construye otro gusano repitiéndose el juego y se introduce otro elemento en la dinámica. El niño le pide al terapeuta que ahora el salte sobre su gusano y el niño toma los dedos del terapeuta y hace que le arranque la cabeza al gusano. Se le pregunta al niño “te gusta pelear y destruir mis figuras no?”. A lo que el niño responde diciendo “solo estoy jugando pero me gusta ganar las peleas”. El niño pide seguir el juego y esta vez el niño intenta hacer un gusano más grande que el del terapeuta. El niño “esta vez mi gusano le arrancara la cabeza al tuyo de un solo golpe. La próxima vez dejaré que tu gusano le gane al mío”. El juego comienza de nuevo y antes de que el terapeuta pueda irse encima del gusano del niño, este deja caer un trozo de plastilina sobre el gusano del terapeuta y aplasta su figura. Se le pregunta “te gusta hacerme caer y siempre ganar no?”. El niño ríe jubilosamente diciendo, “nunca podrás ganarle a mi gusano”. Se le responde “crees que no pueda hacerlo?”. El niño “no creo que no podrás ganarme”. El terapeuta sigue el juego y arranca la cabeza del gusano del niño. El niño hace una pausa y grita “mira lo que le hiciste a mi gusano, ahora vuelve a poner la cabeza de mi gusano donde estaba”. “Te agrada darme órdenes?” y el niño responde “sí” y espera a que se la coloque en su lugar y dice “es sólo un juego ahora juguemos otra cosa, me gusta jugar contigo tú ya eres grande pero puedo decirte lo que quiera”. Se le responde “te gusta darle órdenes a un adulto?” y el niño dice “cállate tía x”, “x no me molestes ” dando algunos nombres refiriéndose algunos de sus profesores de la escuela. Se le pregunta si le gustaría gritarles así a sus profesores?” A lo que el niño responde “si me gustaría poder decirles eso pero no me atrevo”.

En ésta sesión se puede interpretar como el niño intenta expresar sus sentimientos ante la posible autoridad demasiado represiva que se mantendría en su escuela, de ahí que el objeto que elija para expresarlo a través del juego sea una plastilina, es decir, un objeto maleable, poco rígido y fácil de manipular para exponer su situación. De igual manera es importante recalcar la forma que el niño utiliza al terapeuta para expresar esos sentimientos de protesta hacia el mundo adulto.

4.1.5. CASO 5

Ficha Clínica Psicológica

I. Datos de Identificación.

Lugar y Fecha de Nacimiento: Quito 15 de Julio de 2005.

Edad: 5 años

Sexo: Masculino

Escolaridad: Primero de Básica

Profesión Padre: Policía

Profesión Madre: Diseñadora Gráfica.

Edad Padre: 35 años

Edad Madre: 30 años

Fuente de Información: Madre

II. Motivo de Consulta.

La madre refiere que el niño no obedece ni atiende en la escuela, la profesora tiene que repetirle cuatro o cinco veces las órdenes, no copia bien los deberes. En la casa es lo mismo. No se concentra cuando tiene que hacer los deberes. En los juegos no le gusta perder, lo que le ha llevado en varias ocasiones a agredir a sus compañeros cuando no gana o no juegan como él quisiera. Además el niño tiene bruxismo nocturno y sus dientes inferiores están muy desgastados por ello.

III. Historia de la Enfermedad.

Enfermedad Actual.

La profesora en la escuela le llama mucho la atención porque les distrae a los compañeros, no rinde de manera adecuada en la escuela. La madre manifiesta que siempre ha sido así. No come solo y hay que insistir demasiado para que lo haga,

llegando muchas veces los padres a castigarlo físicamente. Se pelea repetidamente con su hermano menor y no le integra a sus juegos.

IV. Psicoanamnesis Normal y Patológica.

Etapa Prenatal.

No tuvo ninguna complicación durante el embarazo.

Etapa Natal.

Nace a los 9 meses de gestación, parto sin complicaciones, a término, por cesárea.

Infancia.

