

01941



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

3
207

**PSICOTERAPIA DE GRUPO APLICADA
A NIÑOS CON AFECCION ASMATICA**
LOS PROCESOS SIMBOLICOS EN LA PATOLOGIA
PSICOSOMATICA INFANTIL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN PSICOLOGIA CLINICA Y
PSICOTERAPIA DE GRUPO EN INSTITUCIONES

P R E S E N T A:

LIC. RUTH MIRIAM QUINTANILLA GONZALES

Directora de Tesis:
DRA. MARIA LUISA RODRIGUEZ HURTADO

Asesora Metodológica
MTRA. LUZ MARIA ROCHA JIMENEZ



MEXICO, D. F.

1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**"Hay más luz cuando alguien habla"
dice un niño citado por Freud.**

**A mis padres, Alberto y María, por su
apoyo constante, su ejemplo de trabajo,
tenacidad y amor.**

**A mi esposo Arturo y mis hijos,
Natalia y Alberto, los mejores
compañeros en la jornada
concluida.**

**A los niños que conformaron el grupo,
los mejores maestros.**

**A la Dra. María Luisa Rodríguez ,
por brindarme su gran experiencia
clínica, quien me enseñó que
un "obstáculo" en el proceso
terapéutico puede devenir en
fuente de sabiduría.**

**A la Mtra. Luz María Rocha ,
ejemplo de enseñanza desinteresada
durante los años de formación, cuyo
apoyo constante y orientación
enriqueció el trabajo.**

**A la Dra. Lilián Klein, nuestra
maestra en el campo de la clínica.**

**A la Dra. Bertha Blum ,
por su entusiasmo y apoyo
constante al trabajo.**

**Al Dr. Nestor Braunstein,
por su valiosa orientación
en los casos clínicos.**

**A los médicos : Dra. Laura Moreno,
Dra. Judith López y Dr. Guillermo
Wakida, del Hospital de Petroleos de
México; quienes brindaron todo su
apoyo profesional y material para la
realización de la investigación.**

**A los maestros y compañeros de la
Especialidad en Psicología Clínica y
Psicoterapia de Grupo de la U.N.A.M. ,
quienes me apoyaron a lo largo de todos
los años de permanencia en la Fac. de
Psicología.**

INDICE

RESUMEN

Introducción .-

CAPITULO 1: ANTECEDENTES TEORICOS 14

1.1.-) El Asma Bronquial .- 14

1.1.1.-) Definición .-

1.1.2.-) Fisiopatología .-

1.1.2.1.-) Factores predisponentes .-

1.1.2.2.-) Factores inmunitarios .-

1.1.2.3.-) Factores infecciosos .-

1.1.2.4.-) Factores psíquicos .-

1.1.2.5.-) Contaminación Ambiental .-

1.1.3.-) Anatomía Patológica .-

1.1.4.-) Cuadro Clínico .-

1.1.5.-) Tratamiento de la crisis asmática .-

1.2.-) La Relación Materno-Infantil .-La madre y la familia
como matriz de la humanización.- 22

1.3.-) La Simbolización .- 25

1.4.-) Descripción Teórica de los Instrumentos de Diagnóstico .- 27

1.4.1.-) El Test del Dibujo de la Figura Humana .-

1.4.2.-) El Test De Apercepción Temática para Niños con Figuras de Animales (CAT-A) .-

1.4.3.-) La Hora de Juego Diagnóstica .-

1.4.3.1.-) El juego y la simbolización .-

1.4.3.2.-) Descripción del instrumento .-

1.5.-) Descripción Teórica del Instrumento Terapéutico.- La Psicoterapia de
Grupo con Niños .- 42

1.5.1.-) Historia de la Psicoterapia de Grupo con Niños .-

1.5.2.-) Implicaciones Clínicas de la Psicoterapia de Grupo con Niños .-

CAPITULO 2.- METODOLOGIA 52

2.1.-) Planteamiento del Problema .- 52

2.1.1.-) Delimitación del Problema .-	
2.2.-) Objetivos e Hipótesis .-	53
2.2.1.-) Objetivos .-	
2.2.1.1.-) Objetivo General .-	
2.2.1.2.-) Objetivos Específicos .-	
2.2.2.-) Hipótesis de Trabajo .-	
2.3.-) Sujetos .-	55
2.4.-) Selección de los sujetos .-	55
2.5.-) Escenario .-	55
2.6.-) Instrumentos .-	56
2.7.-) Materiales .-	58
2.8.-) Diseño .-	59
2.9.-) Procedimiento .-	59
2.10.-) Análisis de los Resultados .-	59
2.11.-) El Trabajo con el Grupo de Padres .-	60
2.12.-) Consideraciones acerca del Método .-	60
CAPITULO 3 - RESULTADOS	62
3.1.-) Descripción Clínica de los Resultados obtenidos en la Etapa de Pretest.-	62
3.1.1.-) David .-	
3.1.2.-) Jéssica .-	
3.1.3.-) Josué .-	
3.2.-) Descripción Clínica de los Resultados obtenidos en la Etapa de Intervención Terapéutica .-	75
3.2.1.-) Conformación del Grupo .-	
3.2.2.-) Estructura de las Sesiones .-	
3.2.3.-) Descripción y Análisis de las Sesiones del Grupo de Niños .-	
3.2.4.-) El Proceso Terapéutico Grupal .-	
3.3.-) Descripción Clínica de las Sesiones con el Grupo de Padres .-	127
3.4.-) Descripción Clínica de los Resultados obtenidos en la Etapa de Postest.-	129
3.4.1.-) David .-	
3.4.2.-) Jéssica .-	
3.4.3.-) Josué .-	

3.5.-) Resumen Comparativo de los Resultados Pre y Postest -	139
3.5.1.-) Resultados obtenidos con el DFH en las etapas pre y postest .-	
3.5.2.-) Resultados obtenidos con el CAT-A en las etapas pre y postest .-	
3.5.3.-) Resultados obtenidos con la Hora de Juego Diagnóstica pre y postest .-	
3.6.-) Los Resultados y la Hipótesis .-	140
CAPITULO 4 - DISCUSION	142
CAPITULO 5 - CONCLUSIONES	146
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	148
APENDICES :	151
APENDICE 1 : DIBUJOS DE LA FIGURA HUMANA	
APENDICE 2 : HISTORIAS DEL C.A.T.-A	
APENDICE 3 : HORA DE JUEGO DIAGNOSTICA	
APENDICE 4 : DIBUJOS REALIZADOS DURANTE EL PROCESO PSICOTERAPEUTICO GRUPAL	
ESQUEMAS :	
ESQUEMA 1 : DIVISION DEL SISTEMA NERVIOSO	
ESQUEMA 2 : LOS FENOMENOS TRANSICIONALES Y LA SIMBOLIZACION	
ESQUEMA 3 : ORIENTACION CLINICA	

RESUMEN:

El asma bronquial infantil, una patología de etiología compleja en la que intervienen factores orgánicos, psíquicos y ambientales, es abordada con un enfoque clínico desde los conceptos del Psicoanálisis de la Psicoterapia Analítica de Grupos. La etiología psicósomática encuadra dentro del concepto de "Serie Complementaria" propuesto por S. Freud, modelo que señala una serie disposicional y otra accidental en la dinámica etiológica. Es parte de la primera una susceptibilidad a la hiperreactividad bronquial (Escobar, 1990); sumándose el factor de los sucesos infantiles, entre ellos una modalidad de relación que el niño asmático establece con la madre, caracterizada por "déficit en los procesos psíquicos de elaboración simbólica" (Harari, 1974). La segunda serie la componen sucesos traumáticos que accionan la primera, entre ellos la resolución del Complejo de Edipo, que producen un incremento de ansiedad en el pequeño creando situaciones de stress emocional que resolverá a través de conductas impulsivas definidas como actuaciones (el síntoma psicósomático), en virtud de no poder instrumentalizar otros recursos simbólicos.

Constituye objetivo general del trabajo aplicar la técnica de psicoterapia grupal a un grupo de tres niños en periodo de latencia que padecen asma bronquial, en el Hospital de Petróleos de México, proporcionándoles experiencias de interacción psicosocial que favorecen el ejercicio de procesos simbólicos. Experiencias que redundan en efectos terapéuticos dando como resultado: aumento del uso de procesos simbólicos, disminución de la frecuencia de crisis asmáticas y de las conductas de acción.

La investigación se ajusta a un diseño "Pretest - Intervención - Postest" (Castro, 1975). En la primera etapa se observan los procesos simbólicos de los niños (VD) a través de la aplicación individual de las pruebas: Dibujo de la Fig. Humana, Test de Apercepción Temática para Niños y Hora de Juego Diagnóstica; en la segunda, se aplica al grupo Psicoterapia Grupal (VI); y en la última etapa, se realiza una nueva aplicación de los instrumentos de la primera, para valorar el sesgo de cada individuo como consecuencia de la presencia del tratamiento.

Los resultados obtenidos en la primera etapa revelan en los niños la presencia de déficits en el manejo operativo de los procesos simbólicos; encontrándose un pensamiento y lenguaje adheridos a lo concreto cuya referencia a lo circunstancial es abrumadora, una tendencia a la conducta impulsiva y al juego de evacuación. Características relacionadas con deficiencias en la *rêverie* del yo y una relación simbiótica sobreprotectora y/o rechazante con la madre.

En la etapa de intervención terapéutica se aplica psicoterapia de grupo a los niños en veinte sesiones (en Cámara de Gessell), cada una de las cuales plantea una estructura en dos tiempos: "la hora de jugar" y "la hora de platicar". El proceso psicoterapéutico grupal es dividido en tres fases: introductoria, intermedia e integradora. La primera caracterizada porque los niños prolongan "la hora de jugar" en juegos evacuativos, crisis de asma, conductas maníacas y mecanismos defensivos primarios como la identificación proyectiva; no se lleva a sesión el problema de la crisis de asma (se la actúa) sino hasta la cuarta sesión, aspecto que da cuenta de una disociación (organismo-psique) más que de una negación; se inicia la construcción de significantes grupales (cultura de grupo) y de la transferencia. En la segunda, los niños salen del "aquí y ahora", se mueven en la realidad psíquica y aparece en escena la pulsión a través de los fantasmas, los niños expresan simbólicamente su relación ambivalente con la madre a través de cuentos, juegos, dibujos y sueños, "la hora de platicar" se amplía, ausencia de crisis de asma. En la última, las conductas de los niños son más discriminadas (masculino-femenino, interior-exterior, psíquico-somático), se construye un cuerpo imaginario que aparece en el discurso y el dibujo, se trata el conflicto en el ámbito de lo psíquico y se construye una demanda de tratamiento, la cual aparece formulada en la posibilidad de plantear interrogantes existenciales, es difícil discriminar entre una "hora de jugar" y otra "de platicar", desaparecen las crisis de asma. Paralelamente al grupo de niños, se aplica psicoterapia de grupo a los padres bajo la modalidad de grupo operativo de aprendizaje, con el único objetivo de evitar la deserción de los niños.

En la etapa de postest, los resultados indican un claro incremento de recursos simbólicos en los niños para elaborar aquello que produce angustia, aspecto que da cuenta de la capacidad de *rêverie* del yo, que simboliza la ausencia a través del pensamiento y la palabra, que recrea la fantasía y pone en juego la pulsión, que trata el conflicto en el espacio de lo psíquico y no del organismo.

Se cumple con el objetivo general del trabajo en virtud de que la psicoterapia de grupo, muy probablemente, favoreció tendencias evolutivas en los niños y abrió un "espacio psíquico" en el cual puedan plantear y elaborar sus conflictos por medio de recursos simbólicos, apertura que además, permitió la disminución de las conductas de acción, entre ellas las crisis asmáticas.

Introducción .-

El trabajo de tesis que presentamos a continuación constituye una propuesta de investigación en el área de la Psicoterapia de Grupos con un enfoque clínico.

El objetivo general del trabajo fue aplicar psicoterapia de grupo a niños, derecho habientes del Hospital de Petróleos de México (PEMEX), en etapa de latencia, que padecen una afección calificada de psicósomática como es el asma bronquial; la cual se caracteriza por ser un complejo sindromático en el que intervienen numerosos agentes causales: inmunitarios, infecciosos, psíquicos y ambientales.

La concepción de nuestro trabajo de investigación se basó sobre dos premisas de fundamental importancia:

a.-) Encuadramos el problema de la etiología del asma bronquial infantil, como cuadro psicósomático, dentro del concepto de serie complementaria propuesto por S. Freud ("Lecciones Introductorias al Psicoanálisis", 1917); en virtud de que él mismo puede aplicarse no solo a la neurosis sino, también, a otros sectores en que intervienen una multiplicidad de factores (Laplanche y Pontalis, 1977). Apoyados en investigaciones recientes relativas al análisis dinámico de las alteraciones moleculares intracitoplásmicas del cuadro y de las propuestas del Psicoanálisis respecto de las enfermedades psicósomáticas, consideramos que en la etiología del asma intervienen una serie disposicional y una serie accidental. Como parte de la primera encontramos un factor constitucional integrado por factores hereditarios (genéticos propiamente y una prehistoria de la especie) y orgánico constitucionales, entre los cuales es posible ubicar aquella susceptibilidad a la hiperreactividad bronquial identificada por la investigación médica; además, de un factor constituido por los sucesos infantiles, entre los cuales tiene fundamental importancia un tipo de relación entre el niño y la madre que podríamos calificar de "defectuosa" que se caracteriza por un "déficit en los procesos psíquicos de elaboración simbólica" de las experiencias somáticas y otras de características conflictivas, la cual obstaculiza el desarrollo de la función simbólica de los hijos. Estos factores que constituyen la serie disposicional son accionados por diferentes sucesos accidentales o traumáticos, entre los cuales es posible mencionar la paulatina separación de la madre que el exterior impone al niño y los diferentes avatares de sexualidad infantil, los cuales producen un incremento de ansiedad en el pequeño que lo coloca en situaciones de stress emocional que resolverá a través de conductas impulsivas definidas como actuaciones (el síntoma psicósomático), al no poder instrumentalizar otros canales más elaborados de expresión de la ansiedad como el pensamiento y la palabra. A continuación citamos una frase de J. Lacan que resulta explicativa a este respecto: "Lo que no se vive a la luz de lo simbólico aparece en lo real", (Escritos 2, 1970).

b.-) Consideramos que la aplicación de la técnica psicoterapéutica grupal permite a los niños obtener, a través de interacciones mediatizadas por el juego, el dibujo, el modelamiento y la dramatización; una alternativa simbólica a las deficiencias señaladas. Planteamos, además, que esta situación tiene un consecuente efecto terapéutico, el cual se pone de manifiesto en un incremento de las manifestaciones de las conductas simbólicas, como el juego

(simbólico), el pensamiento y la palabra, en desmedro de aquellas conductas de acción como el síntoma psicósomático o el lenguaje del cuerpo; reduciéndose, de esta forma, la frecuencia de los accesos asmáticos.

Fueron objetivos secundarios del trabajo, favorecer en los niños el aprendizaje de discriminaciones (mente-cuerpo); la apropiación del cuerpo y de la enfermedad a través de la elaboración simbólica de sus sensaciones somáticas; así como, aprender a detectar precozmente los primeros signos de las crisis asmáticas de tal forma que sea posible reducir y controlar las sensaciones angustiosas o de "susto" que las acompañan; por último, aprender a manejar su medicación.

Metodológica y conceptualmente, la tesis combinó las dimensiones de investigación e intervención terapéutica utilizando para ello el método clínico encuadrado por los conceptos planteados por la teoría psicoanalítica y la psicoterapia analítica de grupos. La investigación se ajustó a un diseño Pretest - Intervención - Postest, de acuerdo a los planteamientos de Castro (1975), y a un encuadre analítico. A través del mismo nos propusimos encontrar una relación causal entre la VI (la psicoterapia grupal) y la VD (los déficits en los procesos simbólicos de los niños asmáticos).

De manera secundaria, la presente propuesta contempló el trabajo con un grupo paralelo de padres, el cual se conformó con los progenitores de los niños seleccionados (la madre, el padre o ambos); con el único objetivo de lograr su apoyo para la continuidad del trabajo terapéutico de sus hijos y disminuir el índice de deserción del grupo de niños. De tal forma, que los padres trabajaron bajo la modalidad de "grupo operativo de aprendizaje" y los niños en "grupo terapéutico".

Los cuadros de asma bronquial constituyen una de las patologías pediátricas que con mayor frecuencia se presentan en la población infantil del D. F. En este sentido en el servicio de urgencias pediátricas del Hospital General del Centro Médico "La Raza" (I.M.M.S.) se ha seguido desde hace tiempo la huella de esta enfermedad, ya que preocupa el número de pacientes que acuden por demanda de atención al año. Así en el servicio de Neumología pediátrica del Hospital General del Centro Médico "La Raza", de aproximadamente tres mil consultas que se otorgaron en 1986, 60% fueron por asma, (Rev. Mexicana de Pediatría, vol. 57 núm 6, 1990).

En otro orden de cosas, pero también en relación a la importancia del tema y sus características, señalaremos que de la práctica clínica surge repetidamente un interrogante: **¿Por qué es tan difícil formar y mantener los grupos terapéuticos de niños?** Al cual A. M. Martín (1986) responde señalando que, no se duda de los beneficios y las satisfacciones que esta tarea proporciona, derivadas de las gratificaciones propias de la participación grupal, así como de la disponibilidad de los niños para crear situaciones lúdicas. Sin embargo, continua, tanto desde el campo del psicoanálisis de niños como desde la psicoterapia de grupo aparecen obstáculos para encarar y sostener este tipo de técnica psicoterapéutica. Algunas de las dificultades son las que se señalan a continuación:

1) Las condiciones institucionales : ya que esta tarea requiere un espacio con cierta amplitud y condiciones de seguridad y aislamiento que posibiliten el despliegue de la actividad grupal de los niños y de los padres, si se trabaja con grupos paralelos.

2) Los límites en el grupo : este aspecto se refiere a que las situaciones de agresión descontroladas que a veces pueden surgir, son las más temidas por los terapeutas, que dudan poder contener a los niños, evitando que se hagan daño a sí mismos o a los demás. Tales situaciones se hacen complejas porque descolocan al coordinador, por el temor a lo que pueda suceder, por los intentos de cuidar y controlar lo que acontece y además el esfuerzo por mantener un nivel interpretativo en sus intervenciones.

3) La selección de los niños para el grupo : esta dificultad se refiere a que la población que consulta en las instituciones hospitalarias suele estar fuera de los parámetros de agrupabilidad surgidos de la práctica con otros niveles socioculturales. Son niños pertenecientes a clases bajas o a clases medias bajas, que presentan una importante problemática de orden social, con familias desintegradas por migraciones o por abandono de uno o de ambos padres, hijos no reconocidos, adopciones no esclarecidas, padres alcohólicos. En cuanto a las condiciones de vida, son frecuentes la cohabitación, el colecho, los castigos físicos, los niños que asumen responsabilidades familiares o laborales muy tempranamente.

4) Las deserciones: las ausencias reiteradas afectan la integración del grupo y amenazan su constitución misma. Tales ausencias no se suelen anticipar al grupo y aparecen atribuidas a situaciones extragrupalas entre las que son frecuentes las enfermedades orgánicas. Teniendo en cuenta que la gran mayoría de estos pacientes padecen de trastornos psicossomáticos, puede estimarse la incidencia de este fenómeno en la marcha del grupo.

5) La presencia de los padres : lo más frecuente es que a los grupos paralelos de padres, asista tan sólo la madre o su sustituta, quien muchas veces adjudica al padre ausente la culpabilidad respecto del problema del hijo. Si bien es cierto que las condiciones laborales de estos padres no les facilitan la asistencia al grupo, también hay una tradición en la especialidad que lleva a trabajar preferentemente con madres solas. Cuando el padre asiste es temido porque no se sabe cómo incluirlo.

6) Desde el campo del psicoanálisis de niños surgen otras dificultades : el análisis del material lúdico presenta complejidades en sí mismo por el esfuerzo de decodificación que implica en este contexto, donde pueden coexistir distintos lugares y organizaciones lúdicas. La variable espacial se agrega a la dimensión temporal en que transcurre el discurso verbal. Captar las interrupciones del discurso, también se hace difícil cuando lo habitual es que un mismo discurso lúdico aparezca en distintas organizaciones de juego. Por último, en un mismo juego pueden coexistir distintos niveles simbólicos, y es importante discriminar cuándo la actividad lúdica deja de ser simbólica para convertirse en un lenguaje de acción.

Las dificultades que acabamos de señalar, reportadas por diferentes terapeutas y presentadas por Martín ("Pacientes no agrupables en la terapia grupal analítica: Grupos paralelos de niños y padres", nov., 1986); dan lugar a pensar que existiría una especie de

vacio en la adecuación de la técnica al grupo de niños, aspecto que podría estar determinando, además, la renuencia de los terapeutas a ejercer la terapia grupal con niños. Por esta razón, la posibilidad de reflexionar sobre cualquier experiencia concreta puede ser de utilidad a los efectos de que ello significa ir cubriendo con trabajo serio y crítico aquel "vacío técnico" antes mencionado.

CAPITULO I :

ANTECEDENTES TEORICOS

La investigación se realizó utilizando los conceptos teóricos y técnicas propuestas por la teoría psicoanalítica y la psicoterapia analítica de grupos; en este sentido se hace uso de las propuestas relativas al desarrollo psicosocial del sujeto y de sus conceptos de salud y enfermedad, tomando siempre en consideración que este marco conceptual entiende la psicopatología infantil como efecto y defensa de los factores ansiógenos surgidos de lo constitucional, lo intrapsíquico y lo ambiental.

El capítulo incluye una exposición de aquellos elementos teóricos considerados clave en la investigación; como los antecedentes orgánicos más generales de la patología que nos ocupa; algunas de las consideraciones del psicoanálisis respecto de los aspectos psicosociales del desarrollo humano (la relación madre-niño); la función de simbolización; una presentación teórica de los instrumentos de diagnóstico que utilizamos para evaluar los procesos simbólicos en los niños; y, por último, exponemos los antecedentes históricos y los aspectos clínicos de la psicoterapia grupal analítica con niños.

1.1.-) El Asma Bronquial .-

El asma es un padecimiento que ha afectado a la humanidad desde las épocas remotas. Los síntomas que la caracterizan son identificables con facilidad a la inspección de un observador no experimentado, razón por la cual se le confiere un nombre de origen popular, escrito inicialmente en el idioma de los griegos y que, traducido, significa "respiración jadeante".

Actualmente, los avances de la ciencia han permitido pasar de los estudios observacionales del cuadro al análisis dinámico de las alteraciones moleculares intracitoplásmicas. Este enorme salto, que ha sido incomparable en el campo de las ciencias, ha permitido disponer de recursos terapéuticos farmacológicos más efectivos.

1.1.1.-) Definición .-

Varios autores definen al asma como una enfermedad de las vías aéreas, caracterizada por crisis paroxísticas de disnea predominantemente espiratoria, de intensidad variable, que tiene como elemento fundamental la hiperreactividad del árbol bronquial y cuyo cuadro clínico puede desaparecer en forma espontánea o por la acción de fármacos.

1.1.2.-) Fisiopatología .-

Al ser el asma un complejo sindrómico en el que intervienen numerosos agentes causales, ha sido difícil explicar, en forma congruente y didáctica, el papel y mecanismos de acción de cada uno de los elementos que participan en la génesis del mismo; sin embargo,

describiremos brevemente a continuación los siguientes: factores predisponentes, factores inmunitarios, factores infecciosos, factores psíquicos y factores ambientales.

1.1.2.1.-) Factores predisponentes .-

Las teorías que explican la fisiopatología de la enfermedad dentro de un marco unitario, hablan de una alteración en el control nervioso de la función respiratoria. Esta hipótesis incluye dos causas diferentes: un estado de hiperreactividad bronquial y el bloqueo de los mecanismos broncodilatadores.

La comprensión de estas teorías requiere recordar que el aparato respiratorio está controlado por el sistema nervioso autónomo a través de los sistemas parasimpático (colinérgico), con efecto broncoconstrictor y simpático (adrenérgico), con dos grandes vías reguladoras: una que incluye a los receptores alfa, con efecto excitatorio y otra, regida por los receptores beta, con efecto cardioestimulante (B-1) o dilatador de la musculatura bronquial (B-2). Recientemente, se ha detectado un tercer sistema, con efecto broncodilatador no adrenérgico, cuyo mediador químico pertenece a la familia de las purinas, (Escobar, op. cit., 1990).

- **Teoría de la hiperreactividad bronquial** : en 1973, Nadel elaboró esta teoría, según la cual la mucosa respiratoria de los asmáticos tiene la propiedad de responder en forma exagerada a estímulos como las variaciones en la temperatura y humedad relativa, presencia de irritantes ambientales, mediadores químicos, infecciones, alteraciones emocionales, etc., (op. cit.).

La hiperreactividad bronquial la confieren los receptores para simpáticos, los que, al ser estimulados envían su información sobre el sistema nervioso central (bulbo), de donde emerge una orden regulada por el sistema reticular que, por vía eferente, descarga acetilcolina en las células blanco pulmonares (epitelio, vasos sanguíneos, glándulas, fibras musculares, membrana basal, etc.). El resultado es un proceso inflamatorio que provoca edema de la mucosa, hipersecreción viscosa, contractura muscular y disminución del calibre de los bronquios. Cada nuevo estímulo refuerza el arco reflejo y facilita el estado de hiperreactividad bronquial.

- **Teoría del bloqueo B2 adrenérgico** : la incapacidad del bronquio para anular el estado de hiperreactividad bronquial se ha explicado por un bloqueo en la función de los receptores B2-adrenérgicos. Las hipótesis que intentan aclarar el fenómeno son numerosas; entre ellas podemos citar las siguientes: 1) Cambios en la afinidad de las catecolaminas por los receptores B-2, 2) Reducción en el número de receptores B-2, 3) "Interconversión" de receptores B en alfa, 4) Alteración en la unión de los receptores activados y las unidades catalíticas de adenilciclasa y 5) Reducción en la concentración de adenilciclasa intracelular.

El bloqueo de los receptores B-2 adrenérgicos dejaría relativamente sin oposición los reflejos colinérgicos y podría explicar también la hiperreactividad bronquial ya mencionada, que es el carácter más destacado del padecimiento.

Esquema 1

DIVISION DEL SISTEMA NERVIOSO.DIVISION ANATOMICA.-S.N.CENTRALS.N.PERIFERICO

CEREBRO: Telencéfalo (corteza cerebral)
Diencefalo (núcleos centrales)

CEREBELO:

TALLO CEREBRAL: Mesencéfalo
Protuberancia
Bulbo Raquídeo

MEDULA ESPINAL

NERVIOS CRANEALES

- | | |
|------------------|------------------|
| 1.- Olfatorio | 7.- Facial |
| 2.- Optico | 8.- Auditivo |
| 3.- M.O. Común | 9. Glosofaríngeo |
| 4.- Patético | 10.- Vago |
| 5.- Trigémico | 11.- Espinal |
| 6.- M.O. Externo | 12.- Hipogloso |

NERVIOS RAQUIDEOS**CADENA DELGRANSIMPATICO**DIVISION FUNCIONAL.-

1.- S.N. CEREBROESPINAL - De la vida de relación con el medio

2.- S.N. AUTONOMO.- De la vida vegetativa, que se compone de dos grandes sistemas:

A: SISTEMA SIMPATICO: De función ADRENERGICA
broncodilatadora (adrenalina) está
formado por: 1) CADENA DEL GRAN SIMPATICO
2) CATECOLAMINAS: Adrenalina
Noradrenalina

B. - SISTEMA PARASIMPATICO: De función COLINERGICA
broncoconstrictora (acetil
colina). Está formado por:
1) NERVIOS CRANEALES.-
III.- M.O.COMUN
VII.- FACIAL
IX.- GLOsofaríngeo
X.- VAGO O NEUMOGASTRICO

Por lo antes descrito, puede, concluirse que el asma requiere de un sujeto susceptible, con un aparato respiratorio que responde con broncoespasmo, a estímulos considerados como inocuos para la población general.