No ha tenido ninguna enfermedad de consideración. El niño entra a la guardería a los 3 años de edad ya que la madre entra a trabajar y no podía cuidarlo. Se cambia de escuela y entra a primero de básica a los 5 años mostrando un cierto grado de desadaptación a su medio escolar. Además tiene un problema de bruxismo que se agudizado en la transición que sufrió con el cambio de la guardería a la escuela al ingresar al primero de básica.

V. Psicoanamnesis Normal y Patológica Familiar.

Pertenece a un estrato económico medio-bajo; proviene de parte paterna y materna a un grupo familiar de origen quiteño. Ningún familiar tanto del lado materno como paterno ha tenido ningún tipo de patología o trastorno grave, tanto biológicos como mental.

El niño es el primero de dos hermanos, el hermano menor tiene 3 años de edad y con el mantiene una rivalidad marcada, se pelea con él y manifiesta abiertamente su rechazo. El padre es policía y trabaja en la comandancia. Según la madre el padre del niño manifiesta más cariño y atención por el hijo menor y según ella es más rígido al educar a su otro hijo, lo que según la madre podría ser la raíz de la problemática del niño.

VI. Pruebas Psicológicas.

Test HTP. (Anexo 5)

VII. Resultados de Pruebas Psicológicas.

En general la proporción y perspectiva de los gráficos del test son reducidas y se ubican en la parte central de la hoja lo que denotan en general inseguridad, aislamiento, descontento y regresión. Las líneas son rectas y sobrecargadas lo que denota ansiedad. Los trazos son cortos, agresividad reprimida. Los dibujos son pobres y estereotipados lo que denota marcado infantilismo, sentimientos de inferioridad, poco desarrollo yóico, inadaptación y rasgos depresivos. Se denotan sentimientos de constricción. El dibujo de la casa proyecta rasgos de inadecuación al medio familiar. El gráfico de la persona revela rigidez e inseguridad. El gráfico del árbol denota en general una pobreza yóica y poco estructurada para su edad, manteniendo una tendencia hacia la fantasía y proyectando un alto grado de frustración e insatisfacción de necesidades afectivas. Además la rama sobresaliente revela una tendencia hacia la autopunición.

VIII. Diagnóstico Presuntivo.

Trastorno de Ansiedad y Rivalidad Fraternal.

IX. Análisis de las Sesiones de Terapia de Juego.

Durante las sesiones de juego el niño selecciona cosas y materiales de juego que se encuentran en el consultorio pero toma uno y lo deja, lo vuelve a tomar y lo deja. Siempre mantiene una cierta postura de reserva e incomodidad cuando coge los juguetes. No mantiene una dinámica lúdica constante y cambia de objetos de juego muy rápidamente. Cabe recalcar que no se le exige ni se le presiona para que estructure una dinámica de juego. El niño durante las sesiones se va sintiendo de esta manera más libre y logra ir estructurando una trama lúdica más compleja. Durante las primeras sesiones nunca se le obligó a nada, lo cual resulta o da como resultado en las siguientes sesiones el desarrollo de una actitud en el niño más equilibrada. Situación que puede ser interpretada como una conducta bastante rígida incluso dentro de las situaciones lúdicas posiblemente originada por un ambiente restrictivo tanto familiar como escolar. Durante las primeras sesiones el niño llega a percibir que durante la hora de terapia no es cuestionado y no es obligado a nada, lo que da como resultado una forma más libre de juego. Así en sesiones posteriores como el niño cambia de tipo de juego y se manifiesta más libre y espontáneo al jugar. En unas

de las sesiones se puede evidenciar la proyección de sus sentimientos hacia su hermano menor cuando toma un muñeco y lo arrastra por el suelo, lo sacude, lo arroja lejos de una manera más o menos violenta y a la par emite ruidos bastante fuertes. El personaje que aún no tenía una identidad definida y en sesiones posteriores ya adquiere uno (hermano menor) y el niño al escoger los muñecos los nombra y se muestra más abierto a maltratar de manera más evidente a ese personaje. Cuestión que luego es verbalizada con la guía del terapeuta. Estas sesiones confirman la rivalidad fraterna y la rigidez del niño la cual posiblemente se desarrolla por el ambiente familiar en el cual el padre demuestra una tendencia inconsciente de preferencia por el hermano menor situación que le lleva a tratar al niño de una manera más estricta y menos permisiva. Toda esta dinámica se la puede observar en las sesiones de juego desde las primeras en las cuales el niño no se mostraba espontáneo y en las siguientes sesiones donde el niño se siente más libre al sentir y percibir que no es cuestionado en ningún momento al realizar su actividad lúdica.