A continuación se mencionan los agentes desencadenantes del asma y sus mecanismos de acción.

1.1.2.2.-) Factores inmunitarios .-

Los primeros estudios que relacionaron al asma con los fenómenos alérgicos se remontan a casi cuatro siglos; sin embargo, no fue sino hasta 1966 cuando Ishikawa y Johansen iniciaron las teorías modernas sobre inmunidad y asma.

Los niveles séricos de IgE normalmente son muy bajos (alrededor de 0.03 mg por 100 cc). En el caso del asma alérgica, estas cifras se multiplican por centenas. Cuando los niveles plasmáticos son altos, también se encuentran grandes depósitos en los tejidos periféricos.

La molécula de IgE está formada por dos cadenas ligeras idénticas, denominadas **kappa** o **lambda**, que son comunes a todas las inmunoglobulinas. Contiene, además, dos cadenas pesadas llamadas **epsilon**, características de la IgE. En la estructura de la molécula, existe un fragmento cristalizante que le permite unirse a la membrana de las células cebadas y a los basófilos, sobre un receptor específico para la reagina, cuyo peso molecular es de 50 mil daltons. El número de receptores en personas sanas y asmáticas es similar.

Una vez que la IgE se deposita en la célula cebada o en los basófilos, el calcio se precipita al interior, cuando la membrana modifica su permeabilidad. Este primer fenómeno parece ser un factor limitante en el origen de la reacción inflamatoria y probablemente algunos medicamentos actúen frenando la secreción de humores celulares en este nivel.

La primera enzima en activarse se localiza en la membrana celular; es una proesterasa que se transforma en esterasa e inicia una serie de reacciones que tienen como efecto terminal el descenso del monofosfato cíclico de adenosina (AMPc) y la elevación del monofosfato cíclico de guanosina (GMPc) intracelulares. Estas alteraciones bioquímicas permiten a la célula eliminar mediadores del tipo de la histamina, sustancia de reacción lenta de la anafilaxia (SRAa), factores quimiotácticos para los eosinófilos A(ECFa) y otros leucocitos (NCFa), bradicininas, serotonina, factor activador de las plaquetas (PAF), prostaglandinas F2- alfa, E-1 y E-2.

El efecto de los mediadores químicos no sólo afecta a los tejidos que intervienen en la inflamación, ya que también funcionan como autorreguladores de todo el proceso. Así, podemos observar los siguientes mecanismos:

1.-) El ECFa atrae eosinófilos que desnaturalizan la SRSa y la histamina, gracias a que contienen una arilsulfatasa y una histaminasa.

2.-) La histaminasa y la prostaglandina E estimulan los receptores H-2 de las células cebadas y los basófilos y aumentan, por esta vía, los niveles de AMPe con los que frenan la liberación de los mediadores.

3.-) La histamina promueve la liberación de adrenalina a nivel de las suprarrenales, con la que favorece la broncodilatación.

En cuanto a las estructuras blanco, sobre las que actúan los mediadores químicos, podemos decir que son variadas e incluyen, desde la membrana basal bronquial, hasta las células epiteliales. Para fines didácticos se menciona lo que sucede en la fibra muscular lisa, ya que representa el modelo de la célula blanco pulmonar. Los mediadores químicos actúan a nivel de receptores de membrana, entre los que se tienen.

1.-) Receptores H-1 y H-2 para la histamina: cuando la histamina estimula los receptores H-1, se presenta contracción de la fibra muscular. La respuesta a la excitación de los H-2 no es del todo conocida, pero se piensa que produce dilatación.

2.-) Receptores colinérgicos: son capaces de responder a la acetilcolina del sistema parasimpático, con una contracción muscular.

3.-) Receptores adrenérgicos: Ahlquist en 1948 clasificó a los receptores adrenérgicos en alfa (excitatorios) y beta (inhibitorios).

En 1967, Lands y colaboradores clasificaron a los beta en : beta 1 y beta 2; los primeros, mediadores del estímulo cardíaco y los segundos, de la relajación del músculo bronquial. Cuando se estimulan los receptores alfa adrenérgicos, se activa una enzima de la membrana denominada guanilciclase, que establece la conversión del trifosfato de guanosina (GTP) en monofosfato cíclico de guanosina (GMPc), en el que se contrae la fibra muscular.

Si los receptores beta-2 son estimulados, se activa otra enzima de la membrana, denominada adenilciclase, que transforma el trifosfato de adenosina (ATP) en monofosfato cíclico de adenosina (AMPc), que produce la dilatación bronquial.

Tanto el GMPc como el AMPc son desnaturalizados por una fosfodiesterasa, en productos inactivos, con los que se limitan las reacciones intracelulares.

4.-) Receptores para prostaglandinas: La membrana celular posee receptores para la prostaglandina F-2-alfa, que al estimularse produce contracción muscular. Otros receptores, los E-1 y E-2, establecen dilatación muscular.

Por la vía de la secreción de mediadores químicos, varios agentes etiológicos desencadenan las crisis asmáticas. La reacción, como lo hemos mencionado está mediada por IgE (reacción inmune de tipo inmediato), aunque también se han descrito reacciones mediadas por IgG-4 y por depósitos de complejos inmunes (ambas reacciones lentas), con un mecanismo fisiopatológico similar.

1.1.2.3.-) Factores Infecciosos .-

En el medio, las infecciones acompañan a la mayoría de los pacientes con crisis asmática que acuden a los servicios de urgencias. Al parecer, las infecciones se presentan con mayor frecuencia en los asmáticos que en la población general, aunque esta relación no es auténtica sino más bien casual, (Rev. Mexicana de Pediatría, vol. 57, núm 6, 1990).

La causa infecciosa más común es la viral y en ella están involucrados los virus sincicial respiratorio, Coxsackie y adenovirus. Entre las bacterias, dominan las grampositivas del tipo del estreptococo, neumococo y otros.

El foco infeccioso puede localizarse a cualquier nivel del aparato respiratorio. En ocasiones, es rinofaríngeo y el broncospasmo se presenta como una lesión a distancia. En otras ocasiones, la infección se localiza en el parénquima pulmonar, con un mecanismo IN SITU, fenómeno que exacerba los síntomas al agregar al broncospasmo del asma, la inflamación que produce el agente infeccioso.

El mecanismo de acción de las infecciones es variable y parcialmente conocido. Se sabe que las infecciones lesionan la mucosa bronquial, irritan las terminaciones sensitivas parasimpáticas y favorecen la acción de los mediadores químicos sobre las fibras musculares. En el primer caso, se ha demostrado que las infecciones virales disminuyen el umbral de adaptación de los receptores, haciendo a personas normales potencialmente asmáticas. Empey y colaboradores demostraron que las infecciones sensibilizan a los receptores a la acción de la histamina y por esta vía, exageran el reflejo parasimpático.

Otro mecanismo señalado especialmente para las infecciones virales es el de la disminución directa de los niveles de adenilciclasa en la fibra muscular, que trae como consecuencia la incapacidad para transformar el ATP en AMPc.

1.1.2.4.-) Factores Psíquicos .-

A partir de los trabajos de Franz Alexander en 1935 se conoce acerca de la relación existente entre los fenómenos emocionales y las crisis asmáticas. Por su parte, Purcell ha descrito que la angustia, preocupación, depresión, cólera, excitación agradable o desagradable, el reír, toser y, en general, la hiperventilación que acompaña a las emociones, pueden desencadenar broncospasmo en personas susceptibles.

El mecanismo de acción de este factor se ha explicado por el hecho de que las emociones se modifican y deforman en la mente del paciente, mediante operaciones psicológicas que no involucran su voluntad. La excitación fisiológica que acompaña a las emociones es regulada por el sistema límbico hipotalámico que por vía vagal desencadena el broncospasmo. Otra teoría sugiere que los eventos psicológicos utilizan un eje hipotálamo suprarrenal para liberar cortisol, el cual toma parte en la génesis del broncospasmo.

Escobar y Tristan (op. cit., 1990), señalan que para que los factores psíquicos actúen como agentes desencadenantes, es necesario que exista, primero, un estado de hiperreactividad bronquial, como elemento fundamental. Desafortunadamente, en muchas ocasiones se ha mencionado que el origen del asma es estrictamente emocional, cuando, en realidad, los factores psíquicos sólo actúan en personas con susceptibilidad especial.

1.1.2.5.-) Contaminación Ambiental .-

La exposición a una atmósfera que contenga irritantes para las vías respiratorias es un hecho significativo en la historia natural del asma.

Se ha demostrado que la presencia de óxido de sulfuro, aldehídos, ozono, humos de combustión interna y humo de cigarrillos, pueden desencadenar crisis de asma, al estimular directamente los receptores parasimpáticos. Este mecanismo tiene un efecto mayor cuando la mucosa respiratoria presenta una infección agregada o un proceso bronquítico crónico.

A este respecto se tiene un interesante estudio, realizado en 1978 por Gardida y cols. en 344 escolares de la ciudad de México. Estos seleccionaron niños aparentemente sanos de dos poblaciones, con características socioeconómicas similares, aunque sujetos a una polución atmosférica diferente. Un poblado se localizaba en el noroeste de la ciudad de México (Azcapotzalco) y otro en el sur. Los que vivían en la zona norte (Industrial) presentaban valores bajos para la capacidad vital (CV) y para el flujo espiratorio forzado medio y el flujo espiratorio máximo medio.

Por otra parte, al comparar los niveles de contaminación ambiental y el número de casos de asma al año, se observa que la mayor frecuencia se presenta cuando se alcanzan los niveles más altos de contaminación atmosférica con sulfatos, manganeso, plomo, cromo, cobre, etc.

1.1.3.-) Anatomía patológica .-

Los datos característicos pueden agruparse en dos niveles :

1.- **Luz bronquial** : abundan los tapones de moco viscoso, con importante adherencia al epitelio bronquial. En el moco se observa gran cantidad de eosinófilos y células epiteliales, que pueden ser cilíndricas o escamosas. Los tapones de moco obliteran la luz bronquial y en ocasiones delimitan áreas de microatelectasias o enfisema.

2.- **Pared bronquial** : hay pérdida del epitelio ciliado y en casos crónicos se puede observar metaplasia de células calciformes, edema intersticial e infiltrado inflamatorio por eosinófilos. En casos crónicos, se observa hipertrofia de las glándulas de la submucosa.

También es importante el aumento en el tamaño de la musculatura bronquial, con base en el aumento en el número y volumen de las fibras.

Datos menos característicos son la dilatación de los capilares y alvéolos, así como la hiperplasia de ganglios hiliares pulmonares y colapso alveolar focal. Estudios de inmunofluorescencia pueden demostrar la presencia de IgE e IgG en el epitelio respiratorio y la submucosa.

1.1.4.-) Cuadro Clínico .-

La crisis se presenta con mayor frecuencia en los meses de octubre y noviembre, o en marzo y abril. Generalmente afecta más a varones (op. cit. , 1994) y la primera manifestación se presenta , por lo general, en la edad preescolar, después en escolares, lactantes y adolescentes, en ese orden de frecuencia.

Sobre el pronóstico y edad de principio de la primera crisis, no existe acuerdo, aunque al parecer la mayoría de los autores coinciden en que, si el padecimiento se inicia muy precozmente también desaparecerá a edad más temprana. Los casos de niños con asma en la adolescencia, son en número relativamente inferior a los de cualquier otra edad.

El cuadro se inicia con accesos de tos seca, de presentación intempestiva, con periodos variables y generalmente nocturna. En ocasiones, los niños con asma por ejercicio inician el cuadro después de actividad física moderada, pero puede haber el antecedente de alteraciones emocionales en el núcleo familiar.

La tos es seguida por datos de disnea de intensidad variable, la cual se acompaña por importante trabajo ventilatorio caracterizado por aleteo nasal, aumento en la frecuencia y profundidad de las respiraciones, que pronto se transforman en respiración jadeante, relacionada a angustia. El paciente levanta los hombros buscando ampliar el volumen ventilatorio y, a la distancia, se pueden escuchar estertores sibilantes.

La facies del paciente demuestra angustia y sed de aire. Se lo puede observar pálido, con un color terroso violáceo, inquieto, con llanto fácil.

El tórax se aprecia aumentado de volumen (especialmente en los casos crónicos), con aumento del diámetro anteroposterior. Hay disociación de la respiración, con claro trabajo de músculos abdominales que intentan infructuosamente eliminar el aire atrapado en los pulmones. Hay ruidos suprasternal y supraclaviculares, así como intercostales y subcostales.

A la auscultación, se encuentran todo tipo de estertores. El asma es la gran simuladora; puede detectarse ventilación normal, con discreta espiración prolongada, la que relacionada al cuadro clínico descrito, permite hacer el diagnóstico de asma. En ocasiones, se encuentra hipoventilación basal bilateral, con hiperventilación apical unilateral o bilateral. Estas alteraciones ventilatorias no se relacionan a cambios en la transmisión de la voz.

El signo característico se lo encuentra en la espiración, la cual se encuentra prolongada y se acompaña de importantes sibilancias que pueden escucharse a distancia.

1.1.5.-) Tratamiento de la crisis asmática .-

La valoración clínica inicial proporciona la pauta del cuidado del paciente con asma. Si la frecuencia cardíaca es normal para la edad del paciente y no existe foco infeccioso evidente se podrá utilizar medicamentos del tipo de la adrenalina.

La adrenalina es un potente broncodilatador, pero tiene el inconveniente de elevar la frecuencia cardíaca.

Si el paciente mejora en forma importante, no hay broncospasmo evidente y la ventilación es normal, podrá ser enviado a su domicilio, con control en consulta externa y recibiendo como tratamiento de sostén para la broncoconstricción, salbutamol, fármaco con efecto selectivo beta-2 y escaso poder cardio-acelerador.

Si el estado del paciente no mejora con la adrenalina, deberá hospitalizarse para estudio y tratamiento completo.

La asociación de corticoides u otro tipo de broncodilatadores puede ser necesaria en caso de resistencia al tratamiento y en casos de status asmaticus.

El mecanismo de acción de los broncodilatadores está en relación con la fisiopatología. Salbutamol, adrenalina, terbutalina y otros, actúan incrementando los niveles de adenilciclasa, mientras que la aminofilina disminuye los niveles de fosfodisterasa. La consecuencia de los dos mecanismos es persistencia del AMPc para asegurar la broncodilatación.

Como conclusión después de esta breve revisión, podemos señalar que, al parecer cualquiera que sea el mecanismo desencadenante de asma, deberá entenderse siempre bajo la idea de la hiperreactividad bronquial que, por acción de un factor desencadenante, producirá contracción persistente de la musculatura lisa bronquial, edema de la mucosa y cambios en la viscosidad de las secreciones, que provocarán reducción del calibre bronquiolar y dificultad al paso del aire, en la espiración. Por otra parte, los factores psíquicos se constituyen en desencadenantes potenciales en personas con dicha susceptibilidad especial; estableciéndose, de esta forma, una conexión PSIQUE-SOMA.

1.2.-) La Relación Materno-Infantil .- La madre y la familia como matriz de la humanización .-

"El ser humano es el ser vivo de más alto nivel de complejidad de organización psicológica. Esta característica le permite afrontar su supervivencia con muchos más recursos que otras especies vivas. Pero también el costo es mayor". (A. Pérez, 1978)

A partir de los trabajos de Sigmund Freud, se abrió toda una nueva perspectiva respecto a la forma de interpretar o explicar las características y el curso del desarrollo psíquico de

los sujetos. Por vez primera, se atribuyó a la infancia un rol determinante en el desarrollo posterior.

Los estudios en el campo de la clínica y de la psicología del desarrollo han confirmado y ampliado esas primeras observaciones. Se dispone actualmente de evidencias que permiten concebir la edad de la lactancia y de la infancia temprana como un periodo crucial en el desarrollo no sólo de las características emocionales y sociales, sino también de las funciones cognitivas.

En este contexto, ha quedado establecido también que la "presencia" de una figura materna durante los primeros años de vida posee una importancia crucial para el normal desarrollo del niño. Con ella establece su primera relación afectiva y, en general, la madre actúa como proveedora y mediadora de estímulos, sociales y emocionales.

Una multitud de trabajos, especialmente aquellos de orientación analítica, nos señalan la importancia de la madre y la familia para la supervivencia y estructuración psíquica del ser humano. Así pues, el medio natural por el cual se genera, organiza y mantiene la vida del humano es la trama familiar; en la cual, la figura materna actúa como foco de cristalización de una problemática familiar y social. Con esto queremos señalar, que si bien es innegable que la madre no es el único ser humano que rodea al niño, que existen el padre y los hermanos, y que éstos tienen su natural importancia, que incluso el medio cultural influye sobre el niño, a pesar de esto, en nuestra cultura occidental todo ello se le transmite a través de su relación con la madre o su sustituto. Derivándose de ello la importancia crucial del papel materno.

Sabido es que el ser humano nace con un alto grado de indefensión fáctica. Al separarse del cuerpo de la madre y ofrecerse morfológicamente diferenciado puede ser percibido como un individuo de la especie. No obstante no está habilitado ni siquiera para sobrevivir por sus propios medios. Depende absolutamente de individuos maduros de la especie para preservar su vida. Aun más para poder ser reconocido como humano, diferente de un organismo vivo en supervivencia, deberá ir acuciando procesos en el nivel de lo psíquico, como los procesos simbólicos, y en esto consistirá su humanización progresiva, y esta humanización se produce en el último intercambio del niño con las personas de su alrededor y fundamentalmente a través de su madre.

De una especie de interjuego entre sus pulsiones a satisfacer con el medio proveedor surgirá el poder preservar la vida, instalándose, de esta forma, las bases del psiquismo temprano, el inicio de un "aparato psíquico". Es importante recalcar, que el desarrollo de este aparato psíquico es de armado postnatal.

El adulto en contacto con el niño mantiene un ligamen con él y éste con aquel. Este ligamen afectivo se traduce en un vínculo que actúa a modo de cordón umbilical, no tangible pero vigoroso vehículo que transporta resoluciones, frustraciones afectivas, decodificaciones de modelos para manejar la angustia, etc. De esta manera, se constituye en fuente de estimulación tanto del desarrollo intelectual como afectivo y social, aspectos que constituyen parte de la estructura del aparato psíquico del niño. Acerca de esto, debemos tomar en

consideración aquello que señala A. Pérez (op. cit., 1978) : "De todo lo que se produzca y de cómo se produzca y de lo que no se produzca y de cómo no se produzca entre los dos polos (madre-niño) dependerá que el órgano mental se estructure adecuadamente o no". Se trata pues de una relación calificada entre sujeto y objeto. Los dos factores en interacción consisten en una madre con su individualidad formada y un niño con su individualidad en formación.

Es a través de este vínculo cargado de significaciones y fantasías, tanto por el polo niño como por el polo adulto, que se estructura el aparato psíquico.

Acerca de esta relación, D. W. Winnicott (Realidad y Juego, 1979) señala que el rostro de la madre posee una función estructurante, "...es un espejo que devuelve al niño una imagen de sí mismo"; y sus verbalizaciones no sólo estimulan el desarrollo del lenguaje del niño (la simbolización), sino que además lo atraviesan, al significar el mundo que lo rodea, y lo sitúan como sujeto, pues, se lo nombra, se le otorga un lugar y un sentido (o un sinsentido) a su existencia.

En esta relación temprana la madre deberá desempeñar la función de continente, en virtud de que el niño proyectará sobre ella diversos contenidos (primitivos), tales como impulsos sexuales, rabia, destrucción, angustia de muerte, etc.; los cuales darán lugar, entre los tres y los cinco años (fase fálica), al establecimiento de una estructura nuclear en el psiquismo humano que Sigmund Freud llamó acertadamente "Complejo de Edipo", el cual da cuenta de la intensidad pasional que caracteriza a la relación de la madre con el niño pequeño. Sin embargo, es la misma madre o su sustituto quien, desde los primeros momentos de su relación con el niño, no sólo debe contener sino también elaborar y devolver metabolizados estos contenidos, o sea transformados. Esto es lo que Bion conceptualiza con la frase "capacidad de reverie de la madre". Esta función del Otro en relación con el niño, debe consistir en transformar agresión en tranquilidad, displacer en placer, lo somático en psíquico, la identificación proyectiva en la posibilidad de identificaciones introyectivas. De esta forma, la madre se constituye en el soporte de la estructuración psíquica del niño pues, ésta puede en el proceso de interacción introyectar o interiorizar una imagen tranquilizadora del mundo exterior que lo enriquece ("núcleos del yo") y posibilita los procesos de integración subjetiva (mundo interior del niño) - objetivo (mundo exterior), que favorecen el desarrollo de funciones cognoscitivas (la simbolización), emocionales y sociales.

Los procesos psíquicos que se privilegian durante los primeros años del niño en su relación con la madre, ya sea primarios o secundarios, determinarán los recursos con que éste cuenta para enfrentar las exigencias del "período de latencia" que da comienzo entre el quinto o sexto año y se prolonga hasta el comienzo de la pubertad. Las características de dicho período nos interesan de forma particular, en virtud de que los niños que conforman el grupo terapéutico, objeto de la presente investigación, se encuentran entre los cinco y los siete años de edad. Este período de latencia representa una especie de detención en la evolución de la intensa sexualidad infantil, "...durante él se observa, desde este punto de vista, una disminución de las actividades sexuales, la desexualización de las relaciones de objeto y de los sentimientos...y la aparición de sentimientos como el pudor y el asco y de

aspiraciones morales estéticas. Según la teoría psicoanalítica, el periodo de latencia tiene su origen en la declinación del complejo de Edipo; corresponde a una intensificación de la represión (que provoca una amnesia que abarca los primeros años), una transformación de las catexis de objetos en identificaciones con los padres y un desarrollo de las sublimaciones", (Laplanche y Pontalis, 1977).

En el periodo de latencia las organizaciones sociales y el propio desarrollo del niño, le exigen la renuncia a la sexualidad infantil y en especial su renuncia a la relación amorosa intensa que mantiene con la madre (objeto primario). Las formaciones sociales uniendo su acción a las del Super yo refuerzan la latencia sexual y exigen al niño privilegiar los procesos secundarios frente a los primarios, imponen el uso de los signos sociales frente a los individuales. La escuela introduce un dinamismo intelectual en la experiencia del niño; pues le impone el uso operacional del pensamiento y del lenguaje, ya que el aprendizaje debe separarse de la experiencia exclusiva con los objetos y acciones concretas y acercarse a la experiencia con sus representantes; se trata, de reaprender en el plano del pensamiento lo que ha sido una experiencia concreta, (Piaget, 1973). A través del uso operacional (reversible) del pensamiento y el lenguaje, podrá reorganizar, de una forma cualitativamente diferente, los impulsos de la primera infancia. Emocionalmente, el pequeño, deberá sublimar la energía de sus deseos sexuales transformándolos en sentimientos tiernos y socialmente aceptables. Por lo tanto, el niño deberá enfrentar y reorganizar con aquellos recursos simbólicos posibilitados por sus primeras relaciones, todas las exigencias sociales y biológicas mencionadas.

1.3.-) La Simbolización .-

La simbolización constituye un proceso psíquico que consideramos desde un criterio clínico- evolutivo que nos permite pensar al niño en desarrollo (longitudinal y transversalmente).

Se trata de una función ejercida por el yo, la cual, según D. W. Winnicott (*Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*, 1981), junto con la Integración es uno de los procesos más elaborados que ponen en contacto al yo con la realidad de una forma elaborada; es decir, que establecen una cierta distancia entre el objeto (por ej. el deseo inconsciente) y el símbolo o su representación.

Desde un punto de vista clínico-evolutivo, la función simbólica tiene sus orígenes en la temprana relación materno-infantil. En la cual se pone en juego la capacidad de *r'everie* de la madre; es decir, su capacidad para hacer la identificación introyectiva de la identificación proyectiva del bebé, o de actuar como continente de las ansiedades primitivas de éste metabolizándolas en contenidos más elaborados y tranquilizadores, como por ej. transformando la necesidad (lo somático) en deseo (lo psíquico). De esta forma, en esta experiencia con el Otro se estructura en el sujeto una "unidad (narcisista) psicósomática", y es, también, en este primer modelo socializado sobre el que se asienta la posterior capacidad para pensar; la cual, según Ferschtut y Serebriany ("Notas acerca de la mentalidad y el *acting out* grupales y de su interpretación transferencial", 1969), sería una actividad mental, desarrollada en el tiempo por el yo (aparato pensante), que se pondría en

marcha por la aparición de una ansiedad (impulso instintivo-frustración) y cuyo fin es elaborar un conflicto interno y para que esta actividad sea exitosa tiene que alcanzar el plano simbólico, lo que implica lograr la integración de una relación objetal interna fértil y la integración con la realidad externa. Esto permitirá, en consecuencia, el conocimiento y la discriminación de ambas realidades, con su consiguiente manejo adecuado (principio de realidad).

Este aprendizaje de la función simbólica, si bien tiene su origen sobresignificante en la temprana relación madre-niño, continúa su evolución transversal en el desarrollo del pequeño, por ej. a través de los fenómenos transicionales identificados por D.W. Winnicott, en los cuales es posible reconocer otra de las raíces de la función simbólica, la cual se establece a partir de las defensas primitivas del niño frente a la angustia. Sin embargo, la naturaleza de los fenómenos transicionales estará determinada por la naturaleza de la relación de esa madre con ese bebé.

Para comprender mejor las características de estos fenómenos, debemos comenzar señalando que en opinión de Winnicott, el niño en los primeros meses de vida se encuentra totalmente ocupado en el logro de los procesos de su integración y su relación con el mundo exterior. De acuerdo a este mismo autor, en las primeras etapas del desarrollo emocional del lactante, el medio ambiente desempeña un rol vital, y el pequeño aun no lo distingue de su propia persona. La encargada de traer noticias o pedazos de este mundo exterior a la vida del niño es la madre, quien se configura como la representación máxima del mundo de "afuera" (objetivo) que rodea al pequeño a través de los cuidados que le prodiga. Es en esta relación de total dependencia con la madre en la que, en forma gradual, se realiza la separación del No yo del Yo. Es decir, el logro de una relación que distingue la diferencia entre un mundo exterior (objetivo) y otro interior (subjetivo), la cual da lugar paulatinamente al reconocimiento de la **noción de "representante de" (lo simbólico)**. El tiempo que toma el proceso varía de acuerdo con el pequeño y con el medio, y en el mismo desempeñan un papel de fundamental importancia los llamados "fenómenos transicionales", los cuales como su nombre lo indica permiten el tránsito gradual del niño de lo subjetivo puro al reconocimiento y uso de la diferencia subjetivo-objetivo, yo-no yo, adentro-afuera; a través de experiencias límite que no es posible situar en ninguno de los dos extremos, sino que se encuentran en situación intermedia al ser internos y externos simultáneamente.

La función simbólica tiene como representantes manifiestos al pensamiento y al lenguaje.