4.2. ANÁLISIS DE RESULTADOS

- Como se ha venido recalando con anterioridad el mundo del niño principalmente es el juego. Es precisamente ahí donde expresa sus sentimientos y ponen en evidencia sus ideas las cuales no puede expresar en palabras. Los casos expuestos ilustran de una u otra manera esta cuestión, cómo a través del juego el niño expone su problemática, de igual manera cómo elabora su malestar y crea un espacio que se lo podría definir como un espacio simbólico en el cual el niño se siente libre y seguro de las presiones y de la rigidez del mundo adulto. Estas características se pudieron apreciar en todos los casos descritos.
- La terapia de juego también permite identificar cómo el niño utiliza los recursos lúdicos para buscar entender situaciones que le pudieron resultar muy duras o difíciles de elaborar y comprender. Esto se pudo observar en el primer caso cuando el niño personifica en su juego a un miembro extra que no pertenece a su familia, de ahí la importancia de la interpretación. Las dinámicas lúdicas en este mismo caso se orientaron sobre el tema de la

muerte de ese miembro de la familia y posteriormente sobre la muerte de otro miembro de su familia. En este caso podemos observar como el niño trata de entender la situación que sobrepasa su capacidad de entendimiento y además busca tomar una postura de control en cuanto a la situación que lo sobrepasa. Así podemos identificar también como busca a su vez tomar un rol activo dentro de esa misma situación. Con la guía de un adulto que pueda entender esa dinámica lúdica (terapeuta) el niño elabora la situación y la expresa de igual manera a través del juego y parece decirse a sí mismo “está bien, ahora lo entiendo”.

- En las sesiones de terapia de juego se pudo identificar otro recurso que utiliza el niño cuando juega, este proyecta a través de la creación de personajes situaciones cotidianas propias o situaciones que le causan algún tipo de malestar, así el niño se dice actuando dichas situaciones. En el segundo caso que se cita en este trabajo se pudo identificar claramente este recurso que además le sirve para conservar su integridad yóica que aún se encuentra en construcción.
- Tomando como ejemplificación el tercer caso de este trabajo se puede concluir que el niño se sirve del juego para también reclamar situaciones que para él le resulten inconsecuentes. Es muy claro que para que el niño exponga su reclamo se debe crear el ambiente terapéutico adecuado, es decir el niño debe sentirse incondicionalmente aceptado. De ahí que en este caso se pudo observar cómo la niña expresa el reclamo a la madre aunque no haya sido del todo consciente de ello. Así los niños también permiten evidenciar dentro del juego como se ponen a prueba a sí mismos para ver hasta dónde pueden llegar sin que el adulto los censure, ahí es donde se pone a prueba la pericia del analista de niños.
- Parece lógico también concluir y deducir que los niños expresan de manera más libre y espontánea sus problemáticas cuando experimentan un nivel adecuado de permisividad que muchas veces no lo sienten de los adultos que lo rodean. Así por ejemplo en el cuarto caso el niño parece nunca haberse permitido decir “cállate” o “no me molestes”.
- En todos los casos que conformaron la muestra de este trabajo se pudo definir el tipo de relación que los niños mantienen con sus padres. Ésta relación se

caracteriza por la carencia de la figura paterna que en todos los casos se muestra ausente pero sobrevalorada por los niños por el marcado grado de rigidez que la figura les trasmite, de ahí que los niños proyecten este rasgo en el tipo de juego que estructuran en las sesiones de juego, que en la mayoría de los casos presentados como muestra se refleje en un juego al inicio poco imaginativo y muy poco espontáneo.

CONCLUSIONES

El juego surge al inicio de la vida infantil en primer lugar como una actividad refleja y sin mayor estructuración, la cual se podría comparar con la forma instintiva como se da esta actividad en otras especies; sin embargo, gradualmente con el desarrollo, el niño a través del juego estructura habilidades sociales, cognitivas y los procesos de simbolización.

- La incidencia de la Terapia de Juego en el Proceso de Simbolización ha sido evidente ya que el niño a través del juego se dice jugando al utilizar objetos que le sirven de medio para expresar sus problemáticas y conflictivas que nos las puede proyectar por falta de otros mecanismos como el del lenguaje que utilizaría el adulto.

- La Terapia de Juego permite satisfacer inquietudes diagnósticas dentro de la situación terapéutica permitiendo confirmar hipótesis y de igual manera permite la estructuración de un diálogo entre el niño y el terapeuta (adulto) quien le sirve de apoyo durante las elaboraciones lúdicas en las cuales el niño expone su problemática.

- Además la Terapia de Juego viene a constituirse en una herramienta muy eficaz a la hora de tratar con niños que manifiestan algún tipo de trastorno conductual ya que el niño durante el juego libera sentimientos que no podría expresar por otros medios.

- La terapia de Juego demuestra ser un medio eficaz que puede ser implantado dentro del ambiente hospitalario ya que se constituye como un instrumento a través del cual el terapeuta instaura una dinámica de comunicación adecuada que reduce los tiempos de atención y elabora de mejor manera las problemáticas conductuales de los niños.

- Los problemas de conducta de los niños pueden ser abordados y tratados de manera eficaz dentro del ambiente hospitalario a través del enfoque terapéutico desarrollado e implementado durante este trabajo de investigación.

- La Terapia de Juego pudo responder incluso a las limitaciones estructurales del ambiente hospitalario escogido para realizar este trabajo ya que este no cuenta con un espacio o una sala de juegos.

- La terapia de Juego si bien es cierto ayudó a elaborar y desarrollar los procesos de simbolización de los niños con problemas de conducta, llegó a ser en cierto modo insuficiente ya que el enfoque terapéutico debió haber sido complementado con un enfoque adicional dirigido a todo el núcleo familiar en el cual el niño con problemas conductuales se desenvuelve, ya que si los problemas siguen en casa como podemos esperar una evolución adecuada de los problemas conductuales del niño.

- Los niños con problemas conductuales desarrollan diferentes tipos y grados de estructuración lúdica, los cuales deben ser de igual manera interpretados por el terapeuta quien de esta forma reconoce y recoge material e información sobre los procesos y el nivel de desarrollo simbólico que el niño maneja.

- La aplicación del modelo terapéutico de Terapia de Juego dentro de la institución incidió en los procesos de simbolización de los niños que asisten a terapia en el Hospital Quito Nro. 1 de la Policía Nacional ya que el juego estructura un proceso comunicativo desde la realidad tanto interna y externa del niño con el mundo exterior el cual trata de construir y recrear a través de la actividad lúdica, facilitando así la construcción de los procesos de simbolización los cuales son narraciones internas de dichos procesos que se manifiestan en el jugar. Por lo tanto se deja como conclusión final que dicho modelo terapéutico puede ser implantado en la institución, pudiéndose obtener buenos resultados en niños que manifiesten algún problema de conducta. De igual manera se podrían obtener mejores resultados si se aplicase un modelo que abarque también las dinámicas familiares en las que el niño se desenvuelve.