La simbolización permite el manejo diferido de la realidad que se opera mediante el pensamiento; es decir, que el sujeto realiza operaciones concretas en el mundo de lo "real" que le posibilitan interiorizar esquemas anticipatorios y reversibles.

Un déficit por parte de la madre en cuanto a la capacidad de reverie, puede establecer en el niño la tendencia a seguir modelos de interacción psicosocial en los cuales se privilegia la expresión de ansiedades y conflictos a través de canales concretos como las conductas de acción o impulsivas. De la misma forma, incluso la patología sigue la misma línea y el conflicto también suele tener preferencia por la manifestación en el propio cuerpo y en el mundo externo y no en expresiones más simbólicas, es el caso de las somatizaciones y

afecciones psicósomáticas. Este déficit en el desarrollo de la función simbólica, afecta, también, la comunicación y las funciones intelectuales; así, la primera puede ser predominantemente preverbal, con una marcada preferencia por el lenguaje de acción. En los adultos las verbalizaciones muestran una concretización del pensamiento que P. Marty y M. de M'Uzan, (La investigación psicósomática, 1982), llamaron "pensamiento operatorio" que sería una modalidad de pensamiento técnicamente correcto e inclusive fecundo aun en el campo de lo abstracto, pero con contenidos predominantemente "razonables", la mayor parte concretos y con una clara orientación pragmática, tenazmente adheridos a la descripción de lo circunstancial; los relatos son impersonales, pueden ser breves o con muchos detalles pero las referencias a la realidad son abrumadoras, así, por ejemplo, en las pruebas proyectivas verbales los sujetos tienden a hacer simples descripciones en el aquí y ahora.

1.4.- Descripción Teórica de los Instrumentos de Diagnóstico .-

1.4.1.-) EL Test del Dibujo de la Figura Humana .-

Se trata de un instrumento muy utilizado en la práctica clínica con niños, justamente por sus características de fácil aplicación y por la buena disposición que muestran los pequeños para realizarlo, a esto se añade la enorme efectividad que posee en la rápida detección de aspectos evolutivos y emocionales (aspecto que ha sido estudiado en muestras bastante amplias), de ahí que se lo utilice también como un termómetro para la valoración de los cambios producidos en el niño por el proceso psicoterapéutico. A este respecto, Koppitz señala que el DFH constituye un retrato del niño interior en un momento dado (El Dibujo de la Figura Humana, 1982).

Utilizamos el instrumento de acuerdo a los aspectos tratados por Elizabeth Münsterberg Koppitz, tanto en lo referente a las condiciones de administración, como en la calificación de los protocolos. De esta forma, hacemos uso de la consigna establecida por la autora: " Querría que en esta hoja dibujaras una persona ENTERA. Puede ser cualquier clase de persona que quieras dibujar, siempre que sea una persona completa, y no una caricatura o una figura hecha con palotes". En cuanto a la calificación, se realiza una valoración de los aspectos intelectuales a través de treinta ítems evolutivos propuestos, y otra de los aspectos emocionales por medio de otros treinta que no están relacionados primariamente con la edad y maduración del niño, sino que reflejan sus ansiedades, preocupaciones y actitudes. Estos últimos comprenden tres tipos diferentes de ítems, que son los signos cualitativos, los detalles especiales y las omisiones de rasgos gráficos que serían esperables en un determinado nivel de edad.

Los estudios de confiabilidad de los ítems evolutivos del test se llevaron a cabo en colaboración con la Dra. M. Wilson, en el condado de Ohio (U.S.A.). Los estudios de confiabilidad del puntaje de los DFH se llevaron a cabo mediante la técnica de interjueces, lográndose una confianza del 95%. Para el estudio normativo de los ítems evolutivos la muestra estuvo constituida por 1856 alumnos de escuelas primarias públicas, con niños de estratos socioeconómicos diversos (por zona de residencia), alto, medio y bajo, (Ibid, pág. 24, 1982). Los mismos protocolos de los 1856 niños sirvieron como población normativa

para el estudio de los indicadores emocionales, la autora evaluó todos estos protocolos, (Ibid, pág. 55, 1982).

En la investigación consideramos que si el DFH es un retrato del niño interior, refleja, también, su dinámica psíquica interna, es decir, la forma en que maneja sus ansiedades, la forma en que percibe el mundo exterior y la forma en la que se percibe a sí mismo. Luego, el protocolo del niño reflejará, a través de rasgos gráficos, parte de su problemática y los mecanismos que emplea para enfrentarla; así pues, consideramos que entre ciertos indicadores emocionales (de rasgos primarios) y los procesos simbólicos (o secundarios) existe una relación inversa; es decir, que a mayor número de indicadores emocionales de tendencias impulsivas autodestructivas (propias de los pacientes psicósomáticos, Koppitz, pág. 68), menor presencia de procesos secundarios o simbólicos que permitan al niño sentirse más adecuado y capaz para enfrentar las situaciones conflictivas. En este sentido, consideramos que merecen especial observación en los protocolos la presencia o ausencia de aquellos indicadores que reflejen una tendencia en los niños hacia conductas impulsivas autodestructivas, entre los cuales se encuentran especialmente los siguientes: **Figura que incluya aspectos deteriorados o dañados**, por ej. figura desintegrada, figura pequeña, figura sombreada, etc., entre los ítems de calidad del dibujo; **Omisión de partes**, entre los ítems de omisiones de signos esperados; **Dibujo de detalles especiales**, que indiquen impulsividad, agresividad o tendencia a la autoagresión (Koppitz, pág. 68, 1982).

Por último, diremos que la especial efectividad, señalada por Koppitz, del DFH para reflejar los cambios en los niños debidos a la psicoterapia (El Test del Dibujo de la Figura Humana, pág. 183, 1982), nos permite realizar una comparación clínica pretest- postest entre los protocolos; ya que consideramos que al aumentar los recursos simbólicos de los niños gracias al proceso grupal, se produce también una modificación en la imagen que el niño posee de sí mismo, aspecto que puede aparecer representado gráficamente a través de una disminución de ítems emocionales.

1.4.2.-) El Test de Apercepción Temática para Niños con Figuras de Animales (C.A.T.-A.)

Históricamente se le debe al Dr. Kris la idea de que a los niños les resulta más fácil identificarse con animales que con personas. Bellak se hace cargo de esta reflexión y se dedica a la confección de un material distinto del T.A.T.. De esta forma, L. y S. Bellak presentan una galería de diez láminas compuestas por personajes específicamente animales y otros ligeramente antropomórficos. Se trata de un test aplicable a niños de 3 a 10 años, de ambos sexos, y surge con el objetivo de posibilitar la comprensión de las tendencias del niño y sus relaciones con las figuras más importantes. Así, las láminas exploran: problemas de alimentación, rivalidad entre hermanos, complejo de Edipo y escena primaria, agresión, miedos, masturbación, hábitos de limpieza, etc.

En el trabajo de investigación clínica que presentamos hacemos uso del modelo propuesto por S. Baringoltz ("Pautas para la Interpretación del Test de Apercepción Infantil", 1979). El modelo constituye el resultado de una experiencia de investigación de varios años en la Cátedra de Técnicas Proyectivas de la UNBA (Universidad Nacional de

Buenos Aires), y que surge de la necesidad de modificar parcialmente algunos de los esquemas de administración e interpretación del CAT, adecuándolos más a los sistemas conceptuales hoy vigentes entre los psicólogos con un marco conceptual psicoanalítico.

En la administración adoptamos la consigna propuesta por S. Baringoltz (Ibíd, págs. 171-172, 1979), quien propone la siguiente formulación : "...te voy a mostrar algunas láminas; quisiera que me hagas un cuento con cada una de ellas, donde me digas qué pasó antes, qué está pasando ahora y qué pasará después". Como los niños que participan de la investigación son pequeños, les vamos preguntando acerca de la secuencia temporal (por ej. "¿y qué sucedió antes?", "¿qué sucederá después?") conforme avanza la prueba y de acuerdo a sus dificultades; sin embargo, si después de estas aclaraciones y a pesar de ellas hay alteraciones con respecto a la consigna, las mismas deben considerarse como dato significativo.

En cuanto a la interpretación de las historias, seguimos los indicadores propuestos por la autora antes mencionada, en razón de que los mismos reflejan las características de la función simbólica, y son los siguientes :

- 1) Qué animales ve y cómo los ve. Omisiones, adiciones y distorsiones.
- 2) Qué otros elementos no animales se ven en la lámina y de qué manera. Omisiones, adiciones y distorsiones en el contenido de realidad.

Estos dos indicadores no están directamente relacionados con la función simbólica, pero sí indican el nivel de apercepción, la creatividad y sobre todo sirven a los efectos de descartar perturbaciones psicóticas.

3) Posibilidad de dar pasado, presente y futuro a la historia. Se trata de un indicador directamente relacionado con las funciones simbólicas del niño (pensamiento y lenguaje), ya que implica el ejercicio de la capacidad de abstracción, en este caso como capacidad de planeación, salir del "aquí y ahora" y ser capaz de transportarse mentalmente más allá de lo concreto. En síntesis, este indicador da cuenta de la capacidad del sujeto para "producir la ausencia". Los déficits simbólicos se manifiestan a través de historias centradas en lo circunstancial, en la descripción del estímulo (la lámina) de forma perseverante (en la mayor parte de las láminas).

4) Secuencia lógica o ilógica en la construcción de la historia. Se trata de un indicador directamente relacionado con las funciones simbólicas del niño, ya que se refiere a la estructura de la historia: tiempo, coherencia lógica (del pensamiento) y lenguaje.

5) Tipo de lenguaje utilizado (riqueza, exactitud, adecuación a la edad, etc.). Se trata, también, de un indicador directamente relacionado con las funciones simbólicas del niño, ya que implica la capacidad de representación de las ideas y emociones a través de palabras o significantes.

6) Posibilidad de fantasear, capacidad creativa. Se trata de un indicador directamente relacionado con la simbolización, puesto que constituye el signo de la recreación de los

fantasmas o fantasías inconscientes en el lenguaje, a través de la estructuración de una historia que, sin apartarse de la respuesta típica, tenga aspectos originales (provenientes de la dinámica interna del sujeto). Luego, los déficits simbólicos se manifiestan a través de lo que Baringoltz llama "producciones chatas", resultado de la falta de referencia a un "objeto interno vivo".

7) Tipo de interacción entre los personajes a nivel descriptivo. Se trata de un indicador que da cuenta de los recursos simbólicos del niño; en la medida, en que el niño a través de la problemática que plantea en su historia pone de manifiesto su tendencia al uso de conductas impulsivas o de acto (por ej. golpear, destruir, devorar, matar), contrarias a otras más elaboradas (por ej. hablar, pensar, burlar, aliarse, etc.).

8) Cuál es el tema de las relaciones objetales inconscientes en la interacción. Principales ansiedades asociadas a las relaciones fantaseadas. Principales medios de defensa. Este indicador también ofrece información relativa a los recursos simbólicos del niño, los cuales se contraponen a formas de relación de objeto muy primarias (por ej. simbiosis) y, en consecuencia, a mecanismos de defensa primitivos (por ej. desintegración, escisión del yo y del objeto, identificación proyectiva). Luego, es importante observar en las historias, de qué se defiende el niño y cómo se defiende (las soluciones que propone enriquecen o coartan al yo, construyen o destruyen), y especialmente nos interesa su planteamiento relativo a la relación con la madre y la forma en la que la vive.

1.4.3.-) La Hora de Juego Diagnóstica .-

La Hora de Juego Diagnóstica es un instrumento técnico que utiliza la investigación como parte del proceso psicodiagnóstico al que es sometido cada niño del grupo, para conocer los recursos simbólicos con los que cuenta.

Antes de empezar a describir el instrumento y la forma en la que lo utilizamos, consideramos necesario presentar un análisis acerca de la génesis del juego infantil, su relación con los "fenómenos transicionales" y su establecimiento como recurso simbólico natural del niño.

1.4.3.1.-) El Juego y la Simbolización .-

Fue D. W. Winnicott quien se dedicó a observar y analizar el juego infantil desde un punto de vista clínico, evolutivo y estructural; señalando a partir de ello la relación del mismo con procesos básicos del psiquismo humano, tales como la integración y la simbolización.

Respecto del primero, específicamente señala, que al principio el individuo no constituye una unidad, la personalidad en un comienzo no está integrada y de hecho éste es un paso que nunca acaba de darse y de quedar consolidado. Este proceso de integración se encuentra estructuralmente relacionado con los contactos primarios del niño con el mundo exterior, de forma tal, que en el mismo juega un papel importante la madre o su sustituto. Tal como se

la percibe desde el exterior, la integración o la unidad del sujeto es una organización formada por el medio y el individuo, la psique y el soma.

Respecto de la simbolización diremos que se trata de una función ejercida por el yo, la cual según Winnicott (1981), junto con la Integración es uno de los procesos más elaborados que ponen en contacto al yo con la realidad de una forma más compleja; es decir, que establecen una cierta distancia entre el objeto (por ej. el organismo como lo somático) y el símbolo (por ej. el cuerpo como la representación psíquica del soma). La función simbólica tiene como representantes manifiestos al pensamiento y al lenguaje.

Para poder comprender la forma en que se introducen los símbolos en la vida del niño y su función en la estructuración psíquica, debemos remitirnos nuevamente a las primeras experiencias del pequeño con el mundo exterior; aspectos éstos que intentamos esclarecer gráficamente a través del Esquema 2.

A modo de explicitar el Esquema 2, comenzaremos señalando que en opinión de Winnicott, el niño en los primeros meses de vida se encuentra totalmente ocupado en el logro de los procesos de su integración y su relación con el mundo exterior. En las primeras etapas de su desarrollo emocional aun no distingue el medio ambiente que lo rodea de su propia persona; quien es la encargada de traer noticias o pedazos de este mundo exterior a la vida del niño es la madre, constituyendo la representación máxima del mundo de "afuera" (objetivo) a través de los cuidados que le proporciona. Es en esta relación de total dependencia con la madre en la que, en forma gradual, se realiza la separación del No- yo del Yo; es decir, el logro de una relación que distingue la "diferencia" entre un mundo exterior (objetivo) y otro interior (subjetivo), la cual da lugar paulatinamente al reconocimiento de la noción de "representante de" (lo simbólico).

Este aprendizaje de la función simbólica, si bien tiene su origen sobresignificante en la temprana relación madre-niño, continua su evolución transversal en el desarrollo del pequeño, por ej. a través de los fenómenos transicionales identificados por Winnicott, en los cuales es posible reconocer otra de las raíces de la función simbólica, la cual se establece a partir de las defensas primitivas del niño frente a la angustia. La naturaleza de los fenómenos transicionales estará determinada por la naturaleza de la relación de esa madre con ese bebé.

Los fenómenos transicionales como su nombre lo indica permiten el tránsito gradual del niño de lo subjetivo puro al reconocimiento y uso de la diferencia subjetivo-objetivo, a través de experiencias límite que no es posible situar en ninguno de los dos extremos, sino que se encuentran en situación intermedia al ser internos y externos simultáneamente.

Esquema 2

LOS FENOMENOS TRANSICIONALES Y LA SIMBOLIZACION

NIÑO SUBJETIVO	MADRE OBJETIVO Funciones } sujetar manipular ofrecer objetos
---------------------------------	--

[_____ Campo de Experiencia compartido e intermedio _____]
 (Primera zona de juego)
SUBJETIVO

Ausencia de la madre produce importantes cambios

NIÑO EXTERIOR Subjetivo	↓ FENOMENOS TRANSICIONALES	MUNDO Objeto) el puño, el pulgar, la almohada
---	--------------------------------------	---

(Defensa contra la ansiedad depresiva y la pérdida)

[_____ **Relación Niño - Objeto Transicional** _____]
Precursor Simbólico

Campo de Experiencia Límite } Subjetivo/Objetivo

↓
El juego como fenómeno transicional ("playing")
Los objetos mediatizan la relación y la diferenciación interior-exterior

↓
Raíz del Simbolismo

SIMBOLO = REPRESENTANTE DEL OBJETO REAL

Mundo Interior / Mundo Exterior

Subjetivo / Objetivo

Yo / No Yo

↓
**EXPERIENCIAS CULTURALES } el juego simbólico ,el juego social,
 el pensamiento, el lenguaje.**

Para explicar con mayor detalle este proceso, el cual se caracteriza por su complejidad en relación a la estructuración psíquica del ser humano; debemos comenzar tomando en cuenta que en un primer momento es la madre quien introduce el primer objeto en la experiencia del niño, el pecho "en el momento justo", pero el pequeño lo considera como una parte de sí mismo (subjetivo) o como producto de su propia creación (omnipotencia infantil) debiendo la madre respetar esta fantasía. Sin embargo, todo esto es apenas el principio de inmensas complejidades que comprenden el desarrollo emocional y mental del lactante y el niño.

Al mismo tiempo, es importante tener en cuenta dos aspectos. Por un lado, que el medio ambiente cumple en este proceso tres funciones básicas: sujetar; manipular; ofrecer un objeto. Por otro lado, el hecho de que **"los cambios principales suceden en la separación o ausencia de la madre"**; es decir, ante la imposibilidad que se le plantea al bebé de tener el objeto invariablemente frente a su requerimiento. Al respecto, Winnicott señala que, a estas disposiciones ambientales el niño responde con una máxima maduración personal (como ejemplo podemos remitirnos al juego del "Fort-Da" de un niño de año y medio descrito por Freud en 1920). De esta forma, aparece el fenómeno transicional, cuyo signo objetivo es el uso de un "objeto transicional". Señalamos a continuación, tres citas de D. W. Winnicott que explican el lugar de tránsito que ocupan estos fenómenos transicionales, entre lo subjetivo puro de la vida infantil y el reconocimiento de la existencia de un mundo exterior objetivo separado del yo, que implica la verdadera relación con un objeto externo y sus representantes como símbolos:

"Se sabe que los niños recién nacidos tienden a utilizar los puños, los dedos y los pulgares para estimularse la zona erógena oral, para satisfacer los instintos de dicha zona y también para lograr una tranquila unión. También se sabe que al cabo de pocos meses los niños de uno u otro sexo se aficionan a jugar con muñecas y que la mayoría de las madres les dan algún objeto especial en espera de que, por así decirlo, se conviertan en adictos a tal objeto....Hay una relación entre estos dos grupos de fenómenos que se encuentran separados por un intervalo de tiempo", (1981).

"Introduzco los términos "objetos transicionales" y "fenómenos transicionales" para designar la zona intermedia de experiencia, entre el pulgar y el osito, entre el erotismo oral y la verdadera relación de objeto, entre la actividad creadora primaria y la proyección de lo que ya se ha introyectado, entre el desconocimiento primario de la deuda y el reconocimiento de ésta (Di ' ta')", (1979).

"Yo afirmo que existe un estado intermedio entre la incapacidad del bebé para reconocer y aceptar la realidad, y su creciente capacidad para ello. Estudio, pues, la sustancia de la ILUSION, lo que se permite al niño y lo que en la vida adulta es inherente del arte y la religión, pero que se convierte en el sello de la locura cuando un adulto exige demasiado de la credulidad de los demás cuando los obliga a aceptar una ilusión que no les es propia", (1979).

Los fenómenos transicionales, en opinión de Winnicott, son sanos y universales en la vida infantil, y, como zona intermedia de experiencia, son absolutamente necesarios para la iniciación de una relación entre el niño y el mundo, y esto es posible gracias a una buena

maternalización en la fase crítica precoz. Es esencial para todo esto la continuidad (en el tiempo) del medio emocional exterior y de los elementos específicos del medio físico, tales como el objeto u objetos transicionales.

Entre las características de estos fenómenos transicionales, podemos señalar, que se trata, en primer término, de fenómenos que como experiencia se sitúan en el límite entre lo interno y externo. Así, el objeto transicional proviene de afuera desde nuestro punto de vista, pero no para el bebé; sin embargo, tampoco viene de adentro, no es una alucinación. Luego, el fenómeno transicional en sí mismo y el uso del objeto transicional, su signo objetivo, implican una "paradoja" que, a diferencia de otras, debe ser aceptada, tolerada, respetada, o, lo que es lo mismo, "no debe ser resuelta". Por lo tanto, como zona intermedia, constituye la mayor parte de la experiencia del niño, y se conserva a lo largo de la vida en las artes y la religión, la vida imaginativa y el desempeño científico creativo.

Así pues, el fenómeno transicional aparece ante la situación de ausencia de la madre (el objeto), que suscita en el niño angustia ante una amenaza fundamental como es el peligro de la aniquilación del objeto; en virtud de que, dentro su concepción subjetiva del exterior, la percepción del objeto es igual a la existencia del mismo, la cual posibilita la suya propia; en tanto que, la no percepción del objeto es igual a la muerte del mismo, situación que lo coloca frente al peligro de su propia aniquilación. Esta concepción puramente narcisista de su relación con el mundo exterior, es anterior a que el bebé se sienta seguro de que pueden existir cosas que no forman parte de él; y el cambio en la misma se inicia con el fenómeno transicional. Por lo tanto, gracias al principio del placer y a las situaciones de separación del objeto, observamos cambios fundamentales en la conducta del niño, que se inician con la succión del puño o el pulgar, las conductas acariciadoras de una parte de su propio cuerpo, quizás un puñado de lana reunida en la mano o alguna otra modalidad que llega a adquirir una importancia vital para el bebé en el momento de disponerse a dormir y que "es una defensa contra la ansiedad de tipo depresivo". Así pues, el fenómeno transicional que aparece como defensa contra la ansiedad depresiva y el peligro de aniquilación, posee la virtud de posibilitar la integración del niño y la realidad exterior a través de la aceptación de la separación temporal del objeto y de su sustitución por otro que "es y no es" el objeto mismo (precursor simbólico).

Estos primeros objetos o conductas, posteriormente, son sustituidos por otros; entonces, es posible que el niño encuentre algún otro objeto, blando o de otra clase, y lo use convirtiéndolo en un típico objeto transicional (un osito, una muñeca, una almohada, una melodía o algún sonido o palabra). Este objeto adquiere tal importancia que los padres llegan a respetar su valor y lo llevan consigo cuando viajan, la madre permite incluso que se ensucie y que permanezca así, pues sabe que si lo lava provoca una ruptura en la continuidad de la experiencia, que puede destruir la particular significación y el valor adjudicado al objeto por el niño, llevándolo a la crisis de angustia y a la depresión.

Estas pautas de los fenómenos transicionales permanecen en la niñez, de modo que el primer objeto transicional se convierte en una necesidad absoluta a la hora de acostarse, en momentos de soledad o cuando existe el peligro de la depresión. En el curso del desarrollo normal tiene lugar una ampliación gradual en la gama de intereses del niño a partir del objeto

transicional. Una forma sencilla de comprobar si se ha realizado este viraje u operación simbólica a través del jugar (playing) infantil, es por medio de juegos de escondite, simples prácticas de aparición y desaparición, los cuales ponen de manifiesto lo significativo del viraje, ya que, la desaparición que hasta ese momento no provocaba ningún placer o bien causaba angustia, pasa ahora a ser un acontecimiento libidinal, entonces el niño se ríe y reclama la repetición. El niño cobra gradualmente conciencia de este poder sobre la ausencia del objeto, el cual va independizando su existencia de la presencia del Otro; produciéndose, de esta forma, una modificación subjetiva estructural.

En cuanto a la relación específica entre los fenómenos transicionales y el simbolismo, es claro que el objeto transicional es un precursor simbólico; en virtud, de que, el trozo de frazada, el osito o lo que fuere simboliza un objeto parcial, como el pecho materno, o lo representa al sustituirlo en su ausencia. Si cuando el niño emplea el simbolismo ya distingue con claridad entre la fantasía y los hechos, entre los objetos internos y los externos, entre la creatividad primaria y la percepción; entonces, podemos afirmar, que los fenómenos transicionales constituyen la raíz del mismo, al posibilitar al niño, a través del uso del objeto transicional, la mediatización de su relación con los objetos exteriores por medio de experiencias límite y deja lugar, de este modo, para el proceso de adquisición de la capacidad para aceptar diferencias y semejanzas, brindándole, además, la posibilidad de aceptar el hecho de que los objetos pueden existir independientemente de él.

A partir de lo expuesto es posible señalar algunas características sobresalientes del objeto transicional:

- El objeto transicional representa el pecho materno o el objeto de la primera relación, el Otro primordial.
- Es anterior a la prueba de la realidad establecida y al mismo tiempo la posibilita.

Por lo tanto, el fenómeno transicional es una expresión que designa la raíz del simbolismo en el tiempo, que describe el viaje del niño desde lo subjetivo puro hasta la objetividad, y el objeto transicional es lo que se ve de ese viaje. Así pues, los fenómenos transicionales nos señalan la relación entre las primeras etapas de la relación de objeto y la formación de símbolos.

La operación simbólica que posibilitan los fenómenos transicionales es, en última instancia, la simbolización de la ausencia antes insoportable. Acerca de la misma, es importante señalar, también, que dicha operación se establece de forma gradual a través de la repetición, favorecida por la constancia de los elementos que la posibilitan. De tal forma, que es posible encontrar situaciones en las que la misma no ha sido completada presentando fallos; en estos casos la separación del objeto se implica con destrucción, llegando en algunas situaciones a constituirse en sinónimos (separación=destrucción); dando lugar, en un tercer momento, a autodestrucción, ejemplificada de manera extrema en el síndrome que R. Spitz denominó "depresión anaclítica". En estos casos y en otros no tan extremos, es absolutamente necesario simbolizar la diferencia entre separar y destruir, puesto que, en el momento mismo en que diferenciación se hominologa a destrucción, toda separación, aun mínima, es imposible, llevando al niño a fusionarse desesperadamente para evitar la

invasión de angustia incontrolable. En estos casos, es muy probable que toda una etapa del tratamiento psicoterapéutico se consagre a jugar en la transferencia la aparición/desaparición, por ejemplo, proponiendo al niño juegos de escondite al terapeuta o enviándolo a otro espacio físico, confluendo de esta forma los aspectos curativos y constitutivos.

1.4.3.2.-) Descripción del Instrumento .-

A partir de lo expuesto, diremos que utilizamos la Hora de Juego Diagnóstica porque permite instrumentalizar las posibilidades comunicacionales del niño con el fin de conceptualizar luego sobre sus recursos simbólicos.

Cuando se utiliza la Hora de Juego Diagnóstica el primer obstáculo que se encuentra es que no existe estandarización de este material (Efron, "La Hora de Juego Diagnóstica", 1979). Por este motivo utilizamos el modelo de análisis propuesto por un equipo de investigadores y terapeutas argentinos, quienes plantean una guía de pautas que ofrecen un criterio sistematizado y coherente para orientar el análisis, comparar diversos materiales dentro del proceso psicodiagnóstico y obtener inferencias generalizadoras. La guía es el producto de una investigación clínica realizada en el Centro de Salud Mental N°1 de la Municipalidad de Buenos Aires, con una población conformada por niños en periodo de latencia, (Ibid, 1979). En el estudio de confiabilidad se utilizó la técnica de interjueces y se utilizaron como criterios de validación el test Desiderativo y el H.T.P. (Home, Tree, Person); en virtud de que se considera que el primero es el test que más se acerca a la dramatización de la estructura y el conflicto psicológicos que se alcanza con la hora de juego, en tanto que con el segundo, de la misma forma que con la Hora de Juego Diagnóstica, se logra establecer el grado de compromiso del yo en la patología.