RECOMENDACIONES

- Sería indispensable recalcar la importancia de la implementación de un enfoque terapéutico complementario a la Terapia de Juego que se enfoque no solo a resolver la conflictiva infantil sino también a resolver las conflictivas familiares ya que no se puede ver una evolución completa de los niños si el problema en la mayoría de los casos tiene un origen familiar, es decir, las conflictivas de los adultos (padres) muchas veces tan solo son denunciadas de manera inconsciente por los niños a través de su síntoma.
- El terapeuta debe crear un ambiente terapéutico en el cual el niño se sienta incondicionalmente aceptado y así este manifieste su malestar de una manera libre y espontánea a través de su creación lúdica.
- El terapeuta debe reflejar los sentimientos que el niño manifiesta a través del juego, ya que en muchos de los casos el niño también llega a verbalizar de una manera muy básica su problemática y si el terapeuta no refleja sus sentimientos y los dice directamente al niño desde su posición de adulto, podría resultar muy duro para el niño.
- El terapeuta debe gustar de los niños, la edad y apariencia física no parecen ser de importancia, así como tampoco el sexo del terapeuta lo más importante debe ser la actitud que éste le brinda al niño. El niño es muy sensible y capta con facilidad la sinceridad del adulto. Es muy ágil para descubrir inconsistencias en las actitudes y comportamiento del adulto. Por lo tanto, sería aconsejable para el terapeuta el esclarecer su vocación y su actitud hacia el niño. Sus actitudes deben denotar bondad, paciencia, comprensión y aceptación incondicional y sobre todo de respeto y acogida.
- El terapeuta debe establecer las reglas dentro del espacio donde se va a desarrollar la terapia y debe mostrarse al mismo tiempo permisivo dentro de esas mismas limitaciones para que el niño pueda ser él mismo, expresarse plenamente, y el terapeuta pueda aceptarlo sin impedimentos.

ANEXOS

CASO 1

CASO 2

CASO 3

CASO 4

CASO 5

BIBLIOGRAFÍA

- CAILLOIS, Roger, *Los juegos y los hombres: la máscara y el vértigo*, Editorial Fondo de Cultura Económica, México, 1986.
- CHETEAU Jean, *Psicología de los Juegos Infantiles*, Editorial Kapelusz, Buenos Aires, 1958.
- DURÁN, Agustín, TÉBAR, Dolores, *Manual Didáctico para Escuela para Padres*, Editorial FEPAD, Cuarta Edición, España, 1990.
- FREUD, Sigmund, *Más allá del Principio de Placer*, Amorrortu Editores, Volumen 18, (1920-22), México.
- KLEIN, Melanie, *El Psicoanálisis de niños*, Editorial Paidós, Barcelona, 1987
- PALACIOS, Jesús, MARCHESI, Álvaro; COLL, César, *Desarrollo Psicológico y Educación Psicología Evolutiva*, Volumen 1, Editorial Alianza, Madrid, 1992.
- PIAGET, Jean, *La Formación del Símbolo en el Niño*, Editorial Fondo de Cultura Económica, México, 1946.
- RODRÍGUEZ, Jaime, *Psicología del Niño y el Adolescente*, Tomo I, México, 1982.
- TORRESCANA, José María, *Psicología y Comportamiento Infantil*, Editorial Nauta S.A., 1993, Barcelona-España.
- WINNICOTT, Donald, *Acerca de los Niños*, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1989.
- WINNICOTT, Donald, *Conozca a su niño*, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1957.
- WINNICOTT, Donald, *El niño y el mundo Externo*, Editorial Paidós, Buenos Aires, 1957.
- WINNICOTT, Donald, *Realidad y Juego*, Segunda Edición, Editorial Gediza, Barcelona, 1982.
- WINNICOTT, Donald, *Obras completas*, www.psikolibro.com, *Formulación teórica del campo de la psiquiatría infantil (1958)*, fecha: 10 de septiembre de 2008.
- WINNICOTT, Donald; *Obras completas*; www.psikolibro.com; *Por qué juegan los niños? (1942)*, fecha: 10 de septiembre de 2008.

- WINNICOTT, Donald; Obras completas, www.psicolibro.com, *El valor de la Consulta Terapéutica*, fecha: 10 de septiembre de 2008.
- Diccionario de La Real Academia de la Lengua; Vigésimo segunda edición; fecha: 31 de septiembre de 2008,
en:http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=juego.