De acuerdo con la propuesta señalada, los aspectos formales de Hora de Juego Diagnóstica tales como el encuadre y las condiciones del ámbito de trabajo configuran una gestalt y son los siguientes:

- **Sala de juego y materiales** : la sala de juego es una habitación espaciosa, con escaso mobiliario (una mesa, dos o tres sillas , pizarra). Los elementos de juego (juguetes) deben estar expuestos sobre la mesa, al lado de la caja abierta, se los distribuye sin responder a ningún agrupamiento de clases, posibilitando que el niño los ordene en función de sus variables internas, es decir en función de sus fantasías, defensas, ansiedades y nivel intelectual. Esta forma de presentación evita, además, el incremento de la ansiedad persecutoria que puede surgir en un primer contacto frente a un continente -caja-desconocido, cerrado. Respecto de los elementos incluidos en la caja de juego, los mismos responden a los criterios propuestos por Siquier de Ocampo M., Efron A., Fainberg E., y otros ("La Hora de Juego Diagnóstica", 1979), y se encuentran detallados en el Cap. 2 de Metodología.

- **Consigna** : la consigna que se da al niño antes de jugar es la misma en todos los casos, y contiene la siguiente información : definición de roles, limitación de tiempo y espacio, materiales a utilizar, y objetivos perseguidos. Dicha consigna se establece de la forma

siguiente ; luego de saludar al niño y ofrecerle un caramelo (de forma tal que se logre un ambiente de confianza), se conduce al niño al área de juego y enseñándole la mesa con la caja y los juguetes sobre ella, se le dice : ". aquí tienes una caja y varios juguetes con los cuales puedes jugar a lo que tú desees, mientras yo me sentaré aquí cerca para poder observar lo que haces, pues tengo entendido que sabes inventar juegos muy interesantes. De esta manera podré conocerte mejor para otro día jugar juntos (refiriéndonos al grupo terapéutico). Sólo te pido que utilices para jugar estos juguetes, en este lugar, pues tenemos apenas unos treinta minutos para divertirnos".

- **Rol del psicólogo** : el psicólogo cumple durante el proceso un doble rol; pasivo en tanto funciona como observador, y activo en la medida en que su actitud atenta y abierta (atención flotante) le permite la comprensión y formulación de hipótesis sobre la problemática y formas de funcionamiento psíquico del entrevistado. Durante la sesión el psicólogo puede desempeñar un rol complementario, cuando el niño así lo requiera, con el objeto de no bloquear la emergencia de determinadas fantasías, pero tratando siempre de no influenciar directamente la conducta del niño. Incluso puede surgir la necesidad de un señalamiento (por ej. cuando el niño se bloquea o manifiesta su rechazo mediante la inhibición del juego). Por señalamiento se entiende la explicitación de aspectos manifiestos disociados de la conducta. En ningún caso se incluyen interpretaciones, puesto que estas apuntan a lo latente. Otra forma de participación es la puesta de límites en caso de que el niño tienda a romper el encuadre. En síntesis la función específica del psicólogo consiste en observar, comprender y cooperar con el niño.

- **Transferencia y sus efectos en el psicólogo** : una Hora de Juego Diagnóstica significa una experiencia nueva tanto para el psicólogo como para el niño, aspecto que posibilita también la emergencia de ansiedad por ambas partes. En este sentido además de reflejar el interjuego de las series complementarias de cada uno implica, también, el establecimiento de un vínculo transferencial. La transferencia adquiere características particulares que responden por una parte a la brevedad del vínculo, y por otra, al hecho de que el medio de comunicación son los juguetes brindados por el psicólogo, hecho que permite que la transferencia se amplíe y diversifique hacia estos objetos intermediarios; en ellos el paciente depositará parte de sus sentimientos representantes de distintos vínculos con objetos de su mundo interno. La tarea específica del entrevistador es recuperar este material para integrarlo junto a los elementos verbales y preverbales, en la totalidad del proceso.

- **Indicadores de la Hora de Juego Diagnóstica** : cuando pretendemos analizar una hora de juego encontramos que no existe una estandarización del instrumento aceptada por la generalidad de los psicoterapeutas, existiendo en cambio varias propuestas al respecto. Nosotros tomamos como base del análisis la propuesta elaborada por Siquier de Ocampo, Efron y Fainberg ("La Hora de Juego Diagnóstica", 1979), quienes ofrecen una guía objetiva de análisis, que permite una visión de conjunto de la producción del niño a través de ocho indicadores, a los fines del diagnóstico y el pronóstico :

1) **Elección de juguetes y de juegos** : se trata de un indicador a observarse al inicio de la prueba, incluye : a) **modalidad de aproximación a los juguetes** que puede asumir las formas de observación a distancia (sin participación activa), dependiente (a la espera de indicaciones

del entrevistador), evitativa (de aproximación lenta o a distancia), dubitativa (de tomar y dejar los juguetes), de irrupción brusca sobre los materiales, de irrupción caótica e impulsiva, o bien de acercamiento previo tiempo de reacción para estructurar el campo y luego desarrollar una actividad; b) tipo de juguete elegido para establecer el primer contacto, el cual podrá estar determinado por el momento evolutivo y el conflicto que se trata de vehicular (se deberá observar si se trata de un juguete agresivo, si es representativo de un determinado momento psicosexual evolutivo y de determinado tipo de vínculo -oral, anal, fálico, genital-); c) tipo de juego de inicio, acerca del cual es necesario ver si tiene principio, desarrollo y fin, si es una unidad coherente en sí misma y si los juegos organizados corresponden al estadio de desarrollo intelectual correspondiente a su edad cronológica. En esta evaluación se siguen los criterios genético evolutivos que propone Jean Piaget, quien señala específicamente, que en el juego del niño de cuatro a siete años hay una mayor aproximación a lo real, con creciente preocupación por la veracidad de la imitación exacta; esto se aprecia en la actividad gráfica, en las construcciones y en las asociaciones verbales; en cuanto a la socialización reconoce al otro como copartícipe de sus juegos; en los dibujos existe una imitación más realista del objeto representado; sus acciones tienen un propósito pues el margen de constancia en sus objetivos es más amplio.

2) Modalidad de juego : es la forma en la que el yo pone de manifiesto la función simbólica. Cada sujeto estructura su juego de acuerdo con una modalidad que le es propia y que implica un rasgo caracterológico; entre estas modalidades se señalan las siguientes : a) **Plasticidad**, que es posible apreciar cuando el niño puede apelar a cierta riqueza de recursos verbales para expresar distintas situaciones internas con un criterio económico, a través de la vía del menor esfuerzo; por ej. esta plasticidad puede manifestarse expresando la misma fantasía o defensa a través de distintos mediatizadores, bien varias fantasías por medio de varios mediatizadores, o una gran riqueza interna por medio de pocos elementos que cumplen diversas funciones; frente a esta característica del juego el psicólogo siente al terminar la hora de juego que el niño ha expresado un amplio espectro de su vida emocional, que se manifestó en forma integrada, en una secuencia fluida y sin la necesidad de recurrir a mecanismos de aislamiento o control obsesivo. b) **Rigidez**, que es totalmente opuesta a la anterior, generalmente se la utiliza frente a ansiedades muy primitivas para evitar la confusión; en este caso el niño se adhiere a ciertos mediatizadores en forma exclusiva y predominante para expresar la misma fantasía; esta característica se puede ver tanto en los juguetes como en las secuencias, verbalizaciones y gestos, y tiene como propósito controlar la identificación proyectiva en el depositario, conservar los límites y mantener la disociación, dado que cualquier situación nueva lo desorganiza y provoca confusión; esta defensa empobrece al yo y da como resultado un juego monótono y poco creativo. c) **Esteriotipia y Perseveración**; se trata de modalidades más patológicas de funcionamiento, en ellos se manifiesta una desconexión con el mundo externo cuya única finalidad es la descarga del Ego por ej. se repite una y otra vez la misma conducta y no hay fines comunicacionales, se trata de un juego típico de niños psicóticos y con lesiones orgánicas.

3) Personificación : Se refiere a la capacidad de asumir y adjudicar roles en forma dramática. En la latencia, el niño tiende a dramatizar roles definidos socialmente, con menor expresión de la fantasía en función del incremento de la represión. El niño amplía su campo de conexión con el medio ambiente, tiende a jugar, por ejemplo, al policía y al ladrón, la

maestra, el vendedor, con menor alternancia de roles y mayor arraigo en sus identificaciones. El análisis del contenido de la personificación nos lleva a evaluar a través de la calidad e intensidad de las distintas identificaciones el equilibrio existente entre el Superyo, el Ello y la realidad, elemento de fundamental importancia, diagnóstica y pronóstica. Este equilibrio se logra cuando el Superyo se torna más permisivo y refleja con mayor realidad las figuras de autoridad real y por ende con menor sadismo, permitiendo al Yo la satisfacción de deseos e impulsos sin entrar en conflicto con la realidad.

4) Motricidad : Este indicador permite ver la adecuación de la motricidad del niño con la etapa evolutiva que atraviesa. En cada período hay pautas esperables que responden por un lado al desarrollo neurológico y por otro a factores psicológicos y ambientales. Luego es importante tener en cuenta el estadio evolutivo del niño que estamos examinando para inferir cualquier conclusión acerca del tema, así como también ver las recurrencias que pueden encontrarse dentro del proceso psicodiagnóstico. El manejo adecuado de las posibilidades motoras permite el dominio de los objetos del mundo externo y la posibilidad de satisfacer sus necesidades con autonomía relativa, en tanto las dificultades provocan frustraciones e incrementan tensiones a nivel intra e interpersonal. La comunicación gestual y postural enriquece el mensaje y puede mostrar aspectos disociados que se manifiestan como una discordancia entre lo que se dice y lo que se expresa corporalmente. Un buen manejo del cuerpo produce placer y redundancia en un fortalecimiento yoico que permite el alcance de nuevos logros y facilita la posibilidad de sublimar cuando el niño está preparado para ello. Algunos aspectos que pueden observarse dentro de este indicador son : desplazamiento geográfico, posibilidad de encaje, prensión y manejo, alternancia de miembros, lateralidad, movimientos voluntarios e involuntarios, movimientos bizarros, ritmo del movimiento, hiperquinesia, hipoquinesia, ductilidad.

5) Creatividad : Como la "modalidad de juego", es también un indicador de la función simbólica; ya que crear es unir o relacionar elementos dispersos en un elemento nuevo y distinto, y ello exige un yo plástico capaz de la apertura a experiencias nuevas, tolerante a la inestructuración del campo. Este proceso tiene una finalidad deliberada que es descubrir una organización exitosa, gratificante y enriquecedora, producto de un adecuado equilibrio entre el principio de placer y el principio de realidad; así, por ejemplo, observamos al niño accionar sobre los juguetes y lograr una nueva configuración, la cual tiene una connotación de sorpresa para él mismo y se acompaña de un sentimiento de satisfacción, ya que el juego (logrado de esta forma) le permite exponer su mundo fantasmático y alcanzar una satisfacción disfrazada de sus deseos. La dinámica interna de este proceso se expresa a través del interjuego entre la proyección y la reintroyección de lo proyectado, ahora modificado, transformado en un producto cualitativamente distinto, promotor del crecimiento y este cambio estructural redundancia en un incremento de la capacidad de aprendizaje; añadiremos, además, que este interjuego no es sino la repetición del que el niño establecía en su relación con la madre, quien realizaba las transformaciones fundamentales gracias a su capacidad de *r'everie*. Por lo tanto, podemos pensar que esta cualidad de la función simbólica, "la creatividad", tiene como condición una capacidad de *r'everie* por parte del niño.

6) **Tolerancia a la frustración** : se trata, también, de un indicador de las capacidades simbólicas de los niños. La tolerancia a la frustración se detecta en la hora de juego a través de la posibilidad de aceptar la consigna con las limitaciones que ésta propone : la puesta de límites, la finalización de la tarea y, en el desarrollo del juego, en la manera de enfrentarse con las dificultades inherentes a la actividad que se propone realizar. La evaluación correcta de este aspecto es importante a nivel diagnóstico y pronóstico. Resulta fundamental diferenciar dónde ubica el niño la fuente de frustración: si deriva de su mundo interno (por ej. dibujar algo que va más allá de sus posibilidades) o si la localiza preferentemente en el mundo externo (por ej. desear algo que no está presente); así como también la reacción frente a ella: encontrar elementos sustitutivos (señal de buena adaptación) o desorganizarse, ponerse a llorar (actitud negativista). La capacidad de tolerar la frustración está íntimamente relacionada con el principio de placer y de realidad. Instintivamente el niño tiende a la descarga y a la satisfacción de los deseos y el principio de realidad es el que regula dicha satisfacción a través de las funciones yoicas. Se produce así una frustración necesaria de los elementos postergados y como recurso el niño emplea los procesos simbólicos que le permiten la sustitución de objetos, lo cual redundará en la adquisición de nuevas posibilidades y, por ende, del crecimiento del niño. Por lo tanto, la adecuada tolerancia a la frustración produce un incremento de la función simbólica ya que permite que se forme la representación mental del objeto, en ausencia de éste. Por último diremos, que una baja tolerancia a la frustración se encuentra implicada tanto en el extremo sometimiento a la realidad desagradable, como en la absoluta intolerancia a la frustración.

7) **Capacidad Simbólica** : el juego es una forma de expresión de la capacidad simbólica y la vía de acceso a las fantasías inconscientes. Un monto adecuado de angustia es la base necesaria para la formación de símbolos. La expresión directa de las situaciones conflictivas puede inhibir total o parcialmente la conducta lúdica, pues provoca un quantum de ansiedad intolerable al yo y lo lleva al acto. El niño logra mediante el juego la emergencia de estas fantasías a través de objetos suficientemente alejados del conflicto primitivo y que cumplen el rol de mediatizadores, apela a sus posibilidades de elaboración secundaria para expresar la fantasía. El símbolo debe estar suficientemente cercano al objeto primario simbolizado como para permitirle su expresión deformada. Cuantos más elementos utiliza el niño para expresar su mundo interno, tantas mayores posibilidades yoicas revela, en el sentido de reflejar en la realidad toda una serie de significantes adquiridos mediante un proceso de capacitación para simbolizar. Cada símbolo adquiere sentido en el contexto en el cual se expresa. En resumen; a través de este indicador se pueden evaluar: a) La riqueza expresiva, es decir la búsqueda que el niño hace en el entorno de soportes materiales (significantes) que vehiculizan en forma adecuada sus fantasías y conflictos (significados). b) La capacidad intelectual; en virtud de que, durante la hora de juego y a través de los símbolos que utiliza el niño evidencia una discriminación y manejo de la realidad acorde a su edad evolutiva. La manera como lo hace nos da la pauta del estado en que se halla el proceso de simbolización si se desarrolla sin inhibiciones en el área del aprendizaje. Este proceso sufre una evolución; parte de la ecuación simbólica propia de la etapa oral, en la que no hay distancia respecto del objeto, hacia el desprendimiento paulatino del soporte material que comienza a manifestarse en la posición depresiva, frente a la conciencia cada vez mayor de la ausencia del objeto. A medida que el niño crece aumenta la distancia entre el significante y el significado, adquiriendo el primero una connotación cada vez más compartida en el ámbito social, cuya

manifestación por excelencia es el lenguaje. c) La calidad del conflicto, este punto alude a los aspectos del contenido de la capacidad simbólica. Los símbolos que utiliza el niño nos remiten a la comprensión del estadio psicosexual por el que atraviesa y su modalidad de expresión. Es decir, que en sus juegos el pequeño puede expresar fantasías de tipo oral, anal, uretral, fállico genital, y lo hace de determinada manera en función de sus técnicas habituales de manejo. Lo "no simbólico" implica incapacidad para salir del aquí y ahora o del acto o la descarga.

8) Adecuación a la realidad : Se trata, también, de un indicador de la capacidad simbólica del niño, y es uno de los primeros aspectos a tenerse en cuenta. Al inicio de la sesión, se manifiesta a través de la posibilidad de desprenderse de la madre y de actuar en forma acorde a su edad cronológica, demostrando la comprensión y aceptación de la consigna. La dificultad de adaptarse temporalmente a la situación se ve en la estructuración de juegos tan prolongados que, impiden su finalización con la frustración consecuente, mostrando un desfase entre lo realizado y lo planificado. Luego, este indicador es posible de observarse, también, a través de la capacidad de estructurar un juego con una secuencia lógica, es decir con un principio y un final. No poder adecuarse a la realidad implica un déficit en la discriminación Yo-no Yo.

- **La interpretación en el juego :** el niño que juega al igual que el adulto que habla acostado en el diván, comunica un discurso (en un lenguaje con habla más no con lengua). Este "discurso" en la hora de juego está dado por la "secuencia" del juego, la cual es posible abordar segmentando en unidades la conducta del niño durante la sesión. Consideramos como "unidad de juego" toda conducta del niño que permita aparecer la significación, desde un gesto hasta un acto complejo en el que se usan distintos elementos, pero para emitir un mensaje único, por ej. construir una casa. Estas unidades de juego aparecen articuladas (cadena de significantes), de forma tal que un tipo de actividad es suscitada por la actividad anterior. Así, por ej., el hecho de que después de haber roto un muñeco el niño ordene el material de juego, expresaría que la primera actividad evocó una ansiedad que se tradujo en la actividad de ordenar, como defensa frente a ella. Así pues, es posible categorizar como unidad de juego:

- Conductas que revelan un "argumento" psicológico o que dramatizan fantasías.
- Conductas que ponen de manifiesto mecanismos defensivos frente a la ansiedad provocada por la emergencia de fantasía *.

Parte de estas unidades de juego es, en opinión de A. Kornblit ("Hacia un Modelo Estructural de la Hora de Juego Diagnóstica", 1979), el "clímax", es decir el mensaje que aparece como privilegiado en el contexto del discurso, por su mayor dramaticidad (por ej., el niño es devorado por un animal feroz). La aparición del clímax al final de la sesión y sobre todo en la última unidad, indica que la ansiedad amenaza invadir al yo, porque no puede ser bien manejada ni controlada por defensas eficaces, permanece casi como acto sin posibilidad de ser objeto de un mayor trabajo simbólico. En tanto que, si el clímax aparece en la mitad de la hora, o después (raramente se presenta antes), es posible inferir que el niño tiene cierta

capacidad de elaboración frente a la emergencia de contenidos psíquicos evocadores de ansiedad, de forma tal que es posible continuar jugando.

El climax como manifestación de una fantasía implica simbolizar a través de ella la ansiedad. Cuando ésta última bombardea al yo muy intensamente, éste no puede mediatizar a través de la simbolización, y el climax es expresión de la ansiedad misma (llanto por ejemplo).

Por otra parte, en una hora de juego puramente defensiva el climax puede no aparecer, pues es aquello de lo que específicamente se defiende el niño, en una forma aparentemente exitosa; sin embargo ello implica un serio grado de empobrecimiento.

Así mismo, secuencias cortas (fantasía seguida de defensa, y luego repetición de esta pauta) son indicadores de alto grado de ansiedad, ya que la defensa surge inmediatamente ante la expresión de la fantasía, para evitar la emergencia de contenidos psíquicos ansiógenos. En cambio, secuencias más largas (del tipo F-F-F-F-F-D) implican mayor libertad en la simbolización del contenido inconsciente y menor necesidad de represión.

Por otra parte, la repetición perseverativa de unidades de juego en cuanto al contenido de la fantasía puede indicar un intento de elaboración de un hecho traumático real en la historia del paciente (ej. abuso sexual, etc.).

Señalaremos, también, que se considera de buen pronóstico la posibilidad del niño de pasar de un subsistema de juego a otro, en la medida en que implica menor estereotipia y mayor capacidad de sublimación. De la misma forma, el cambio de empleo de material figurativo al no figurativo (secuencia muy común), es considerado como saludable en la medida en que el último constituye un material que requiere mayor capacidad de abstracción.

* Utilizamos el término fantasía, como la fantasía preconscious o inconsciente que en realidad constituye la puesta en escena del fantasma, a través de mediatizadores como el juego y el juguete.

1.5.-) Descripción Teórica del Instrumento Terapéutico .- La Psicoterapia de Grupo con Niños .-

1.5.1.-) Historia de la Psicoterapia de Grupo con Niños .-

"IncurSIONAR en un nuevo campo implica enfrentar obstáculos epistemológicos, al tiempo que para superarlos, se implementan abordajes teóricos y técnicos novedosos que rebasan el obstáculo, pero en ocasiones tardan en ser aceptados o pasan inclusive por un período franco de rechazo", (A. Jiniich, pág.25, 1993).

Recorrer la historia de la psicoterapia de grupo aplicada a niños, significa describir una serie de obstáculos de todo orden (clínicos, técnicos, teóricos), que se han ido planteando conforme este instrumento terapéutico es aplicado; de ahí que, consideramos que éste se

encuentra todavía en proceso de construcción; razón por la cual se lo considera, también, como uno de los de más difícil aplicación (A. M., Martín, 1986).

Comenzaremos señalando que las psicoterapias grupales, en general, se inician a principios del siglo XX y se desarrollan a lo largo de las siguientes décadas. Su desarrollo se relaciona con los conflictos inherentes a las crisis sociales, políticas y económicas de las dos grandes guerras. Es sabido que las secuelas traumáticas que dejaron estos enfrentamientos, hicieron que aumentaran las demandas de atención en el campo de la salud mental. Así pues, la psicoterapia de grupo refleja las distintas orientaciones científicas e ideológicas del siglo.

Uno de los hitos importantes de nuestro siglo, el cual se caracteriza por su vertiginoso avance, fue, sin lugar a dudas, el descubrimiento de la vida inconsciente del ser humano realizado por Sigmund Freud; el cual vino a enriquecer los conocimientos acerca del hombre que habla y a revolucionar los abordajes de su vida psíquica. Sus planteamientos respecto de la psicogénesis de la "enfermedad mental", que colocan acento especial en las experiencias infantiles como uno de los factores estructurales predisponentes; dan lugar, posteriormente, al tratamiento psicoanalítico de los niños, cuyas pioneras son Melanie Klein y Anna Freud con propuestas diferentes pero comunes en cuanto a sus orígenes psicoanalíticos y pedagógicos.

Así mismo, otra de las raíces del instrumento que nos ocupa, es evidentemente el cambio que se dió en nuestro siglo en el campo de la pedagogía; la cual pide métodos de enseñanza más democráticos y cuestiona la utilidad del castigo; en razón, de los problemas detectados por la escuela, la cual es el principal "detector" y "derivador" de niños y adolescentes hacia la terapia

Consideramos que estos tres factores, las situaciones planteadas desde los acontecimientos sociales, los avances en las concepciones y abordajes de la vida psíquica del ser humano, y los cambios en los métodos de enseñanza de la escuela; marcan el inicio y gran parte de las características de la psicoterapia de grupo con niños.

En el campo específico de esta psicoterapia se reconoce a J. L. Moreno (1911), como a uno de los pioneros; quien aplicó las nociones de su técnica, el psicodrama, a grupos de niños en Viena, a los que reunía en círculos concéntricos alrededor suyo y les contaba cuentos e historias improvisados. De esta manera observó cómo interactuaban espontáneamente y con creatividad, desahogando hostilidad y creando lo que denominó "autoexpresión creativa".

En los Estados Unidos, en 1947, el mismo autor siguiendo sus propias nociones diseñó el *improvisation theatre* que incluía niños y adolescentes entre los cuatro y dieciséis años de edad. Consideraba que el carácter de los participantes se hacía manifiesto en la improvisación, a la cual Moreno concede particular importancia para el desarrollo mental y emocional. Así, los confrontaba con situaciones inesperadas y en sus respuestas aparecía información significativa de su carácter, visión del mundo y capacidad intelectual. Estas concepciones

aplicadas primero a niños y luego a adolescentes, influyeron a psicólogos como Schultzer, Adler, Reich, Aichorn y Slavson.

Alfred Adler en 1918, logró el patrocinio de asociaciones sociales y de beneficencia para crear clínicas de orientación infantil en Viena y Munich, con el propósito de prevenir y tratar la delincuencia de esas poblaciones, orientar a los padres, así como educadores en esa tarea. Siguiendo sus concepciones acerca de la gran influencia de la educación, trabajó grupalmente con niños y adolescentes que habían cometido actos delincuenciales. Implementó reuniones grupales a las que llamó "experiencias comunitarias", y planteó, en las instituciones donde los eventos tenían lugar, la política de "puertas abiertas". Tales experiencias confirmaron su efecto positivo y estimulante; la importancia de las reacciones y compromisos de los adultos, y como la interacción y el intercambio libres entre los pacientes y los terapeutas-observadores, eran fundamentales para resolver los problemas, además de los consejos y la sugestión.

En este momento se hace evidente el propósito de vincular los principios psicoanalíticos con los que corresponden a la pedagogía y a la educación.

Posteriormente, Redl, también, con el fin de dar atención a la población de niños y jóvenes delincuentes, y poniendo énfasis en la influencia del ambiente como originador de esas condiciones; sugirió separarlos de tales estímulos y conformar grupos cuyo valor terapéutico residía en la interacción. La selección de los pacientes tomaba en cuenta criterios que determinaban a su vez la forma de agrupación. Así, los pacientes eran clasificados según presentaran: a) deficiencia mental; b) dificultades sociales y adaptación susceptibles de modificar con el cambio ambiental; c) dificultades sociales más profundas, susceptibles de mejorar con el reentrenamiento activo y el cambio a un medio ambiente favorable; d) fallas caracterológicas y deficiencias sociales asociadas con un nivel intelectual; e) trastornos en el "equilibrio mental" asociado a una constelación de agresividad; y f) agresividad multiforme e injustificada. La implementación de estos criterios de selección y agrupación contribuyeron en buena medida a modificar la idea prevaleciente en esa época de la importancia del castigo corporal como corrector; el castigo fue reemplazado por el entendimiento de los motivos de la conducta y por la orientación y la terapia, que actuaban como agentes específicos del cambio. Se trataba de grupos homogéneos en tanto sexo, edad y categorías principales, y que además de ser económicamente accesibles, creaban condiciones muy favorables para el desarrollo y el tratamiento.

En los Estados Unidos, en la misma época, se inició un intenso y prometedor movimiento de atención a los niños y adolescentes. En el mismo, destacó S. R. Slavson; quien realizó importantes contribuciones al campo de la teoría general de los grupos y particularmente a los grupos infantiles, por estas razones se lo conoce como el "padre de la terapia grupal de niños y adolescentes". Organizó en los *ghettos* de Brooklyn de principios de siglo, los "clubes culturales", donde grupos de jóvenes se reunían cada semana, y al participar libremente, creaban una intensa interacción grupal.

En los años treinta, Slavson formó parte del Jewish Board of Guardians, donde pudo poner en funcionamiento institucionalizado sus grupos terapéuticos activos; y hacia 1943, aplicó esa modalidad de tratamiento a los niños que cruzaban el período de latencia y los llamó "grupos terapéuticos de actividad"; los cuales estaban orientados yocicamente y tenían como objetivo resolver los problemas más que discutirlos o interpretarlos, para lo cual, los niños se reunían con el terapeuta a compartir material, herramientas, comida y juegos; interactuaban y construían una suerte de "familia simbólica", frente a lo cual, aparecían múltiples reacciones emocionales que promovían, en la atmósfera permisiva dada por el rol neutral del terapeuta, movimientos regresivos a las etapas donde se generó el conflicto; se accedía así a una forma de reeducación emocional.

Los grupos de Slavson plantean criterios "clínicos" definidos en cuanto al lugar del terapeuta y la transferencia. En este sentido, se aceptaba al niño tal como era, con sus errores, conductas autodestructivas y capacidad de molestar a otros; esta importante función grupal de contención sustenta el objetivo de darles un apoyo incondicional. La neutralidad del terapeuta le permite reconocer y acercarse a las necesidades básicas de cada miembro del grupo y reaccionar, desde una posición flexible, a las transferencias de cada niño.

Una contemporánea de Slavson, B. Gabriel, también en los Estados Unidos, realizó una aportación muy importante acerca de los grupos infantiles; el objetivo de sus grupos era modificar actitudes y conflictos de los pacientes y aquellos que se desarrollaban por la interacción del grupo, mediante el uso de la palabra, de la verbalización. Tal momento ocurría cuando los niños perdían interés en el juego así como en otras actividades y preferían conversar, hacer preguntas y centrarse en las discusiones.

Respecto del uso específico del juego como una posibilidad terapéutica importante en el grupo, debemos señalar, previamente, que el mismo no es suficiente para sustentar el criterio de grupo terapéutico; para lograrlo se hace necesario aplicar conceptos de la teoría psicoanalítica. Así, dentro de este criterio, Glazer y Durkin (1944), trabajaron grupos de juego con pequeños a los que llamaron "de relación interpersonal"; enfatizaron la verbalización de sentimientos y emociones directas respecto del juego que se desarrollaba y realizaban interpretaciones psicoanalíticas (incluyendo la sexualidad infantil y el conflicto edípico).

Dentro de esta misma línea, Shiffler (1950) plantea que el grupo terapéutico de niños que utiliza el juego tiene un proceso intensamente experiencial y los niños reactualizan en ese contexto aquellas etapas en las que fueron afectados, por estas razones el terapeuta debe ser muy activo y aunque no llegue a realizar interpretaciones, debe comprender los contenidos manifiestos y latentes de la interacción. Los grupos de terapia de juego deben componerse de no más de seis participantes del mismo sexo que se reúnen durante una hora en una habitación que contiene juguetes, materiales de construcción y otros elementos similares. El terapeuta debe mostrarse permisivo, particularmente con aquellas conductas que en otros contextos se considerarían inadecuadas, no juzga ni restringe, pero sí interpreta. Interviene activamente sólo cuando se rompe la tolerancia a la frustración de algún miembro o de todo el grupo, para prevenir que se hagan daño. Esta permisividad es parte de la técnica que

posibilita el alojamiento de las defensas yoicas y facilita el alivio de un exceso de culpa y ansiedad.

Ginot (1961), señala otras características de la terapia de juego: a) facilita el establecimiento de la relación terapéutica; b) acelera la catarsis; c) permite obtener insight; d) aumenta la posibilidad de hacer pruebas de realidad, y e) abre nuevos canales de sublimación. Este autor no está de acuerdo con el agrupamiento indiscriminado de miembros; considera que los grupos terapéuticos tienen límites dentro de los cuales soportan bien la ansiedad y tensión. Conforman grupos de alrededor de cinco escolares de ambos sexos, en tanto considera que la identificación sexual puede lograrse mejor a través de los intereses y actividades culturalmente diferenciadas y puestas en movimiento en ese tipo de grupos. Es cuidadoso del encuadre y enuncia, aclara y precisa desde el principio los límites y reglas de la intervención. Su técnica interpretativa la llama de "espejo", ya que interpreta sólo para reflejar los sentimientos de los niños y trasladarlos a la palabra cuando han sido expresados en actos. Las interpretaciones no deben adelantarse a lo que el niño está haciendo en ese momento; debe, antes comprenderse plenamente el significado latente y no señalar motivaciones, fantasías y conflictos inconscientes mientras el niño no los manifiesta.

Axline (1969), plantea otro enfoque acerca de la terapia de juego, afirma que las terapias no directivas logran la maduración del sujeto en tanto lo consideran capaz de resolver satisfactoriamente sus propios problemas. Los grupos son heterogéneos en sexo y edad, y permite la asistencia de hermanos a un mismo grupo. El terapeuta deberá estar atento a la expresión de los sentimientos del niño y los reflejará de modo tal que éste obtenga insight; para lograr esto el niño requiere diferenciar y reconocer sus sentimientos, lo que opera tan válidamente como una interpretación; por otra parte, dice que el juego simbólico no debe trasladarse a palabras, porque sería una interpretación dada por el terapeuta, es necesario dejar que el propio niño lo enuncie.

En Europa, específicamente en Francia, Anzieu (1950) y sus colaboradores pretendieron articular el psicodrama y el psicoanálisis en los grupos de niños y adolescentes. Para estos autores hacer psicoanálisis grupal significa trabajar con un material común a todos. La interpretación debe hacerse exclusivamente en el "aquí y ahora" grupales. La representación psicodramática ocurre de dos modos, hablada y actuada, desde un rol y como una explicación del comportamiento. El psicodrama tiene cuatro aspectos esenciales: dramatización de conflictos, comunicación simbólica, efectos catárticos y naturaleza lúdica. En los niños, dada su dificultad para verbalizar asociaciones de ideas, conviene manejarse con situaciones simbólicas. Sin embargo, estos planteamientos recibieron algunas críticas, en cuanto a que esta asignación y dramatización de roles, transpone la regla fundamental psicoanalítica de la libre expresión de los sujetos, y la interpretación de la resistencia y la transferencia.

En Inglaterra, las aportaciones de S. H. Foulkes y E. Anthony (1964), plantean otras características y condiciones de la psicoterapia grupal aplicables tanto a grupos de niños como de adolescentes. Clasifican a los grupos de acuerdo con la edad en grupos de niños pequeños, latentes menores y adolescentes mayores o menores. Tratándose grupos de niños pequeños, participan cuatro o cinco de ellos en una habitación pequeña con juguetes, y en el

centro, una caja dividida en compartimentos que contienen agua y arena, el terapeuta asume el rol de un miembro más, manejando su área de agua, arena y juguetes, pero participa de forma pasiva (sin agregar nada de sí) y las interpretaciones concuerdan con esos temas; en los inicios predomina el juego individual, luego, al interactuar el grupo, desaparecen las divisiones, comienzan las vinculaciones y aumenta la comunicación; a veces se teje una "fantasía colectiva" alrededor de situaciones que suceden en la familia. En los grupos de latentes, los niños se ocupan de tareas más sedentarias, tales como pintar, dibujar y modelar; el terapeuta trabaja con ellos y su producción queda sujeta a la libre crítica; la sesión se divide en dos fases: una de discusión y otra de actividad, reconociendo la necesidad de acción del niño, sobre todo después de una tarea abstracta; en la fase de discusión se busca crear una atmósfera natural para facilitar la expresión de los niños, en la misma surgen espontáneamente reclamos por una actividad, a menudo se conlugarán contra el terapeuta como si él fuera el factor frenante en cuanto a la espontaneidad, por su parte, el terapeuta orienta la discusión y las preguntas, y acepta el desarrollo de la transferencia negativa.

En Argentina, a partir de 1959, se desarrolló notablemente la psicoterapia grupal infantil, especialmente como respuesta a demandas asistenciales y en el contexto de este tipo de instituciones. Sobresalen: Rojas Bermúdez, Salas Subirat, Resnik, Pavlovsky, Mora de Zion, Speier Anny, Glassermann María y Sirlin Elizabeth. Las dos últimas, incorporan a la psicoterapia grupal infantil las nociones kleinianas de la terapia de juego; en su técnica (1974), convergen el psicoanálisis, la teoría de los pequeños grupos y la psicoterapia grupal de adultos; su planteamiento es fundamentalmente analítico y son elementos clave la interpretación de los contenidos inconscientes que aparecen en el juego, la transferencia y la resistencia.

En México, los antecedentes del trabajo con grupos terapéuticos de niños son escasos. Las primeras noticias se remontan a los años 1948 y 1949, en los cuales los doctores Ramón de la Fuente Muñiz y Leonor Torres Cravioto realizaron una primera experiencia en el Hospital Infantil de México, considerada exitosa; la misma, fue continuada en 1950 por el doctor Luis Feder, también en el mismo hospital; quien en su informe de 1953 resalta que trabajó con grupos de niños utilizando implementos favorecedores de las expresiones plásticas y de la socialización en el juego, lo acompañaba una observadora silenciosa que tomaba notas; en general, siguió los lineamientos recomendados por Slavson relativos a una participación primordialmente verbal del terapeuta. El mismo doctor Feder trabajó con las madres de sus pacientes en grupo, aunque en su reporte no relata el tipo de técnica que usó con ellas.

En los años sesenta, también en México, la doctora Frida Zmud organizó un grupo terapéutico de niños de ambos sexos en edad de latencia que tuvo duración limitada. Su experiencia no fue publicada; sin embargo, M. Dupont (1993) refiere que en una comunicación personal, la terapeuta describió una técnica de corte psicoanalítico, con formulaciones interpretativas del contenido inconsciente, eminentemente verbal y sin juguetes. El grupo, según su relato, desbordó el espacio del consultorio en una actividad incontrolable y terminó por ser disuelto.

Por último, en 1993, los doctores Marco Antonio Dupont y Adela Jinich publicaron los resultados de un trabajo con grupo terapéutico de niños en edad de latencia, que abarcó un espacio de varios años; durante los cuales perfeccionaron una técnica psicoterapéutica grupal que llamaron "grupo GIN" o "Grupo Infantil Natural"; la cual tiene como bases teóricas a los planteamientos del psicoanálisis y específicamente los kleinianos. Los autores hacen una propuesta innovadora, en cuanto prescinden de los juguetes y consideran que la ausencia de los mismos posibilita la pronta aparición de los fenómenos transferenciales y resistenciales en relación directa con el terapeuta y con los otros integrantes del grupo. Plantean, también, en cuanto a la estructura del grupo, que los niños deben agruparse en forma mixta respecto al sexo, en edades similares; los terapeutas deberán ser dos, hombre y mujer, de manera tal que constituyan una pantalla óptima para la proyección y actuación de los conflictos intrapsíquicos e interpersonales de cada niño. Acerca de la interpretación señalan que la misma deberá tener como premisa básica el establecimiento de la transferencia. De forma paralela, los padres de los niños incluidos en el grupo GIN, deberán como condición participar en un grupo GAP (Grupo Analítico para Padres). El proceso dura un año y tiene un seguimiento posterior de seis meses. Respecto de la estructura de las sesiones, dividen las mismas en tres tiempos: "la hora de la acción", "la hora de pensar" y "la hora de poner las cosas en su lugar"; cada una de las cuales se caracteriza por el tipo de procesos psíquicos que utiliza el niño (primarios y secundarios o de acto y simbólicos).

1.5.2.-) Implicaciones Clínicas de la Psicoterapia de Grupo con Niños .-

De lo expuesto anteriormente podemos extraer como conclusión, que la psicoterapia de grupo con niños constituye un instrumento terapéutico que se encuentra todavía, en nuestro medio y aun en otros con una tradición en psicoterapia grupal más prolongada, en proceso de construcción. Por esta misma razón, consideramos necesario definir los diferentes elementos que en ella se hallan comprometidos desde el punto de vista de sus implicaciones clínicas.

Se nos impone, en primer término, definir el elemento clave comprometido en la aplicación de este instrumento y es qué entendemos por niño. Aparentemente, es muy fácil señalar qué es un niño, pero desde el punto de vista del psicoterapeuta que opera con los conceptos del psicoanálisis, es allí donde comienzan los problemas. Si nos situamos en un plano observacional o conductista, el niño aparece como una determinada entidad psicofísica, pero, sin embargo, uno de los autores más creativos en este campo, Donald Winnicott, problematizó tal evidencia a través de una paradoja: "los bebés no existen", la cual nos conduce a un cuestionamiento radical en nuestra praxis con respecto a lo que aparece tan dado por sentado como ser niño.

A este respecto debemos señalar, que nuestra postura, guía del presente trabajo de investigación y terapia, considera que el niño que padece síntomas psicósomáticos así como el niño neurótico o "normal" es un sujeto del inconsciente, no es un psicótico, es un sujeto que ha accedido al orden social o cultural y por lo tanto habla y comparte una lengua, aun cuando una parte esencial de su discurso parece haber quedado atrapado en lo orgánico (como acto) impedido de traducirse en un orden más elaborado o simbólico; por lo tanto, es, también, un sujeto rico en producciones. En esta línea, cualquier instrumento terapéutico y

en este caso el grupo, debe abordarlo como tal y no menoscabarlo obedeciendo a una concepción impresionista acerca de lo que es un niño, luego, es importante brindarle la posibilidad de hablar, teniendo en cuenta que el juego es tan sólo un recurso del sujeto del inconsciente y el hablar es otro, el privilegiado. Esta constituye una de las razones por las que la estructura de las sesiones de grupo que proponemos a los niños, incluye un tiempo para jugar ("la hora de jugar") y otro para hablar ("la hora de platicar").

Consideramos, también, pertinente a continuación realizar una breve exposición de un otro aspecto clínico fundamental relacionado con el proceso grupal, el cual se refiere a la relación entre "lo individual y lo grupal" (o lo social), desde el punto de vista del psicoanálisis. Comenzaremos citando un concepto de Freud de gran contenido a este respecto: **"En la vida anímica individual aparece integrado siempre, efectivamente, "el otro", como modelo, objeto, auxiliar o adversario, y de este modo, la psicología individual es al mismo tiempo y desde un principio psicología social, en un sentido amplio, pero plenamente justificado."** ("Psicología de las Masas y Análisis del Yo", 1921). Luego, para el psicoanálisis

no existe una brecha o división entre lo "individual" y lo "social", ambos son elementos de un mismo proceso cuyo resultado es la estructuración psíquica del sujeto; así, el sujeto del inconsciente surge a partir de una relación con "otro", se estructura en base a una "diferencia". En este sentido es posible afirmar que el inconsciente incluye siempre al otro, se trata de un inconsciente vincular. Acerca de esto mismo; J. Puget ("Volviendo a pensar un encuentro", 1990), señala que esta característica vincular de la estructura inconsciente se pone de manifiesto en la naturaleza de los fantasmas originarios planteados por Freud como algunas de las representaciones "universalmente inconscientes" del sujeto (vida intrauterina, escena primaria, castración, seducción), las cuales es imposible imaginar fuera de un vínculo; señalando a continuación, que el paciente de la psicoterapia de grupo son las "configuraciones vinculares" que surgen en la dinámica grupal a partir de la interacción de los integrantes del grupo y que son el escenario de los fantasmas. Por lo tanto, podemos concluir señalando que el psicoanálisis a la hora de analizar un fenómeno, no distingue (fenomenológicamente) entre lo "individual" y lo "grupal"; luego, es posible reconocer en el proceso grupal los mismos fenómenos clínicos que surgen en el tratamiento individual.

A continuación pasaremos a definir aquellos conceptos específicamente vinculados con la aplicación de la psicoterapia al grupo de niños. Empezaremos señalando, a partir de lo expuesto por Grinberg, Langer y Rogrigué (*Psicoterapia del Grupo*, 1961), que son cuatro las condiciones que caracterizan la existencia de un grupo: un **encuadre compartido**, ya que el grupo sólo incluye miembros que comparten normas acerca de algo en particular; **roles sociales similares**, es decir que el grupo deberá estar formado por personas cuyos roles sociales se encuentren estrechamente entrelazados entre sí; **totalidad**, condición que se refiere a que el trabajo común del grupo implica un sistema en el cual cada parte o rol individual depende de los restantes, de forma tal, que un cambio producido en una de las partes repercute en las demás, modificando todo el sistema; **cohesión**, que es la unión especial que surge entre los integrantes, la cual aparece por necesidades inconscientes y da lugar a que en el plano psicológico los miembros formen algo nuevo, con vida propia y continuidad que es la "intersubjetividad" o lo que Puget llama las "configuraciones vinculares". En base a estas cuatro condiciones, es posible dar una definición formal de

Grupo Terapéutico, como " un conjunto de personas que se reúnen en un lugar determinado, a una hora establecida de común acuerdo, y que comparten una serie de normas tendientes a la consecución de un objetivo común : la curación", (Grinberg, Langer, Rodríguez, 1961). En este conjunto, los roles están sujetos a cambios continuos, el terapeuta desempeña el papel de líder formal del grupo, pero esto no impide que simultáneamente el grupo adjudique, tanto a él como a los observadores, las más diversas funciones y roles. A este respecto, consideramos importante señalar, que las particularidades del grupo con el que trabajamos, especialmente el estar conformado por niños que padecen de una afección psicósomática, nos lleva a plantear variantes importantes, entre las que sobresale la siguiente; consideramos que en el grupo psicoterapéutico de niños el objetivo común que cohesionan al grupo no es la búsqueda de la curación, sino, **la construcción de una demanda de análisis**; en virtud de que, al ser los integrantes niños entre cuyas características psíquicas se encuentra un déficit en el uso de los procesos simbólicos (relacionado con una ausencia de *insight* del problema), no hay una demanda de tratamiento. Por lo tanto, es objetivo del grupo terapéutico el transformar los encuentros de los niños en una demanda de análisis.

El grupo terapéutico ofrece a sus integrantes un campo interaccional insertado en medio de un encuadre, el cual posibilita el surgimiento de un espacio intersubjetivo (al igual que en la relación del terapeuta con un sólo paciente) entre los integrantes del grupo y de éstos con el terapeuta, espacio que incluye el universo emocional de cada uno y las fantasías inconscientes individuales y grupales; por lo tanto, es posible afirmar que **para el grupo terapéutico tiene predominio la realidad psíquica**. De este espacio intersubjetivo emergen, la mentalidad grupal y los supuestos básicos de Bion (Experiencias en Grupos, 1991) como resistencia a la tarea ; acerca de estos últimos diremos que los mismos constituyen signos observables del proceso regresivo que se efectúa en el grupo debido a su funcionamiento sui generis, estos supuestos básicos son ciertas creencias emocionales de las que participan todos los miembros del grupo y que los impulsa al unísono a tener un determinado tipo de fantasías y deseos; los cuales se expresan, según Bion, en tres tipos de conductas grupales : de *dependencia* (el grupo depende y venera al líder, espera "ser alimentado por él"), de *lucha y fuga* (esta fantasía arrastra al grupo a agredir o defenderse de un objeto perseguidor), de *apareamiento* (el grupo tiende a centrarse en torno a una pareja, mixta o del mismo sexo, y se crea alrededor de ella un clima emocional típico de expectativa y de esperanza). Por lo tanto, estos supuestos básicos constituyen la exteriorización y dramatización colectivas, en el "aquí y ahora" del grupo, de las diferentes estructuras emocionales primitivas que representan el pasado heredado del grupo o su parte infantil, que surge como producto del franco proceso regresivo en el que entra el grupo terapéutico. Estos supuestos básicos constituyen , también, indicadores importantes del proceso grupal, ya que se considera de mal pronóstico terapéutico si el grupo permanece estático, con suposiciones básicas fijas y roles invariables; por el contrario, los cambios manifiestos en su estructura y funciones (debido a la elaboración) serán índice de progreso.

Resulta importante señalar, así mismo, que como parte del establecimiento de ese espacio intersubjetivo, producto del funcionamiento grupal, aparece el proceso de la transferencia en el grupo; el cual, al igual que en el análisis individual, consiste en la actualización de los deseos inconscientes sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación

establecida con ellos, tratándose de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad; sin embargo, esta actualización no es un aspecto que deba entenderse en términos temporales (puesto que el inconsciente es atemporal), sino que se trata de que algo de lo inconsciente se hace "actual" y puede hablarse de ello. Es importante, también, señalar que la transferencia no es un fenómeno que aparece de un día a otro en el tratamiento, sino que es posible hablar de una "evolución natural" del proceso transferencial, la cual es producto de la creciente confianza de los pacientes en la técnica y el marco analítico (Chevnic, pág. 1090); esta concepción permite evitar la ruptura de ese proceso natural con interpretaciones enunciativas apresuradas. Luego, es posible decir que las expresiones de amor y de agresión que surgen entre los componentes del grupo, como así también las dirigidas hacia el terapeuta, son manifestaciones de transferencia; merced a que los mecanismos de identificación (proyectiva, introyectiva) entran al servicio del proceso transferencial. Para comprender las características de la transferencia en el grupo es conveniente pensar al mismo en términos de una Gestalt, (Grinberg y otros, 1961). Por otra parte, como en el tratamiento individual, constituye, también, el terreno en el que se desarrolla la problemática de la cura analítica; puesto que, su establecimiento conduce a suponer que en el grupo se lleva a cabo un trabajo psíquico que lo coloca en situación de realizar elaboraciones de conflictos hasta ese momento inconscientes; de manera tal, que es sólo en esta situación (de transferencia) y gracias a la intervención precisa por parte del terapeuta, quien gracias a un "cálculo" casi matemático deduce la pertinencia para hacer una interpretación a modo de un señalamiento "grupal", que se produce en el grupo un efecto de significación que conlleva la modificación de pautas rígidas o "patológicas" de relación.

Por último, respecto de las implicaciones clínicas de la psicoterapia grupal nos queda por referirnos a los factores que intervienen en su acción terapéutica. Acerca de éstos diremos que, en el caso particular que nos ocupa, un grupo de niños asmáticos con déficits en el empleo de procesos simbólicos para expresar sus conflictos, consideramos que el grupo es un dispositivo terapéutico en cuanto se constituye como contenedor de las ansiedades en él depositadas por los niños, ubicándose como zona intermedia entre lo interno y lo externo; es decir ocupando el lugar de un "espacio transicional" (Winnicott D. W., "Objetos y Fenómenos Transicionales", 1979) a la manera del concepto planteado por Winnicott, posibilitando en el niño el afianzamiento de los procesos de integración y el acceso al uso del símbolo como un representante del objeto. Es decir, que se trata de un grupo con capacidad de *r'everie* que devuelve las ansiedades metabolizadas en términos de proceso secundario, a través de las conductas de los otros integrantes (que cumplen una función de espejo), de la conducta del terapeuta (que posibilita el trabajo psíquico de los niños al no agredir, al no hacer interpretaciones enunciativas, al posibilitar el acceso a una palabra propia) y del encuadre de las sesiones que permite que la comunicación en niveles de proceso primario (las conductas de acto) se cambie por un máximo de comunicación en niveles de proceso secundario ("la hora de platicar"). Todos estos aspectos posibilitan la regresión del grupo, pero además su progresión hacia el uso de recursos más elaborados (más allá del organismo), que posibilitan el *insight*.

CAPITULO 2 :

METODOLOGIA

La investigación aborda el problema desde una perspectiva clínico-psicológica, dentro de los lineamientos planteados por el psicoanálisis. A partir de esto podemos señalar que el método que utilizamos es el "Método Clínico" cuyo objetivo principal es el estudio profundo de los problemas en poblaciones reducidas o casos clínicos con el objetivo de postular hipótesis teóricas que sirvan de apoyo para investigaciones de base.

Por lo tanto se trata, también, de una investigación analítica, al pretender analizar en profundidad los fenómenos observados.

2.1.-) Planteamiento del Problema .-

El asma bronquial psicógena se revela como un área problema, en virtud de la ausencia de un factor etiológico orgánico específico que explique por sí mismo la aparición y curso de la enfermedad; considerándose, en cambio, a dicho cuadro patológico como un complejo sindromático en el que intervienen numerosos agentes causales orgánicos, psíquicos y sociales. Por lo tanto, esta área problema requiere la atención de la investigación integral médico-psicológica, la cual deberá ahondar en aquellos procesos biopsicosociales subyacentes relacionados con su génesis y desarrollo posterior.

De esta forma, la presente investigación "clínica", pretende dar respuesta a tres interrogantes esenciales relacionados con procesos etiológicos de carácter psicosocial y con una propuesta terapéutica específica como la psicoterapia grupal aplicada a niños; interrogantes que podrían formularse de la siguiente forma :

- ¿Cuáles son las características de los procesos simbólicos que presentan los niños que padecen de afecciones asmáticas?

Interrogante al que se da respuesta a través de las pruebas psicológicas que son aplicadas individualmente a los niños antes de empezar el trabajo terapéutico : Hora de Juego Diagnóstica, Test de Apercepción Temática para Niños (C.A.T.-A), el Test del Dibujo de la Figura Humana (D.F.H.) .

- ¿Es posible identificar una suerte de "disociación" o "separación" entre las experiencias somáticas y psíquicas en la sintomatología psicósomática?

La respuesta a este interrogante se realiza a través del diagnóstico previo individual de cada niño, por medio de las pruebas antes mencionadas; y, por otra parte, sirve a este mismo propósito, la observación de la conducta de los niños durante el proceso psicoterapéutico, de la calidad del juego grupal, del discurso y del dibujo.

- ¿Puede la psicoterapia grupal constituirse en una experiencia alternativa reparadora que permita a los niños el ejercicio de procesos simbólicos, posibilitando la modificación y reparación de modelos primarios de interacción psicosocial?

La respuesta se da a través de los resultados del proceso terapéutico, por medio de indicadores tales como : disminución de la frecuencia de los ataques de asma, incremento o no de conductas simbólicas observadas en una evaluación final individual con Hora de Juego Diagnóstica, Test de Apercepción Temática para Niños (C.A.T.-A), Dibujo de la Figura Humana (D.F.H.).

2.1.1.-) Delimitación del Problema .-

Al considerar el asma como un síndrome complejo en el que intervienen muy numerosos agentes etiológicos y factores genéricos, inmunológicos, bioquímicos, infecciosos, psicológicos y ambientales; la investigación no pretende demostrar que el origen del asma sea estrictamente psicológica o emocional.

La investigación parte del supuesto de que el individuo que padece asma bronquial presenta un factor orgánico funcional predisponente, que se ha venido en llamar "hiperreactividad bronquial", que por acción de un factor desencadenante, producirá contracción persistente de la musculatura lisa bronquial, edema de la mucosa y cambios en la viscosidad de las secreciones, que provocarán reducción del calibre bronquiolar y dificultad al paso del aire en la espiración; aspectos que constituyen la clínica de la crisis asmática. Por lo tanto, consideramos que sobre esta base orgánico constitucional, las características del funcionamiento psíquico de los sujetos en las situaciones de stress emocional, pueden desencadenar una crisis de asma. A este respecto es conocido el hecho de que una gran parte de los accesos asmáticos se encuentran asociados a experiencias emocionales, de tal forma que "...cuando el paciente se hospitaliza y aleja del medio que desencadenó la crisis emocional, se observa mejoría importante de los síntomas, los que en ocasiones se podrán exacerbar cuando los pacientes son reincorporados a su medio habitual", ("Asma en la Infancia", *Revista Mexicana de Pediatría*, 1990, pág. 312). Esto puede explicarse de la siguiente forma; un conflicto emocional (familiar, individual, etc.), somete al sujeto a una situación stresante, la cual pone en funcionamiento una serie de factores orgánicos y psíquicos, constitucionales y accidentales de acuerdo a la teoría de las Series Complementarias de Sigmund Freud; de tal forma, que si el individuo tiende al empleo de conductas de acto, sumado a un factor predisponente orgánico funcional, es muy probable que resuelva las situaciones de stress que le provocan ansiedad y angustia a través de un acceso asmático.

2.2.-) Objetivos e Hipótesis .-

2.2.1.-) Objetivos .-

2.2.1.1.-) Objetivo General .-

Aplicar la técnica de psicoterapia de grupo a niños que padecen de afecciones calificadas de psicósomáticas, como el asma bronquial, proporcionándoles experiencias alternativas de interacción psicosocial que favorecen el ejercicio de procesos simbólicos (tales como el pensamiento, la palabra, el dibujo, el juego). Experiencias que redundan en efectos terapéuticos dando como resultados : aumento del uso de procesos simbólicos, disminución de la frecuencia de ataques asmáticos y de las conductas de acción*.

* Conducta de acción : designa aquellas manifestaciones conductuales impulsivas regidas por procesos primarios. Se trata de un tipo de expresión o de lenguaje en el que el sujeto se ve llevado a realizar conductas sin saber porque, pero conociendo que va a provocar ciertos efectos en el otro o en el grupo, (Martín, A., 1986). Por ej. en el caso del juego, en lugar de ser éste un medio de expresión que permite el despliegue de una fantasía, pasa a convertirse en un mero afecto que expresa el niño a pesar de sí, canalizando situaciones emocionales que no le es posible representar, hablamos entonces de un "juego de evacuación" y no de un "juego simbólico".

2.2.1.2.-) Objetivos Específicos .-

- Incrementar en los niños el ejercicio de procesos simbólicos en desmedro de las conductas de acción.

Este objetivo es evaluado siguiendo una modalidad comparativa respecto de los siguientes indicadores en la Hora de Juego pre y postest : la modalidad de juego, la creatividad, la capacidad simbólica y la tolerancia a la frustración. En el C.A.T. a través de la riqueza y creatividad de las historias. En el DFH a través de la disminución de los indicadores emocionales de agresividad. Por último, a través de la disminución de la frecuencia de las crisis asmáticas de origen emocional.

- Incrementar en los niños al apropiación simbólica de su cuerpo y enfermedad.

Este objetivo es evaluado en el DFH a través de la representación gráfica (plástica de la enfermedad o dolencia). En la Hora de Juego, a través de la capacidad simbólica, la modalidad de juego, y la elección de juguetes y de juegos. En el proceso evolutivo de la psicoterapia grupal a través de los cambios en el discurso del niño tanto verbal, gráfico y lúdico.

- Reducir en los niños las sensaciones angustiosas y de pánico que acompañan a las crisis asmáticas.

Este objetivo es evaluado a través de los cambios en la conducta del niño durante el proceso psicoterapéutico grupal.

2.2.2.-) Hipótesis de Trabajo .-

A partir de lo ya expuesto proponemos la siguiente formulación :

Si los déficits en la expresión simbólica de los conflictos en los niños que padecen asma estimulan la expresión de ansiedades y angustia a través de canales concretos , como la manifestación en el propio cuerpo y en el mundo externo a través de conductas de acto; entonces, la aplicación de la técnica de "psicoterapia de grupo" a la población reducirá la frecuencia de los accesos de asma bronquial, en virtud de que la misma posibilitará la elaboración simbólica de conflictos y ansiedades.

La factibilidad de este supuesto se basa en el dato, ya señalado en el marco teórico, de que un número significativo de los accesos de asma integran en su etiopatogénia un desencadenante psíquico o emocional.

2.3.-) Sujetos .-

Un grupo constituido por tres niños que padecen ASMA BRONQUIAL, los cuales se encuentran entre los cinco y siete años de edad, pertenecen a ambos sexos y son pacientes del Hospital de Petroleos PEMEX.

2.4.-) Selección de los sujetos .-

La población se encuentra constituida por un grupo de tres niños entre cinco y siete años, quienes cumplen con los siguientes criterios de selección :

- Los niños no presentan patología broncopulmonar crónica de carácter infeccioso.
- Los niños son capaces de expresarse verbalmente.
- Los niños presentan una capacidad intelectual media como mínimo.
- Los niños no tienen antecedente de tratamiento psicoterapéutico previo.
- Los niños se encontraban atravesando por un periodo de crisis asmáticas al inicio del tratamiento psicoterapéutico grupal.
- Los niños son hijos de padres muy demandantes con el médico.
- Los niños no tienen antecedentes familiares (grupo familiar primario) de serias alteraciones psíquicas como psicosis y psicopatías muy impulsivas y altamente peligrosas.

2.5.-) Escenario .-

Las tres etapas del trabajo (pretest, intervención, postest) se llevan a efecto en diferentes espacios del Hospital de "Alta Especialidad" de la Zona Sur de PEMEX :

- La etapa de pretest se lleva a cabo en un espacio de cuatro por cuatro metros, equipado con material lúdico, dentro del área de Consulta Externa de Pediatría.

- La etapa de intervención se lleva a efecto en una "Cámara de Gessell", ubicada en la planta baja del hospital, en la sección de Enseñanza e Investigación, la cual se encuentra provista de un espacio amplio para terapia de seis por seis metros separado por medio de un vidrio de visión unilateral de un espacio destinado a los observadores, se cuenta además con un cuarto pequeño para guardar el material lúdico y, por último, contiguo a la Cámara de Gessell se encuentra un baño para uso de los niños.

- La etapa de postest tiene lugar en el mismo espacio de Consulta Externa Pediátrica en el que se llevó a cabo la primera.

2.6.-) Instrumentos .-

A través de la aplicación de determinados instrumentos psicológicos en la etapa de pretest se establece una línea base, que constituye un parámetro que permite evaluar las características de los procesos simbólicos y modalidades de expresión de los sujetos al inicio del trabajo; posteriormente se evalúa a través de comparaciones pre-test y post-test, los efectos de la psicoterapia de grupo, y, de esta forma se responden los interrogantes que dirigen la investigación, así mismo, se confirma o en su defecto modifica la hipótesis de trabajo. Los instrumentos de evaluación son los mismos en las etapas pre y postest, y son los que a continuación se describen :

- El test del Dibujo de la Figura Humana (DFH): calificado de acuerdo a la modalidad de E. Koppitz, permite el diagnóstico de conflictos emocionales y defensivos a través del uso de "items emocionales", y la valoración de las capacidades intelectuales a través del uso de "items evolutivos". Se trata de una prueba de fácil aplicación y calificación, además de que tiene la ventaja de que se vale del dibujo, que en general es una actividad atractiva para los niños. Koppitz (1982) plantea la hipótesis básica de que los DFH reflejan primordialmente el nivel del desarrollo del niño y sus actitudes interpersonales; **las actitudes del niño hacia las tensiones y exigencias de la vida y su modo de enfrentarlas**; los dibujos también pueden reflejar los intensos miedos y ansiedades que pueden afectarlo consciente o inconscientemente en un momento dado; así como los cambios producidos en el niño por el proceso psicoterapéutico. En este sentido, respecto del problema que nos ocupa, se consideran de especial observación aquellos items emocionales relacionados con tendencia a impulsividad y autoagresión, tales como :

- **Aspectos dañados o deteriorados de la figura** (integración pobre, sombreado, fig. pequeña, y otros correspondientes a los indicadores cualitativos del DFH).
 - **Omisión de partes.**
 - **Dibujo de detalles especiales** (indicadores de impulsividad y autoagresividad).
- (Ver Cap. 1, Antecedentes Teóricos).

- El Test de Apercepción Temática para niños de Bellak : es una prueba proyectiva o más bien un método aperceptivo que consta de 10 láminas con figuras de animales en diferentes situaciones, acerca de las cuales se le pide al niño que imagine una historia o un cuento. Se utiliza la versión que presenta figuras de animales, pues de acuerdo a lo señalado por Esquibel, Heredia y Lucio (1992), resulta de mayor utilidad en la clínica ya que facilita la proyección. La calificación se realiza de acuerdo al método de Baringoltz ("Pautas de Interpretación del Test de Apercepción Infantil (CAT-A) de L. Bellak", 1979), analizando ocho variables en cada historia. Este test permite también evaluar características de los procesos simbólicos a través de indicadores tales como:

- Posibilidad de dar pasado, presente y futuro a la historia.
 - Secuencia lógica o ilógica en la construcción de la historia.
 - Tipo de lenguaje utilizado.
 - Posibilidad de fantasear, capacidad creativa.
 - Tipo de interacción entre los personajes a nivel descriptivo.
 - Tema de las relaciones objetales inconscientes en la interacción, principales ansiedades asociadas a las relaciones fantaseadas, principales medios de defensa.
- (Ver Cap. 1, Instrumentos de Diagnóstico)

Podemos decir, que estos indicadores analizan en síntesis la distancia existente entre el objeto (impulso, conflicto inconscientes) y su representación (el cuento).

- La Hora de Juego Diagnóstica, de acuerdo al modelo planteado por E. de Picollo (1979) : se trata de una prueba proyectiva de enorme utilidad clínica. Como técnica terapéutica fue introducida por Melanie Klein y posteriormente fue enriquecida por otros hasta llegar a constituir un sólido instrumento clínico de diagnóstico, que hace uso de una actividad natural infantil para conocer la personalidad del niño, sus conflictos, tensiones, ansiedades, angustias y la forma en que acostumbra resolverlas. El juego constituye una de las vías de acceso del niño al mundo de lo simbólico; luego constituye la vía privilegiada para conocer este aspecto del psiquismo infantil; pues la capacidad para expresar el conflicto a través de un "como si" da cuenta de la capacidad del niño para realizar una relación significante/significado. Lo no simbólico implica incapacidad para salir del aquí y ahora o del acto o la descarga. En la evaluación se consideran indicadores de las capacidades simbólicas de los niños a los siguientes :

- Modalidad de juego.
- Creatividad.
- Capacidad Simbólica.
- Tolerancia a la Frustración.
- Adecuación a la Realidad.

Es importante señalar, que todos los instrumentos señalados son valorados desde un punto de vista clínico, así como la síntesis del conjunto.

2.7.-) Materiales .-

Se utiliza el material exigido por cada uno de los instrumentos psicológicos utilizados en las diferentes etapas del trabajo.

- Dibujo de la Figura Humana (DFH) : hojas de papel blancas tamaño carta, lápiz negro número 2, goma de borrar.

- Test de Apercepción Temática para Niños : las diez láminas con figuras de animales de Bellak, una radiograbadora de bolsillo, hojas blancas tamaño carta para los apuntes del terapeuta y en caso de que el niño desee añadir algún dibujo relativo a sus historias.

- Hora de Juego Diagnóstica : Caja de juego que incluye los siguientes elementos :

- Hojas blancas tamaño carta.
- Lápices negros número 2.
- Lápices de colores.
- Crayones.
- Tijeras de punta roma.
- Plastilina de distintos colores.
- Gomas de borrar.
- Lápiz adhesivo (pritt).
- Sacapuntas.
- Hilo de tipo piolín.
- Cuatro o cinco muñecos articulados y de distintos tamaños que permitan representar una familia (papá, mamá, hijos).
- Familia de animales salvajes.
- Familia de animales domésticos.
- Tres cochecitos de distintos tamaños que puedan funcionar como continentes.
- Tres avioncitos con las mismas propiedades.
- Tacitas con sus respectivos platitos, vasitos, cubiertos, cucharitas.
- Cubos de tamaño intermedio.
- Trapitos.
- Plumones de agua y de tinta.
- Dos pelotas medianas de plástico.
- Pizarrón de mármol.
- Videograbadora.
- Estetoscopio.
- Tres mascarillas de oxígeno.
- Tres nebulizadores (sin contenido).
- Jeringas (sin agujas) y algodón.
- Agua.

- Psicoterapia de Grupo : Dos colchonetas, dos cobijas; seis almohadones; sillas; mesa; pizarrón de mármol; rompecabezas sencillos; una caja de juego grupal propia de las sesiones

que contiene los mismos elementos de la caja de la Hora de Juego, pero diferentes en cantidad y calidad.

2.8.-) **Diseño** .-

La investigación se ajusta a un diseño Pretest - Intervención - Postest, de acuerdo a los planteamientos de Castro (1975), y a un encuadre analítico. A través del mismo se pretende demostrar la relación causal entre la VI (la psicoterapia grupal) y la VD (los déficits en los procesos simbólicos de los niños asmáticos, la frecuencia de los accesos asmáticos).

El diseño incluye : a) obtener un conjunto de observaciones relativas a los procesos simbólicos de los niños, a través de la aplicación de instrumentos psicológicos como la hora de juego diagnóstica, el test de apercepción temática para niños y el dibujo de la figura humana; b) aplicar entonces la misma VI o la psicoterapia grupal al grupo de niños valorados, al mismo tiempo; c) valorar el cambio o sesgo de cada individuo como consecuencia de la presencia del tratamiento, a través de una nueva aplicación de los instrumentos señalados en la primera etapa.

2.9.-) **Procedimiento** .-

En la etapa de pretest, se selecciona a los sujetos siguiendo criterios previamente establecidos, siendo su objetivo primordial determinar de forma individual las características de los procesos simbólicos de los niños, a través de los siguientes instrumentos : hora de juego diagnóstica, dibujo de la figura humana y el test de apercepción temática para niños de Bellak. Se establece de esta forma una línea base. Esta etapa se realiza en un espacio del área de Consulta Externa de Pediatría del Hospital de PEMEX.

En la etapa de intervención, se somete al grupo de niños seleccionado al efecto de una misma variable independiente como es la psicoterapia grupal; a través de la cual también se realizan observaciones relativas a los procesos simbólicos y los síntomas psicósomáticos. Respecto de la frecuencia y espacio, el grupo de niños se reúne una vez por semana por un lapso de sesenta minutos, bajo la coordinación de un terapeuta, en "Cámara de Gessell", dentro del área de Enseñanza e Investigación del Hospital de PEMEX.

En la etapa de postest, se aplican nuevamente de forma individual los instrumentos utilizados en la primera parte, a fin de obtener el sesgo realizado por los sujetos debido a la psicoterapia de grupo. La etapa se lleva adelante en el mismo espacio en el que se efectuó el pretest.

2.10.-) **Análisis de los Resultados** .-

Una vez cumplidas con las tres etapas del diseño, se procede a realizar un análisis comparativo eminentemente clínico y cualitativo de los resultados obtenidos. En primer término, se valora cada caso individualmente, tomando en consideración los diferentes indicadores simbólicos de cada prueba. En segundo término, se realiza una síntesis clínica grupal

2.11.-) El Trabajo con el Grupo de Padres -

Durante todo el proceso de terapia de los niños se trabaja paralelamente con el grupo de padres bajo la modalidad de grupo operativo de aprendizaje. Es necesario aclarar que este grupo no es objeto de investigación alguna, considerándolo tan sólo como una variable que se desea controlar en alguna medida, a fin de reducir las probabilidades de que estorben o ejerzan algún tipo de "boicot" sobre el tratamiento clínico de los niños, como por ej. retirarlos prematuramente del tratamiento. El trabajo en grupo operativo de padres permite que estos sujetos logren mejores niveles de insight acerca del cuadro de sus niños, en cuanto a sus componentes orgánicos y psíquicos.

El grupo se reúne por espacio de sesenta minutos, bajo la dirección de la misma terapeuta de los niños, en Cámara de Gessell.

El grupo tiene como tarea externa, aumentar sus conocimientos relativos a la afección que padecen sus hijos bajo la consigna de recabar cualquier material relativo al tema de asma, como artículos de revistas, pláticas con el médico, experiencias personales y de otras personas.

El grupo tiene como tarea interna, reflexionar acerca de sus relaciones con el niño asmático.

El análisis de las sesiones es eminentemente clínico y los resultados se presentan en forma conjunta, haciendo énfasis en aquellos aspectos relacionados con la investigación principal.

2.12.-) Consideraciones acerca del Método -

La forma en que nos acercamos a un problema se encuentra sobredeterminada por una concepción epistemológica, la cual se encuentra implícita en el marco teórico que apoya una investigación. A este respecto, diremos que el abordaje del problema que nos ocupa posee una orientación clínico - psicológica, con todo lo que ella implica y que pasamos a señalar a continuación.

El método clínico es considerado el más directo y apropiado para el acceso a la conducta de los seres humanos y a su personalidad (J. Bleger, Psicología de la Conducta, 1979), a través de muestras limitadas; puesto que el cuantificar un gran número de hechos no es garantía de que ésto sólo baste para poder ofrecer un dato científicamente válido. A este respecto, G. Devereux (1977) señala que si bien la AMPLITUD no es necesariamente igual a PROFUNDIDAD, en muchos casos el análisis en profundidad de un sólo fenómeno o caso proporciona exactamente los mismos "insights" que el análisis de un gran número de hechos relativamente superficiales (*).

Acerca de esta misma particularidad del método clínico, J. Bowlby (1982, pág. 73-78), nos recuerda que en la actualidad se ha comprendido tan exactamente el valor que ofrecen las muestras limitadas, que aquellas amplias y heterogéneas han quedado definitivamente

relegadas al pasado. La cantidad en el análisis estadístico no podrá suplir los defectos de unos datos inadecuados o inexactos.

Respecto del método clínico y experimental, Bowlby señala que, el clínico es quien por lo general penetra antes en la intimidad de los problemas, él que lo define y él que formula la primera hipótesis; en este sentido, la psicología experimental le es tributaria. Mediante el minucioso estudio de los sentimientos y de las causas originales de las reacciones de los pacientes, así como de las repercusiones intelectuales y emotivas a que dan lugar en éstos, suministra informes en lo que respecta a la relación entre las fuerzas psíquicas y ambientales, datos éstos que no pueden obtenerse de otra forma. Su estudio es algo así como el primer diseño que, por erróneo que sea en algunos aspectos, ofrece la primera vista de un territorio nuevo a investigar. No es un hecho accidental el que psicoanalistas y clínicos en estrecha colaboración hayan desempeñado un papel preponderante, por ejemplo, en el descubrimiento de los efectos nocivos de la privación. Sin embargo no debemos perder de vista, que el clínico pocas veces se encuentra en condiciones de poder comprobar estadísticamente la validez de la hipótesis que estableció; puesto que esta tarea debe ser llevada a cabo por otros especialistas (el caso de Jean Piaget por ejemplo); al mismo tiempo, este estudio conducirá a su vez a hipótesis que deben ser estudiadas clínicamente antes de que se realicen estudios experimentales. Por lo tanto, "las investigaciones y las experiencias deben planearse y ejecutarse teniendo en cuenta las observaciones que sólo el clínico puede suministrar", (J. Bowlby, 1982, pág. 77).

(*) G. Devereux señala en uno de sus casos (N° 4), que es posible demostrar estadísticamente que los bebés los trae la cigüeña, puesto que la culminación de los nacimientos en Escandinavia está - estadísticamente - altamente correlacionada con el período de migración de las cigüeñas. (Ibíd, pág. 37).

CAPITULO 3 :

RESULTADOS**3.1.-) Descripción Clínica de los Resultados obtenidos en la Etapa de Prefest .-**

A continuación se presentan los tres casos de niños asmáticos que constituyen la población del presente estudio clínico. Cada uno es presentado de forma individual. En cada caso se incluyen, por separado, los resultados obtenidos con los tres instrumentos utilizados, haciendo hincapié en las observaciones relativas a la función simbólica por medio de los indicadores ya especificados en la metodología.

3.1.1.-) DAVID .-**a.-) Antecedentes Generales .-**

- Edad .- 5 años, 15 días.
- Sexo .- Masculino.
- Escolaridad .- Inicia tercer grado de preprimaria en escuela semiprivada.
- Vive con .- Padre (31 años), madre (25 años), hermana (6 años), en casa de los abuelos paternos.
- Padre .- Jaime, con treinta y un años de edad.
- Madre .- Marcela, con veinticinco años de edad.
- Ocupación del padre .- Empleado del Hospital de Pemex en el sector de vigilancia.
- Ocupación de la madre .- Labores del hogar.

b.-) Desarrollo de la patología .-

Primera crisis de asma a los dos meses de edad, con broncoespasmos como de treinta segundos. A los seis meses presenta la segunda crisis debido a infección respiratoria, es hospitalizado por espacio de quince días; de esta fase, dice la madre, salió agresivo y llorón. Al año de edad debe ser internado nuevamente, también por crisis de asma que no puede controlarse en la casa, de esta hospitalización sale más agresivo, según la madre, pues pegaba y mordía, no quería agarrar la mamila ya que estaba muy acostumbrado al pecho de la madre. No lo declararon asmático hasta los tres años, después de una crisis muy fuerte. A los cuatro años llega a presentar alrededor de cinco crisis de asma, dos ellas cuando la madre tuvo que ser hospitalizada para ser sometida a dos intervenciones quirúrgicas; en estas oportunidades, señala la madre, que previamente la visitó en el hospital y parecía tranquilo, no le preguntaba nada, en cambio la niña estaba muy triste, le preguntaba qué le hicieron y cuándo volvería a casa; sin embargo, las dos veces David tuvo crisis de asma al regresar a su casa.

A los cuatro años empieza a presentar dermatitis en el cuello y los pliegues de los brazos. El inmunólogo pediatra le dice que puede tener un origen nervioso. Se le presenta sobretodo cuando lo van a inyectar o extraer sangre.

De enero a julio de 1995 presenta tres crisis de asma y otros tantos amagos de crisis. Refiere el padre que casi semanalmente debían traer a David al hospital por infecciones respiratorias que le provocaban fiebre y taquicardia.

c.-) Antecedentes familiares significativos .-

David es el producto de un segundo embarazo de Marcela; se trata de un embarazo no deseado y rechazado por los padres debido a que la primera niña estaba muy pequeña y vivían con la madre de Marcela. La madre de ésta última rechaza el matrimonio de la hija, por este motivo ella le oculta su embarazo. Cuando Marcela va en el sexto mes de gestación su madre muere de cáncer uterino sin enterarse de su embarazo. Por este motivo tiene una amenaza de interrupción del embarazo y debe guardar reposo hasta el parto.

El niño nace a los nueve meses de gestación, sin mayores problemas, con un peso de cuatro kilogramos. La madre refiere que durante el puerperio se sintió muy deprimida y que David era muy celoso desde bebé con la niña ("quisiera ser el sólo, quisiera ser el único"). Señala que actualmente se enoja y le pega a la hermana, ella siente que la niña es más comprensiva.

Después del primer año del niño Marcela deja su trabajo, también en el hospital de PEMEX, para dedicarse a cuidar a los niños y especialmente a David que requería ser traído constantemente al hospital y atendido con sus medicamentos; sin embargo, a pesar de todo el cuidado que pone a esta tarea, la madre refiere, que a veces se olvida de darle sus medicamentos al niño a las horas establecidas.

Actualmente, Marcela y Jaime con los dos niños, comparten una habitación en casa de los padres de este último. Al principio David dormía con la pareja, pero luego se separaron y el niño pasó a dormir exclusivamente con su madre; a este respecto, Marcela señala que lo hacen porque el niño busca el calor de alguien.

Su rendimiento escolar es bueno, pero en el último año Marcela ha recibido reportes de la escuela por agresividad del niño con otros compañeros.

d.-) Test del Dibujo de la Figura Humana (DFH 1).- (Ver Apéndice I, DFH 1)

- ASPECTOS EVOLUTIVOS: Nivel de capacidad mental normal bajo a normal (C.I. 80-110).

- ASPECTOS EMOCIONALES :

Signos Cualitativos del DFH :

- Figura pequeña, (indicador altamente significativo de problema emocional asociado con sentimientos de inadecuación y elevados montos de ansiedad, también, frecuente en niños con afección psicósomática).

Detalles Especiales: Dibujo de "techos" amenazantes que rodean al sujeto, (indicador altamente significativo de ansiedad excesiva y de dolencia psicósomática, ilustra también el uso del mecanismo de la identificación proyectiva. El fonema "techos" constituye un significante para el niño, ver décimo quinta sesión, que sustituye por homofonía al significante "pechos", el cual alude a la relación ambivalente y simbiótica que sostiene con la madre, relación en la que predomina la identificación proyectiva).

Omisiones :

- Omisión de manos (indicador típico de niños con padecimientos psicósomáticos autodestructivos y con tendencias de acto).
- Omisión de la nariz (significativo de angustia de castración, altamente significativo por su relación con novena y décima sesiones del grupo de niños. Indicador típico de niños con padecimientos psicósomáticos).

La presencia de cuatro indicadores emocionales es altamente significativo de perturbación emocional, y relaciones interpersonales insatisfactorias (Koppitz, pág. 62, 1982). Se trata, así mismo, de indicadores de tendencias impulsivas autoagresivas; que indican la presencia de elevados montos de angustia y agresividad que el niño dirige sobre sí mismo. Por otro lado, se trata de un dibujo que presenta "faltas" significativas (nariz, manos), aspecto que podría interpretarse como ausencia de posibilidad de simbolización de lo que acontece con esos "lugares del cuerpo".

e.-) Test de Apercepción Temática para Niños (CAT-A 1) .-

(Ver historias en Apéndice 2, CAT-A 1).

El análisis de las historias se lleva a cabo tomando en cuenta los indicadores simbólicos señalados por Baringoltz (ver Antecedentes Teóricos).

- 1) y 2); respecto de estos indicadores, señalaremos que no se presentan distorsiones perceptuales significativas. Así mismo, sólo en la lámina 1 se encuentra la adición de un elemento que no se encuentra representado, en este sentido, el niño señala : "...están comiendo el pollito que mataron.."; así pues, el proceso aperceptivo lo lleva a suponer la existencia de un "pollito muerto" en la olla.

- 3); respecto de este indicador, señalaremos que, en todas las historias el niño no hace uso del recurso temporal, como secuencia pasado, presente, futuro, para enriquecer sus historias. Se limita al tiempo presente y a la descripción de las láminas, como por ejemplo en la lámina 2 : "Un lobo con otro lobo y un lobito. en la cuerda. y el número (se refiere al número de lámina que aparece en el extremo inferior derecho).(trata de borrar con el dedo índice el número que percibe).y nada más." Las historias se limitan a describir una situación en el "aquí y ahora".

- 4); acerca de este indicador podríamos decir que no hay incoherencia en la secuencia lógica de las historias porque no hay secuencia; puesto que, las historias son tan descriptivas y pobres, que parece que el yo apenas tiene tiempo de percatarse del estímulo, angustiarse y huir (hacer la fuga). Aspecto que da cuenta de la pobreza de recursos del yo para elaborar aquello que angustia, dando lugar a una conducta impulsiva (ej. lámina 10, "El pelito a la pelita se fueron al baño...y no se...¡ya! -vuelca la lámina- "); este mismo significado posee la conducta regresiva adoptada por el niño durante toda la sesión, la cual consistió en chuparse la lengua durante toda la ejecución del test.

- 5); en todas las historias el lenguaje es pobre (concreto), se trata de un nombrar los estímulos. Se trata de un lenguaje sin emoción. Ejemplo, lámina 10, "El pelito a la pelita"; ej. lámina 5, "Hay palos y una recámara...(vuelca la lámina rápidamente)".

- 6); las historias, en su mayoría, se ajustan a lo que Baringoltz llama "producciones chatas", ya que en ellas las posibilidades de fantasear y la capacidad creativa son escasas. No constituyen un espacio de recreación de la ausencia. Ej., lámina 9 : "Un conejito está solito en su cuna y no está su mamá...ya se acabó el cuento". Existe baja tolerancia a la frustración ya que frente a la emergencia de angustia y displacer se vuelcan rápida e impulsivamente las láminas.

- 7); los personajes de las historias se relacionan a través de conductas impulsivas, tales como, devorar, matar, morir, (lámina 1 "...están comiendo el pollito que mataron", lámina 7 "...Es un león de la selva y hay un changuito de la selva. El león va a morder al changuito, y ya...- vuelca la lámina- "). Estas conductas dan cuenta de mecanismos de defensa primitivos, tales como, la identificación proyectiva, la escisión de los objetos.

- 8); las apercpciones del niño frente a las láminas suscitan la conflictiva con el Otro; a quien percibe como "devorador" y "peligroso". Las soluciones que plantea para enfrentar esta relación empobrecen más al yo que se percibe como débil y dependiente. Ej. lámina 7, "...el león va a morder al changuito, y ya...-vuelca la lámina- "; ej. lámina 9 , "Un conejito está solito en su cuna y no está su mamá...ya se acabó el cuento".

El análisis del CAT-A, a través de los indicadores propuestos por Baringoltz, permiten visualizar las dificultades y déficits simbólicos del niño; en virtud de que se trata de historias descriptivas, estancadas en el "aquí y ahora" o en lo actual en el sentido de la imposibilidad de hacer desaparecer algo, no poder producir la "ausencia", en última instancia no poder simbolizar, (Chevnic, pág. 1056, 1983). El ejemplo más ilustrativo de este aspecto capital lo encontramos en la lámina 2, en la cual el niño describe el número de lámina y trata de

hacerlo desaparecer con el dedo índice. Por otra parte, sobresale la pobreza del lenguaje que refleja un pensamiento centrado en las acciones, con dificultad para representar ideas y emociones, ya que no es capaz de sobreponerse a la invasión de la angustia. Los mecanismos de defensa son primarios, tales como la identificación proyectiva, la escisión y la anulaci3n. La relaci3n con el Otro es percibida como peligrosa, agresiva y simbi3tica.

f.-) Hora de Juego Diagn3stica.1.- (Ver descripci3n en Ap3ndice 3)

El an3lisis cl3nico se realiza tomando en consideraci3n los indicadores simb3licos se3alados en los capitulos de Antecedentes Te3ricos y Metodolog3a.

1) Modalidad de Juego : respecto de este indicador diremos que David se relaciona de manera tranquila con los juguetes, inspeccion3ndolos, agarr3ndolos y jugando con ellos de acuerdo a su funcionalidad; aspectos 3stos que ayudan a descartar una patolog3a ps3quica severa. En cuanto al desarrollo del juego, la mayor parte de las unidades de juego que desarrolla son de car3cter impulsivo, como por ejemplo chocar los cochecitos contra la pared en una carrera cuyo 3nico objetivo es poner en acci3n la destructividad de los objetos, sin ninguna regla de competencia; otro ejemplo lo constituye el juego de meter la plastilina y los cubos en el cam3n o tirar las torres de cubos de un s3lo golpe. S3lo al final se interesa por el material no figurativo y realiza un dibujo que expresa de manera pl3stica una din3mica ps3quica que se caracteriza por emplear procesos ps3quicos primitivos tales como la disociaci3n de los objetos en partes buenas y malas, dibujo al que llama "los techos buenos y malos" (a este respecto debemos a3adir que el proceso terap3utico grupal pone de manifiesto que la palabra "techo" para David constituye un significante construido por homofon3a que remite al sujeto a "pecho").

2) Creatividad : las diferentes unidades de juego desarrolladas por el ni3o se caracterizan por su rigidez y poca creatividad; puesto que, se estanca en juegos de caracter evacuatiuo.

3) Capacidad Simb3lica : el sujeto desarrolla juegos poco elaborados en los cuales prima un mecanismo de defensa primitivo como es la proyecci3n, este elemento sumado a la falta de plasticidad nos remite a un d3ficit en las capacidades simb3licas. Las unidades de juego del choque de cochecitos, el meter plastilina y cubos dentro del cam3n hasta pr3cticamente reventar, el voltear las torres; constituyen juegos de evacuaci3n, a trav3s de los cuales el ni3o proyecta sus propios contenidos internos escindidos. Sin embargo, la 3ltima unidad de juego en la cual dibuja "los techos buenos y malos" constituye una actividad m3s elaborada, m3s alejada del objeto primitivo, y constituye un elemento de buen pron3stico terap3utico. Por otra parte, los d3ficits simb3licos se hacen evidentes, tambi3n, en la imposibilidad del ni3o para soportar la ausencia f3sica de la madre; es por esta raz3n que invadido de angustia sale intempestivamente de la sala de juego a su encuentro y durante el resto de la prueba deja la puerta entreabierta para poder continuar vi3ndola.

4) Tolerancia a la frustraci3n : el ni3o da muestra de poca tolerancia a la frustraci3n puesto que no respeta la consigna y sale intempestivamente de la sala de juego, con los juguetes y al encuentro de la madre.

5) **Adecuación a la realidad** : el niño sí presenta adecuación a la realidad.

El análisis clínico de la Hora de Juego nos permite señalar que el mensaje privilegiado o climax lo constituye la relación de intenso apego que sostiene el niño con su madre y sus dificultades de separación, que lo estancan en conflictos primitivos y en el uso de mecanismos defensivos arcaicos como la identificación proyectiva (la disociación de los objetos que es el resultado de su propia disociación interna); aspectos éstos que dan como resultado **déficits en el uso operativo de los procesos simbólicos.**

3.1.2.-) JESSICA .-

a.-) Antecedentes generales .-

- Edad .- 7 años, 2 meses.
- Sexo .- Femenino.
- Escolaridad .- Inicia segundo de primaria, en escuela de gobierno.
- Vive con .- La madre, la abuela y el hermano menor.
- Madre .- Silvia, treinta y siete años, separada del padre de Jéssica.
- Ocupación de la madre .- Empleada de cocina de un hospital.

b.-) Desarrollo de la patología .-

Jéssica es el producto del segundo embarazo de la madre cuando se encontraba en unión con su segundo esposo. Nació a los nueve meses de gestación con un peso de 3 kilos 750 gramos, lloró al nacer, aparentemente sana, fue amamantada desde el nacimiento hasta los dos años.

La primera crisis le dio a los nueve meses a causa de una bronconeumonía, la cual ameritó su hospitalización por espacio de cinco días.

A los tres años el asma se recrudeció mucho y cada mes debía ser internada por espacios de tiempo variables.

A los cuatro años presentó dolores en las extremidades inferiores de características psicósomáticas, puesto que los estudios realizados no dieron datos de ningún proceso inflamatorio reumático o de otra índole.

Se refiere que desde los cinco años aproximadamente no tuvo crisis de asma, pero paralelamente subió significativamente de peso, la mamá se queja de la gordura de su hija y dice que no quiere que sea como ella que también padece de sobrepeso.

Por último, debemos mencionar que después de estar alrededor de un año sin crisis de asma, en enero de 1995 presentó una crisis bastante fuerte y otra en el mes de junio del mismo año.

c -) Antecedentes familiares significativos -

La madre también es asmática, su primera crisis se manifestó cuando se encontraba embarazada de Jéssica, a los tres meses de gestación. Se refiere, además, que la madre tiene antecedentes de alcoholismo (bebe alrededor de dos veces por semana), depresiones y acaba de salir de una fuerte adicción al cigarrillo (a este respecto señala : "...lo hice por mis hijos y por mí, el doctor me dijo que les hacía un gran daño...y si yo me muero quién va a ver por ellos").

Silvia señala que sus todos sus embarazos fueron rechazados, el primero (tiene una hija de una primera unión, actualmente ya casada, con una niña, vive en casa de sus suegros) porque estaba muy joven; y los otros dos porque tenía muchos problemas con su esposo y la mamá de éste, pues dice "...es dependiente de su mamá".

Actualmente, Silvia vive en la parte delantera de un terreno de su madre, en compañía de ésta y sus dos hijos pequeños. En la parte posterior vive una hermana con su esposo y sus hijos. Señala que tiene mucho miedo de que su mamá la saque del terreno, pues tiene preferencia por su hermana casada y a ella la trata muy mal, la golpea y la insulta.

Respecto del rendimiento escolar de Jéssica, señala que le va más o menos, tiene problemas en matemáticas, pero lee y escribe bien, señala que es floja. Acerca de su conducta comenta que la maestra le envía recados porque es agresiva, se pelea con otras niñas, y también le pega a su hermano Josué.

d -) Test del Dibujo de la Figura Humana (DFH.3) -

- ASPECTOS EVOLUTIVOS: Nivel de capacidad mental Normal a Normal alto (CI 90-120).

- ASPECTOS EMOCIONALES :

Signos cualitativos del DFH :

- Sombreado de la cara, (indicador emocional clínicamente significativo de conductas manifiestamente agresivas, impulsividad dirigida hacia el exterior en conductas de acto, indica además descontento con uno mismo; este indicador se encuentra relacionado con la tendencia de la niña a comer compulsivamente y a pasar fácilmente a las conductas maníacas, ver sesiones de grupo de la primera fase).

- Figura pequeña dibujada en el extremo inferior izquierdo, (indicador de sentimientos de inadecuación, depresivos y de carencia. El indicador da cuenta de las características drásticamente ambivalentes de la niña).

Detalles especiales :

- Piernas juntas, (indicador clínicamente significativo de tensión y de sentimientos de control frágil, se trata también de un indicador frecuente en niños con afección psicósomática o autoagresivos).

- Dibujo de un "sol" detrás de la figura, (indicador de ansiedad, propio de niños con dolencias psicósomáticas; indica, también, que la niña se siente amenazada por los adultos).

La presencia de tres indicadores emocionales clínicamente significativos da cuenta de la existencia de serios conflictos emocionales. La calidad de los indicadores marca las características accesorias de la conducta de la niña, quien fácilmente pasa de conductas maníacas a depresivas. Encontramos, pues, indicadores de impulsividad hacia el exterior (agresiones a los compañeros, al hermano) y hacia el mismo sujeto (síntomas psicósomáticos).

e.-) Test de Apercepción Temática para niños (CAT-A 3) .-

(Ver historias en Apéndice 2, CAT-A 3).

El análisis de las historias se realiza en base a los indicadores simbólicos señalados por Baringoltz.

- 1) y 2), los procesos perceptuales son adecuados a los estímulos, aspecto que descarta patología psicótica. Existe una percepción pobre de los estímulos de fondo, excepto en la lámina 4 ("...se están peleando muchos humanos -señala el fondo de la lámina- ...porque tienen mucha hambre..."). Sin embargo, este "ir más allá" se castiga con temor a ser privado de alimento e invasión masiva de angustia que coarta el discurso.

- 3); las historias en la mayoría de las láminas se reducen a una breve descripción, no hay secuencia, pasado, presente, futuro. Jéssica se estanca en el "aquí y ahora". Ej. lámina 5 : "...es una casa, una cama y una lámpara. Hay dos niños..y nada más"; lám. 6 : "...aquí es una cueva y están dormidos...está lloviendo...¡ya!". Es posible detectar el síndrome del "eso es todo" característico del paciente psicósomático y señalado por A. Green (cita de Chevnic, 1983).

- 4); no hay secuencia lógico-temporal en las historias; aspecto que da cuenta de la pobreza del yo respecto del uso de recursos secundarios para elaborar aquello que angustia (por ej. la escena primaria) y cuando pretende ir más allá de la descripción de elementos circunstanciales e inanimados, la invasión de un mayor quantum de angustia la inhibe y corta la producción; ej. lám. 6 : "...aquí es una cueva y están dormidos...está lloviendo...¡ya!".

- 5); el lenguaje es adecuado, pero pobre en cuanto a creatividad y riqueza.

- 6); se trata de historias descriptivas, estancadas en el "aquí y ahora", sin posibilidad de recrear las fantasías y fantasmas debido a la invasión de angustia que provoca cortes abruptos en las capacidades creativas de orden secundario.

- 7); las interacciones entre los personajes son pobres y se reducen a conductas impulsivas "agresor-agredido", ej. lám. 3 : "...aquí hay un león y un ratón... quiere comer porque tiene mucha hambre"; lám. 10 : "...aquí está el baño, la cortina y el perrito, la mamá le pega, tiró el papel...".

- 8); se percibe al otro como agresor y peligroso, y se autopercebe como especialmente carente, puesto que resulta significativa la repetición en las diferentes historias de sentimientos de privaciones orales; ej. lám. 3 : "...aquí hay un león y un ratón... quiere comer porque tiene mucha hambre pero el león lo puede morder...", lám. 4 : "...¿éstos son canguros?... se están peleando muchos humanos (señala el fondo de la lámina)... porque tienen mucha hambre...". La conflictiva psíquica se encuentra empañada de conflictos orales primitivos, en este sentido los sentimientos de falta se perciben como sensaciones orgánicas de hambre y al otro de la relación como un devorador en potencia. Los mecanismos defensivos que se utilizan para tratar de controlar la angustia son básicamente la identificación proyectiva y la escisión "orgánico-psíquico".

El análisis clínico del CAT-A permite, en primera instancia, establecer las características de la dinámica psíquica de Jéssica, en la cual se privilegian los procesos primarios en desmedro de los secundarios tales como el pensamiento y el lenguaje; de ahí, que la mayor parte de las historias se vean reducidas a meras descripciones de la lámina y las fantasías no aparezcan como escenario de la pulsión, a través de historias plásticas e imaginativas.

f.-) **Hora de Juego Diagnóstica 3** - (Ver descripción en Apéndice 3).

1) **Modalidad de juego** : respecto de este indicador diremos que Jéssica desarrolla una modalidad de juego "rígida", en virtud, de que frente a la invasión de angustia que le provoca la emergencia de fantasías agresivas relativas al objeto materno, que es incapaz de controlar, no puede crear una unidad de juego simbólico que le posibilite contención y tranquilidad; muy por el contrario, inhibe toda posibilidad de creación y recurre a una actividad impulsiva que sólo le permite evacuar su ansiedad. Esta es la dinámica latente de las tres unidades de juego que desarrolla : el juego de desvestir y despeinar a la figura femenina (fantasía de agredir a la madre que provoca invasión de angustia), el juego impulsivo de sacar los cajones hasta romper la perilla (intento de anulación de la fantasía de agresión y evacuación del afecto, como mecanismos primitivos de defensa del yo) y la elaboración de un collage sin mayor objetivo que el de "rellenar" la hoja (identificación proyectiva a través de la cual la niña pretende "inflar" o reparar el objeto y el yo).

2) **Creatividad** : acerca de este indicador simbólico diremos, que debido a la falta de plasticidad del yo, la emergencia de angustia provocada por la fantasía de agredir al objeto materno inhibe el juego. Aspecto que da cuenta de déficits en cuanto a las capacidades simbólicas o capacidad de reverie del yo.

3) **Capacidad simbólica** : el juego que plantea Jéssica se caracteriza por su pobreza expresiva ya que las unidades que desarrolla son de carácter concreto e impulsivo, resultado de una dinámica que privilegia procesos primarios frente a otros de naturaleza más elaborada que permiten la creación de significantes lo suficientemente distantes del objeto (símbolos)

que permiten al niño continuar jugando. Luego, el juego planteado es más bien de características evacuativas que simbólicas, en el cual los mecanismos de defensa privilegiados son la proyección y la identificación proyectiva.

4) **Tolerancia a la frustración** : Jéssica manifiesta poca tolerancia a la frustración, en virtud de que no respeta la consigna y llega a producir daño en el espacio de juego debido a su actividad impulsiva; aspecto que da cuenta de dificultades en lo que se refiere a contener los impulsos dentro de ciertos límites.

5) **Adecuación a la realidad** : presenta adecuación a la realidad, los juguetes son utilizados de acuerdo a su funcionalidad.

El análisis clínico realizado a partir de los indicadores simbólicos propuestos por Efron, Fainberg y colab. (ver Antecedentes Teóricos), permiten detectar **déficits simbólicos** en la dinámica psíquica; de tal forma, que se privilegian procesos primarios que determinan un juego de evacuación. A través de tres unidades de juego se plantea una secuencia del tipo F-D-D; la cual es indicadora de un alto grado de ansiedad, ya que la defensa surge inmediatamente ante la expresión de la fantasía, para evitar la emergencia de contenidos psíquicos ansiógenos, llegando hasta la inhibición de las capacidades creativas de la niña.

3.1.3.-) JOSUE .-

a.-) Antecedentes generales .-

- Edad .- 5 años, 3 meses.
- Sexo .- Masculino.
- Escolaridad .- Inicia tercero de preprimaria, en escuela de gobierno.
- Vive con .- La madre, la abuela y su hermana.
- Madre .- Silvia, treinta y siete años.
- Ocupación de la madre .- Empleada de cocina de un hospital.

b.-) Desarrollo de la patología .-

Josué nace a término, en parto normal y condiciones normales. Desarrollo normal, al año y medio ya controlaba esfínteres. Algunos problemas en el lenguaje, estrictamente de pronunciación, pero lo va corrigiendo paulatinamente.

Primera crisis de asma al año de edad con bronquitis. A los dos años y medio es hospitalizado por dos semanas, pues a pesar del tratamiento tardó bastante en presentar mejoría. A los tres años es hospitalizado por otra crisis, también, con mejoría lenta. El padecimiento se acentúa a partir de enero de 1994 con frecuentes infecciones respiratorias, hasta requerir cuatro internaciones : en enero es internado por crisis asmática, sinusitis maxilar, dermatitis atópica y rinitis alérgica; en febrero por crisis de asma y proceso infeccioso; en marzo por crisis asmática y en abril por la misma patología.

En enero de 1995 debe ser hospitalizado por otra crisis e infección respiratoria. En marzo presenta neurodermatitis con lesión en prepúcio. En junio del mismo año presenta crisis de asma, después de que su hermana presentó el mismo padecimiento. Es considerado como un paciente difícil por el inmunólogo ya que su recuperación de las crisis de asma es muy lenta. En julio presenta dermatitis atópica y alergología no describe causa alérgica.

c.-) Antecedentes familiares significativos .-

La madre señala que se embarazó cuando ya estaba separada de su marido, por esta razón toda su familia se enojó con ella, especialmente su mamá. Durante su embarazo trabajó mucho y sólo fue al hospital para el parto, no tuvo ningún tipo de control prenatal. El padre de Jéssica y Josué no mantiene ninguna relación con ellos, no la ayuda en nada porque a él lo mantiene su mamá. Dice que es un hombre sin carácter.

Respecto del niño, señala que es muy difícil porque no sabe qué hacer con él, se enferma mucho a pesar de que lo cuidan impidiéndole caminar sin zapatos, pero a veces él se sale de la casa a jugar. Por las mañanas no la deja ir a trabajar y cuando era más pequeño lloraba mucho.

Actualmente viven en un terreno de su mamá con quien tienen muy malas relaciones. Duermen en un sólo cuarto y ella comparte la cama con Josué.

Respecto de la escuela dice que las maestras siempre le han dicho que es demasiado tímido, casi no habla y se retrasa en los trabajos. El año anterior faltó mucho a la escuela porque se enfermó muchas veces.

d.-) Test del Dibujo de la Figura Humana (DFH 5) .-

- ASPECTOS EVOLUTIVOS: Nivel de capacidad mental Normal bajo a Normal (80-110).

- ASPECTOS EMOCIONALES :

Signos cualitativos del DFH :

- Figura inclinada, (indicador clínicamente significativo de inestabilidad y falta de equilibrio, también es un indicador frecuente en niños con dolencias psicósomáticas; en el dibujo la figura da la impresión de estar acostada sobre la espalda en una posición de indefensión o de un muerto, luego consideramos, apoyados en las otras pruebas, que la figura da cuenta de un desmoronamiento depresivo en el niño).

- Figura pequeña, (indicador de conductas inhibidas y depresivas; sentimientos de inadecuación y de un yo inhibido; indicador frecuente de dolencia psicósomática y autoagresión, signo de elevados niveles de ansiedad).

Omisiones :

- Omisión de la boca, (signo característico de niños asmáticos; altamente significativo de depresión, rechazo a comunicarse con los demás e introversión).
- Omisión de las manos, (indicador frecuentemente encontrado en niños con padecimientos psicósomáticos, autoagresivos y con tendencias a las conductas impulsivas).

Cuatro indicadores emocionales en total, luego es posible diagnosticar perturbación emocional clínicamente significativa. Sobresalen las tendencias autodestructivas y el estado de ánimo deprimido e introvertido; este aspecto clínicamente es apoyado por las historias del CAT.

e.-) EL Test de Apercepción Temática para Niños (CAT-A 5) .-

(Ver historias en Apendice 2, CAT-A 5)

1) y 2); no existen distorsiones perceptuales clínicamente significativas que indiquen patología psicótica, pero sí se detectan distorsiones aperceptivas en razón de que el contenido de algunas láminas es percibido como perturbador, especialmente aquellas que plantean la ausencia concreta de la figura materna o una situación de relación con ella.

3); en la mayoría de las historias aparece de forma perseverativa el tema de la muerte como única posibilidad de un "futuro". Así pues, toda posibilidad de imaginar una historia como una secuencia presente, pasado, futuro, queda imposibilitada por una invasión masiva de angustia de aniquilación del yo. Por lo tanto, el yo carece de recursos simbólicos (pensamiento, lenguaje) suficientes que le permitan crear y de esta forma controlar dicha angustia.

4); en la mayor parte de las historias no existe una secuencia lógico temporal (principio, desarrollo, final) en las historias, en razón de que todas las circunstancias imaginadas por el niño tienen como único final la destrucción o la muerte del sujeto. Ej. lám. 6: "...el chiquito se muere y también la mamá y el papá...y se quema eso (señala el derredor de la lámina).."; ej. lám. 10: "...y se muere el hijito y se muere su papá (el perro grande)..está jugando con su hijito..y se muere el hijito y se quema la casa..".

5); el lenguaje es pobre, mal estructurado e inexacto; al parecer las palabras no alcanzan a representar las ideas y emociones del niño.

6); la capacidad creativa es muy escasa. La invasión masiva de angustia de aniquilación que sufre el niño impide cualquier creación de representantes. Luego, las capacidades simbólicas se encuentran obturadas por los conflictos primarios (regresivos) que vive el sujeto. En casi todas las historias la dinámica "tanática" es similar.

7); la mayor parte de las interacciones entre los personajes son violentas e invasivas. La dinámica de las historias plantea, también, la relación de parasitismo que el niño mantiene

con el otro (la madre) y la intensidad de su dependencia (a este respecto recordemos que existe cohecho con la madre); de tal forma, que cualquier intento de separación es percibido como muy peligroso y se traduce en un "pánico a ser aniquilado (quemado)". Ej. lám. 4: ". sale con su hijito y se muere (la mamá) porque se le sale (de la barriga) y se muere...ella no quería al hijito... Se quedan sólo la niña y el hijito...se quemán sus pies (la mamá)...La niña y el hijito también se mueren...El hijito se queda solito.." ; lám. 8: ".el chiquito se muere y también la mamá y el papá, y también la mamá y el hijito...y se quema la casa y también eso (el cuadro y los sofás).. ya se quema el hijo..". El Otro de la relación es percibido como muy peligroso (capáz de agredirlo y dañarlo), pero como absolutamente "indispensable" para sobrevivir, puesto que la sólo posibilidad de ser expulsado y rechazado de la relación es vivida por el niño como "peligro de aniquilación".

8); la modalidad característica de percepción del Otro de la relación que acabamos de señalar, estaría determinada por la conducta impulsiva y accesimal de la madre, quien debido a su alcoholismo pasa de conductas agresivas de acto contra los niños a sentimientos de culpa y depresión por lo que provoca, sin introducir ningún tipo de elaboración o explicación acerca de las mismas. A través de la prueba proyectiva se detecta, también, un intenso temor a sufrir un daño corporal, que el sujeto transforma en autoagresión, en este sentido deben comprenderse: el recrudecimiento de los ataques de asma, la neurodermatitis en los genitales (que "toma el lugar" de sus intensos temores a la castración) y sus constantes enfermedades. Los mecanismos de defensa que emplea el niño para defenderse de estos temores son, también, de naturaleza muy primitiva, como la escisión del objeto (se lo percibe como totalmente "malo") y la identificación proyectiva (se proyecta sobre el objeto sentimientos de agresión para luego aumentar sus sentimientos de ser agredido) que redundan en la mayor escisión del yo (se siente totalmente desvalorizado, débil y dependiente).

A partir del análisis clínico del CAT-A de Josue se detectan **déficits simbólicos** determinados por su estancamiento en una relación intensa, simbiótica y tanática con la madre (en la cual se juegan ansiedades y defensas muy primitivas); dinámica que da lugar a una **depresión latente muy acentuada** que se expresa a través del recrudecimiento de los ataques asmáticos, la neurodermatitis y sus dificultades para reponerse de dichas enfermedades (a este respecto debemos recordar que su médico tratante considera a Josué un paciente que difícilmente se recupera de las crisis). Consideramos que estos aspectos se encuentran, también, apoyados por los datos ofrecidos por el DFH.

f.-) **Hora de Juego Diagnóstica 5** .- (Ver descripción en Apéndice 3).

1) **Modalidad de juego** : plantea un juego inhibido y rígido. Caso típico de inhibición en el juego por excesivo monto de angustia frente a una situación desconocida y por el temor a ser abandonado por el objeto (la madre), aspectos que remiten a fantasías de ser destruido.

2) **Creatividad** : juego no creativo. El niño no es capáz de producir ningún tipo de organización nueva o síntesis, a partir del material presentado. La intensa relación simbiótica con la madre inlúbe las capacidades creativas del yo, lo empobrecen y lo atrapa en una problemática de supervivencia.

3) **Capacidad simbólica** : juego no simbólico ya que frente a la invasión de angustia provocada por el temor a la separación y al medio extraño, el yo responde de dos formas primarias e impulsivas : o se paraliza (inhibición del juego) o recurre a la fuga (desea abandonar la sala de juego). Permanece simbióticamente ligado al objeto primario y es incapaz de recrear la ausencia. Se trata de un juego puramente evacuativo, en el sentido, que a través de la dinámica tan sólo comunica el enorme monto de angustia que lo invade y que lo remite a un pánico a ser destruido, provocado a su vez por la emergencia de fantasías de despedazamiento. Afectos y fantasías que proyecta sobre los juguetes (desarma, amontona, pero la fantasía no se recrea en un argumento) y que nos comunican el empobrecimiento del yo, que se pone de manifiesto en el dibujo de una "rata perseguida y muerta".

4) **Tolerancia a la frustración** : escasa tolerancia a la frustración por empobrecimiento del yo.

5) **Adecuación a la realidad** : presenta adecuación a la realidad, reconoce la funcionalidad de los juguetes, pero percibe el exterior como algo muy peligroso. Aspectos que permiten desechar patologías psíquicas severas (psicosis, autismo) y déficits intelectuales profundos.

El análisis clínico de la prueba, a partir de los indicadores simbólicos señalados por Efron y Fainberg (1979), pone de manifiesto los **déficits simbólicos** que caracterizan la dinámica psíquica del niño, que afectan procesos como el pensamiento y el lenguaje y que en el juego se ponen de manifiesto en la escasa capacidad creativa o recreación de las fantasías a través de organizaciones lúdicas propuestas por el pequeño. La inhibición en el juego y el juego de carácter evacuativo nos remiten a déficits en la capacidad de *r'everie* del yo, que privilegia mecanismos de defensa primarios tales como la proyección, la identificación proyectiva y la fuga. La referencia a un objeto (interno) muerto (la rata) remite a un estado de ánimo muy deprimido y a una autopercepción muy empobrecida, aspecto que es apoyado por los resultados obtenidos a través del C.A.T.-A.

3.2.-) Descripción Clínica de los Resultados obtenidos en la Etapa de Intervención Terapéutica .-

3.2.1.-) Conformación del Grupo .-

El grupo se conformó con tres niños en etapa de latencia, David de cinco años, Jéssica de siete años y Josué de cinco, estos dos últimos hermanos.

Se trató de un grupo cerrado cuyos objetivos principales fueron la terapia y la investigación. Las sesiones grupales empezaron en el mes de agosto del 95 y terminaron en el mes de enero del siguiente año, llevándose a cabo un total de veint e sesiones.

El grupo terapéutico se insertó en el Hospital de Petróleos de México, PEMEX, de Alta Especialidad de la Zona Sur del D. F., como un protocolo de investigación con niños

asmáticos derecho-habientes; de tal forma que sus familias no pagaban por este servicio. Por otra parte, la familia del niño se reservaba el derecho de aceptar o no que éste recibiera terapia de grupo.

De esta forma comenzó el grupo, con tres niños que tenían en común el que todos hablaban, todos padecían crisis asmáticas, los tres eran el producto de un segundo y tercer embarazo rechazado por la madre; así mismo, los tres niños tenían reportes de la escuela ya sea por agresividad (David y Jéssica) o bien por pasividad (Josué). Además, consideramos un dato significativo el hecho de que las madres de los niños presentaron, en el transcurso del tratamiento, diversas conductas de acto; así por ejemplo, la madre de Jéssica y Josue manifestó conductas y actings alcohólicos junto con diversos malestares psicossomáticos; en tanto que, la mamá de David durante toda la terapia grupal del niño presentó constantes enfermedades, especialmente infecciones y catarros, de tal forma que cuando traía al niño a las sesiones aprovechaba para consultar con diversos médicos especialistas.

Así mismo, podemos indicar que ninguno de los niños padecía perturbaciones psíquicas severas tales como psicosis o psicopatías.

Respecto del aspecto socioeconómico, diremos que los tres niños provenían de una clase social similar, media baja, al ser hijos de trabajadores asalariados que desempeñaban tareas manuales tales como cocinera y personal de intendencia, con una escolaridad de nivel secundario sin terminar.

De esta forma, se comenzó a conformar la historia del grupo de niños, con quienes se llevaron a cabo veinte sesiones en Cámara de Gessell.

3.2.2.-) Estructura de las sesiones .-

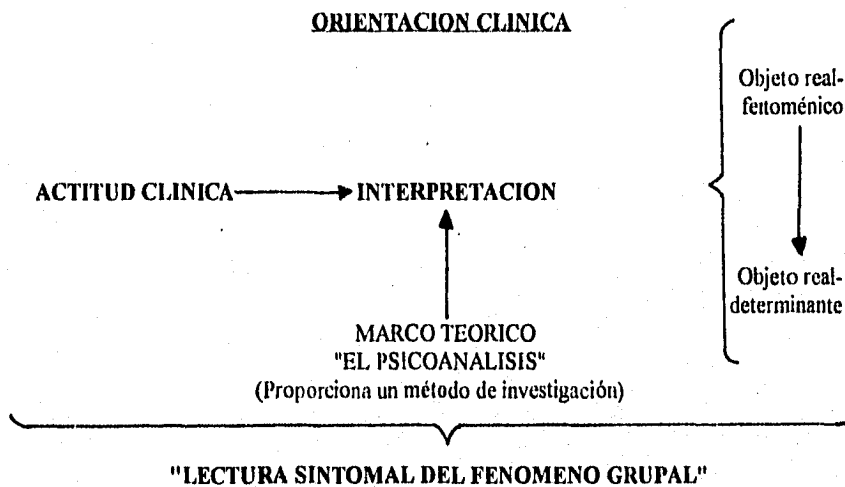
Al finalizar cada sesión se realizó su respectiva transcripción; de manera tal, que algunas están más detalladas que otras, esto en razón de la producción de los niños, de los efectos en el terapeuta, así como debido a que no se pretende hacer una descripción literal ya que consideramos que lo importante es lo que queda en el terapeuta y esto es, evidentemente, aquello que el niño repite y que lo convierte en material significativo; pues, "...Para que algo, en psicoanálisis, sea considerado significativo *tiene* que repetirse. *Este es un primer criterio.*", (Rodulfo, pág. 23, 1989). La presentación y análisis de las sesiones no se centra en las interrelaciones grupales, sino especialmente en la expresión y dramatización simbólicas de los niños en el grupo.

Para realizar el análisis de cada una de las sesiones las dividimos, estructuralmente, en dos partes: un contenido manifiesto y un contenido latente. De esta forma, seguimos la estructura propuesta por el Método psicoanalítico especialmente para el análisis de los sueños y de cualquier otra producción del inconsciente; en este sentido Laplanche y Pontalis señalan que el Psicoanálisis es, también, "un método de investigación que consiste esencialmente en evidenciar la significación inconsciente de las palabras, actos, producciones imaginarias (sueños, fantasías, delirios) de un individuo. Este método se basa principalmente en las asociaciones libres del sujeto, que garantizan la validez de la interpretación. La

interpretación psicoanalítica puede extenderse también a producciones humanas para las que no se dispone de asociaciones libres", (Diccionario de Psicoanálisis, pág. 329, 1977) Por otra parte, sabemos que en el psicoanálisis con niños la técnica del juego toma el lugar de la asociación libre del adulto.

Esta estructura constituye la esencia del Método Clínico; en este sentido, R. Harari (Teoría y Técnica Psicológica en Comunidades Marginales, 1974), señala que la orientación clínica está determinada por la "interpretación" de los hechos, interpretación que no debe ser asociada necesariamente con terapia. Es así que el abordaje clínico se encuentra presente en la acción de partir de un objeto real fenoménico (realidad manifiesta) considerado sólo como signo o acontecimiento, para llegar a un objeto real determinante (realidad latente). Es decir que hay una **lectura sintomal del fenómeno grupal**. Esta forma de abordaje determina, también, un estudio indirecto de los hechos y una investigación analítica, la cual busca un tipo de causalidad entre dos o más elementos de una realidad; parte de descripciones pero su objetivo es determinar un tipo de relación y buscar un ordenamiento de causa, y para ello parte de hipótesis de trabajo como idea directiva o tentativa de explicación, la cual está destinada a guiar la investigación o a ser abandonada según los resultados.

Esquema 3



El contenido manifiesto de la sesión está dado por la conducta manifestada por los niños, en su más amplio sentido (lenguaje digital, lenguaje analógico, movimientos, juegos, interacciones, etc.). Abarca las dos partes que constituyen la sesión: la hora de jugar y la hora de platicar. Este modelo lo tomamos del trabajo realizado por Dupont y Jiniich (Psicoterapia Grupal para Niños, 1993) en los grupos GIN, porque consideramos que la estructura básica que proponen al dividir las sesiones en una "hora de acción", una "hora de

pensar" y una "hora para poner las cosas en su lugar", favorece enormemente la observación y aprendizaje de los procesos simbólicos; sin embargo, también introducimos algunas modificaciones como el uso de una caja de juego grupal, es decir, el uso del juguete, de la sesión y del terapeuta como objetos y espacios transicionales; que, como su nombre lo indica, permiten el tránsito **gradual** de lo subjetivo puro al reconocimiento y uso de la diferencia **subjetivo-objetivo**, diferencia que constituye una de las raíces de la simbolización. De esta forma, en la Hora de jugar que abarca los primeros cuarenta y cinco minutos de la sesión, los niños expresan a través de diferentes conductas un discurso que debe ser contenido por el grupo; en tanto que, en el segundo tiempo llamado Hora de platicar que abarca quince minutos aproximadamente, se invita a los niños a sentarse en una rueda junto con el terapeuta, dejar las actividades que estén realizando, para intentar **recuperar desde los niños, a través del lenguaje o de su palabra, lo vivido con el cuerpo imaginario o con lo real del organismo en la Hora de jugar**; de esta forma, se los invita a "hablar acerca de lo que hicieron o jugaron" y el papel del terapeuta se limita a escuchar, alentar a los niños a hablar haciendo preguntas, propiciar las interacciones entre ellos y hacer interpretaciones en forma de señalamientos, utilizando la homofonía, la repetición de lo planteado por el niño en otro nivel gramatical del lenguaje (ej. como pregunta, como un cuento, como un juego, como una metáfora accesible al niño), pero, de ninguna manera se realizan interpretaciones proposicionales, lógicas o inequívocas (ej. "es que tú tienes miedo de matar a tu mamá", "es que tu problema es que quieres tener a tu mamá para tí solo"). Nuestras interpretaciones serán siempre equívocas, intrascendentes, no memorables; ya que consideramos que es el niño quien en última instancia *sabe* el sentido de su síntoma y quien deberá trabajar utilizando procesos simbólicos, para lograr un efecto de significación que es lo único que puede obturar el síntoma y detener la tendencia a la repetición; en este caso, disminuir las conductas de acto (el síntoma psicossomático), en pro de la expresión de los conflictos a través de canales de expresión más elaborados.

El contenido latente comprende nuestras reflexiones acerca de cada sesión, es decir, el conjunto de significaciones que *nosotros* consideramos se hallan detrás del discurso de los niños, y hacemos especial hincapié en el análisis de aspectos clave como la transferencia, la interpretación, la dinámica psíquica de los niños (conflictos, defensas, recursos yoicos) y del grupo (situaciones de regresión, de evolución y de cambio a lo largo del tiempo).

3.2.3.-) Descripción y análisis de las sesiones del grupo de niños .-

PRIMERA SESION DE GRUPO DE NIÑOS CON ASMA

- **ASISTENTES** .- David (5 años), Josué (5 años), Jéssica (7 años).

1.-) CONTENIDO MANIFIESTO .-

- **La hora de jugar** .-

Los niños empiezan la sesión con una actitud de expectativa y tal vez de mutua desconfianza. Lo primero que hacemos es presentarnos.

Empiezo diciéndoles que como ya saben yo soy Ruth, que de ahora en adelante nos reuniremos los cuatro todos los miércoles por la tarde, con el solo objetivo de jugar con el material que se encuentra en la sala, de platicar y de hacer que la hora que pasemos juntos sea muy especial para todos. De esta forma marcamos una parte del contexto.

Espero que alguno diga su nombre, pero ninguno lo hace, entonces procedo a hacerlo yo y los presento unos a otros por sus nombres, edades y el grado escolar que cursan en la escuela. A continuación les muestro la caja grupal de juego, el pizarrón de plumones, el cuarto contiguo en el quedarán guardados todos "nuestros" materiales, luego me siento sobre una de las colchonetas que están en el suelo. David viene al lado mío, agarrando celosamente los juguetes que traje consigo (un auto y un video juego). Por su parte, Jéssica se acerca a los juguetes seguida inmediatamente por su hermano Josué; ella toma algunos muñecos y comienza a dramatizar en silencio una familia, sentándolos en un círculo (papá, mamá y dos hijos), procede luego a revisar la ropa de cada uno, quitándosela y luego vistiéndolos. Por su lado, Josué tonta varios animales salvajes que sitúa muy cerca del juego de su hermana, de tal forma, que cuando parece que va a intervenir en él, ésta se lo reprocha diciéndole "Josué juega con lo tuyo".

Por otra parte, David separado de los otros niños pero cerca de la terapeuta juega con su video-juego, aunque mirando de a ratos el juego de los otros; luego de un momento, seducido por los juguetes, se acerca y toma de la caja las plastilinas y las apila todas completas, usando todo el material. Las golpea con un martillo. Pasa luego, a dibujar apretando con mucha fuerza los plumones en el papel, hasta hundir la punta de algunos. Luego de garabatear con fuerza hace puntos con golpes. Cuando le preguntamos qué es, responde "adivina", le decimos que parece una nave espacial, dice "no es nada". Luego amasa la plastilina dándole la forma de "heces" y las apila una sobre la otra; cuando se caen las aprieta con fuerza y las abandona para ir a jugar en el video-juego que traje consigo, con el cual se aísla en silencio. Después de un rato vuelve a la plastilina y dice que se está derrumbando. Posteriormente, toma el juego de armar casas y comienza a construir algo como un caserío, diciendo que son unas casas y una iglesia, une las casas con verjas que se tocan estando muy pegadas unas a otras.

Josue aprovecha esos momentos para acercarse a ver el video-juego de David, pero éste reacciona inmediatamente y acude a defender lo que es suyo, pero termina mostrándole, mientras juega, como trabaja el aparato.

Por su lado, Jessica continúa jugando solitaria con la familia. Después de quitarle la ropa a la mamá, procede a despeinarla y acaba colocándola, como caída en el suelo, mientras los demás miembros de la familia permanecen sentados a su alrededor (recordemos que la mamá verdadera es alcohólica).

Casi al finalizar la primera parte de la sesión, Josué, quien dejó los animales en el suelo aparentemente sin lógica alguna, dice que quiere ir con su mamá. Lo tranquilizamos diciéndole que ya pronto será hora de marcharnos y que su mamá estará esperándolo, sin embargo, él nos responde con la demanda de que quiere hacer pipí, cuando lo llevamos al baño, al pasar por la sala de espera se aferra a la mamá y dice que sólo irá con ella. Al final

de la sesión, la mamá nos comunica que después de ir al baño ya no quiso volver a entrar a la sala de juego.

- La hora de platicar .-

Cuando faltan quince minutos, de los sesenta que abarca la sesión completa, les pido que dejen los juguetes y que nos sentemos en los almohadones formando una rueda. Jéssica lo hace animada, pero David se acerca sin muchas ganas, sin dejar su video-juego, entonces le pido que lo deje. Lo que hago entonces es decirles que como cada uno estuvo jugando por separado debido a que acababan de conocerse, trate de contarnos lo que estuvo haciendo y le pido a Jessica que empiece. Ella, por su parte, cuando habla lo hace dirigiéndose a nosotros e ignorando a David; de esta forma, señala ansiosamente que "quería" jugar a que la familia tenía una fiesta, pero no tenía pastel ni refrescos para hacerlo, por esta razón "no resulto bien...y nada más". Cuando nos dirigimos a David, éste apenas emite un "no se", negándose a hablar.

Al terminar la sesión les remarco el contexto, diciéndoles que "nuestro" tiempo de jugar y de platicar se terminó y que nos veremos la siguiente semana a la misma hora y que si lo desean puede traer cada uno un juguete personal para que lo acompañe. Por último, les pido que recógamos y guardemos entre todos los juguetes; de esta forma, los dos niños guardan de muy buena gana el material e incluso podríamos decir que a través de esta actividad logran cierta relación, ya que David se muestra muy cooperativo con Jéssica y trata de impresionarla con su fuerza al cargar él sólo la caja de juego. Al final, les muestro, muy a propósito, como cierro con llave el cuartito donde quedan guardados sus juguetes hasta nuestro próximo encuentro.

2.-) CONTENIDO LATENTE .-

La primera sesión de grupo que acabamos de relatar se caracteriza porque en ella ponen de manifiesto los niños la forma en que enfrentan las situaciones nuevas y los recursos que utilizan para hacerlo. En este sentido podemos decir que los tres niños se relacionan con facilidad con los juguetes y conmigo, lo cual consideramos que en parte se debe a la familiaridad que lograron a través de las entrevistas previas.

En una primera sesión son varios los aspectos que el niño debe conocer acerca del grupo; tales como, cómo es, qué se hace, quiénes son los otros integrantes, cómo se relaciona con ellos y conmigo. Por esta razón, tratamos de señalar algunos aspectos relativos al encuadre, tales como las características del lugar (el cuartito de los juguetes, los juguetes, la sala de juego); el tiempo en cuanto a la periodicidad de nuestras reuniones, la duración de la sesión de grupo, la forma en que la dividimos o lo que hacemos en la misma. Esto con el propósito de conseguir un cierto efecto tranquilizador dándoles a conocer algo del terreno en el que se mueven y comunicándoles una "ética de trabajo" en el cual se los respeta respetando lo que producen (guardando sus juguetes, sus dibujos, no comentando con los padres aquello que ellos se nieguen a compartir).

Consideramos que esta sesión muestra las características propias de una primera reunión grupal, ya que los niños dan muestras de mutua desconfianza, intentan marcar lo que les corresponde, así por ej , Jéssica señala , "¡Josué juega con lo tuyo! ". Por su parte, David cuando establece una relación con el otro niño lo hace recalándole que el video juego le pertenece, pero trata de despertar el deseo por el mismo mostrándole cómo funciona.

En la sesión los niños se muestran interesados por los juguetes y establecen con ellos relaciones muy propias. Así; a David le cuesta abandonar su video juego ya que le permite obtener cierta seguridad frente a los otros al mantener una posesión personal que le posibilita aislarse sin sentirse solo; así mismo, cuando se dirige a los juguetes lo hace a través de un juego muy impulsivo golpeando y apilando pedazos de plastilina o bien rasgando las hojas con sus trazos hasta destrozando las puntas de los plumones; manifestando, de esta forma, que frente a lo que lo angustia (lo nuevo, lo desconocido, el separarse de la madre) reacciona con rabia y agresividad. Por su lado, Jéssica si bien se acerca a los juguetes e intenta recrear una familia, no puede dejar de expresar algo de la conflictiva familiar que vive con mucha angustia y agresividad; afectos éstos que la conducen a manifestar conductas tales como desvestir, despeinar y arrojar a la madre; las cuales también dan cuenta de la imagen familiar materna producto de los actings alcohólicos que a veces le toca presenciar; así mismo, estas conductas, en un efecto de rebote, vuelven a angustiarse con tal intensidad que llegan a producir un bloqueo en sus capacidades simbólicas o creativas y se siente incapaz para ir más allá de los objetos concretos, y así nos lo revela en su discurso cuando dice "...quería jugar a que la familia tenía una fiesta, pero no tenía pastel ni refrescos para hacerlo, por esta razón no resultó bien...y nada más". Josué, por otra parte, muestra casi una ausencia de palabras, deambulando por la sala de juego buscando colocarse como apéndice de la hermana, por quien es rechazado; su juego de lucha con los animales parece expresar las emociones encontradas que experimenta al sentir lejos a la madre, separación que lo angustia de tal modo que demanda su presencia física, **incapaz de recrearla** (simbolizarla) en su juego, mostrando así la relación de parasitismo que mantiene con ella.

Respecto de la forma en la que emplean el tiempo, diremos que es de tomarse en cuenta que los niños hablan poco o casi nada como en el caso de Josué, por otra parte, los tres eligen juegos activos dejando de lado expresiones más elaboradas como las gráficas.

Por último, observamos que en esta primera sesión el tema de su enfermedad, el asma, no se hace presente, por nuestra parte decidimos esperar ya que consideramos que la forma en que aparece o el discurso de los niños acerca del mismo es un aspecto clínico clave.

SEGUNDA SESION DE GRUPO DE NIÑOS CON ASMA

- ASISTENTES .- Jéssica, Josue, David.

1.-) CONTENIDO MANIFIESTO .-

- La hora de jugar .-

Antes de comenzar con la descripción de la segunda sesión, debemos señalar que el último fin de semana, Josué tuvo que ser hospitalizado por cuarenta y ocho horas debido a que sufrió una crisis asmática.

Al inicio de la sesión se encuentran presentes los tres niños, con quienes sacamos el material de juego fuera del cuartito en el cual permanecen guardados. Al principio cada uno juega por separado y no se hablan entre sí.

Josue toma los animales domésticos y los coloca acostados en el suelo (él recién tuvo que estar acostado por la crisis que sufrió). Luego, los deja así y se va a jugar con su hermana buscando su protección.

Por su parte, Jéssica primero se pone a jugar con el juego de té, pone una mesa y la deja servida. Cuando Josué se acerca se pone a dibujar e iluminar un paisaje, Josué empieza a cortar papeles con una tijera, pero ella se la arrebata diciéndole que así va a ensuciar la sala, éste por su parte dice que entonces va a dibujar.

David, por otro lado, se lanza sobre las pelotas y juega con dos muy cerca de los hermanos viendo como éstos se ponen a dibujar; entonces le pregunta a Jéssica si pueden jugar juntos con plastilina, ignorando a Josué, a lo que ésta responde que sí prescindiendo de su hermano. Al principio su juego es muy desigual, pues es ella la que da las pautas de las figuras que pueden modelar, pero luego David le dice que van a jugar "a que no puedes hacer esto", y el juego se vuelve muy competitivo.

Josue, por su parte, se pone a jugar con las figuras de animales domésticos juntándolos con los salvajes. Juega a que chocan entre ellos, luego a que montan unos sobre otros y, por último, a que se muerden la cola; entonces los separa, animales domésticos por un lado y salvajes por otro, y los mete en bolsas separadas. A continuación deja de jugar y se repliega en una esquina sólo, inhibido frente al juego de Jéssica y David.

Entretanto, Jéssica modela con plastilina comida mientras David apila apretadas tortillas, empleando mucha fuerza para moldearlas.

- La hora de platicar -

Respecto de la función del juego, Dweck S. señala, "...Una vez adquirida la capacidad de jugar, el objetivo sería enseñar al niño a comunicarse a través del lenguaje hablado. De esta manera se logrará que su desarrollo continúe y sea capaz de enfrentar el futuro y sus avatares con más fortaleza y capacidad para disfrutar y gozar de las cosas que lo rodean..", ("La inhibición en el juego : una expresión de ansiedad y conflicto temprano", 1993), por esta razón, cuando faltan alrededor de quince minutos para finalizar la sesión invitamos a los niños a dejar lo que estén haciendo y sentarse a platicar, para de esta forma asumir a través de su palabra aquello que se vivió en otro orden de cosas.

Al principio el silencio se impone, pero luego es Jéssica quien más habla acerca de lo que hizo y comenta que al principio deseaba jugar a dar de comer a la muñeca que sería su hermana.

David, por su parte, relata muy sucintamente su juego, pero señala que la próxima sesión quisiera jugar football.

A Josué le cuesta mucho hablar, pero logra decir que los animales con los que jugó estaban peleando. Manifiesta, también, que quiere jugar football. Respecto de la hoja que dibujó nos dice que hizo una mosca a la que quería recortar (ver Apéndice 4).

Casi al término de la sesión, Jéssica plantea si para la próxima no sería posible traer algo de comida, como pollo, para hacer una fiesta.

Al final, tranquilos ordenan la caja de juego grupal. Antes de dejar la sala David y Josué garabatean el pizarrón.

2.-) CONTENIDO LATENTE .-

Cuando analizamos la sesión el primer aspecto que salta a la vista es el hecho de que en la misma el tema de la enfermedad asmática tampoco se toca; ninguno de los niños la menciona a pesar de que Jéssica y Josué la vivieron muy de cerca el último fin de semana; lo cual nos lleva a pensar, que las crisis de asma pertenecen a otro registro que no es el simbólico-imaginario del juego, ya que el síntoma aparece desconectado de la actividad fantasmática, el asma no es parte de la historia de los sujetos, no es parte de una realidad psíquica. Por esta razón, consideramos, que no es posible hablar de una "negación" del problema, ya que, de acuerdo a los planteamientos de S. Freud, negar algo es en realidad denegarlo, es decir, negar o emitir un juicio de no existencia a algo que ya ha sido representado, o que ya es parte de vida psíquica del sujeto.

En la misma sesión encontramos un elemento que se repite, la inhibición del juego de Josué; quien a través de la dinámica que manifiesta, nos plantea, también, una parte de su dinámica psíquica. La primera parte de la secuencia; el choque, el montar y el morderse la cola entre los animales; son acciones que lleva a cabo con los juguetes movilizado por un quantum de ansiedad, y que tienen un significado inconsciente para el niño, el cual se encuentra evidentemente relacionado con la sexualidad infantil (la escena primaria y la castración); sin embargo, esta escenificación en lugar de disminuir la ansiedad, la incrementa, razón por la cual Josué reacciona utilizando una defensa rígida (ordena, separa y guarda los objetos) e inhibe el juego; es decir que no puede resolver simbólicamente (a través de palabras o de otro juego) su angustia, sino que paraliza su capacidad creativa. A este respecto sabemos que en el juego es necesario cierta dosis de ansiedad, pero cuando ésta es excesiva destruye el mismo. Todos estos aspectos característicos de este niño nos vuelven a remitir a la relación que mantiene con la madre; la cual se caracteriza por ser muy intensa, pero en la que Josué no encuentra un modelo elaborado para resolver la angustia (para transformarla); sino, por el contrario, se encuentra adherido a un modelo retaliativo en el cual frente a la angustia y agresión del niño la madre devuelve angustia y agresión en los

mismos términos, es decir, que entre ambos no se crea aquel espacio potencial señalado por Winnicott en el cual se crea, se transforma, se juega, ya que en el mismo confluyen lo interior y lo exterior.

Por otra parte, Jéssica muestra que las situaciones que le producen ansiedad tiende a resolverlas por medio de conductas impulsivas, como el comer; o, en su caso, también a través de una crisis de asma.

David, por su parte, pone de manifiesto su tendencia a los juegos activos en los cuales ejercita el cuerpo.

Por último, diremos, que en la sesión los niños como grupo muestran su capacidad potencial para relacionarse con otros niños y compartir juegos. Por esta razón, también, en el caso de Josué podemos hablar de una "inhibición neurótica" del juego y no de un problema psicótico o autista.

TERCERA SESION DE GRUPO DE NIÑOS CON ASMA

- **ASISTENTES** .- David, Jéssica, Josué.

1.-) **CONTENIDO MANIFIESTO** .-

- **La hora de jugar** .-

Al inicio de la sesión solo se encuentra presente David, quien se muestra muy contento al poder sacar los juguetes conmigo, sin los otros niños; alardea de su fuerza y me dice que él puede solo con la caja de juego grupal, también me ayuda a colocar las colchonetas y la cobija. Nos encontramos realizando estas actividades cuando tocan a la puerta, me dirijo a abrir y encuentro a Jéssica y a Josué agarrados de la mano, algo agitados. Después de saludarlos, busco detrás de ellos a su madre o la persona que los hubiese traído, pero para mi sorpresa no encuentro a nadie y pregunto a los niños, entonces Jéssica me dice "vinimos solos doctora", todavía incrédula los vuelvo a interrogar hasta que me convengo de que dicen la verdad y los invito a pasar a la sala de juego; ya dentro, Jéssica no para de hablar y en medio de una verborrea incontenible, me dice, "...de veras nos vinimos sólo doctora...verdad Josue? (dirigiéndose a su hermano)", quien permanece inmóvil a su lado, todavía agarrado a la mano de su hermana, muy pálido, y sólo asiente con la cabeza. Me percató entonces de la tremenda intranquilidad que los niños traen consigo, expresada en Jéssica a través de su verborrea y en Josué en una especie de automatismo; me acerco buscando darles contacto físico y les digo que mejor adelantamos nuestra "hora de platicar", nos sentamos y cuentan como está eso de que llegaron solos.

- **La hora de platicar** .-

Después de sentarnos en rueda, les pido que todos juntos hagamos unos ejercicios respiratorios (deteniendo y luego expirando aire) para tranquilizarnos; observo que Jéssica y Josué apenas pueden obedecer y que David permanece mirándolos. Entonces, Jéssica me

comenta que su mamá les había dicho que los traería a la sesión desde la mañana, pero que alrededor del mediodía empezó a beber; de tal forma, que cuando llegó la hora de ponerse en camino les dijo que ya no los traería a la sesión, frente a lo cual Jéssica y David se pusieron a llorar y le exigieron que los trajera, pero la respuesta de Silvia fue: "¡...entonces, váyanse ustedes solos..!" y se encerró en su habitación; así pues, frente a este mensaje, "...nos vinimos.." comenta Jéssica, "...ella nos dijo...yo sabía que camión venía...", y añade "...agarré fuerte a éste (refiriéndose a Josué), ...hasta sentía que mi mano me dolía..", "...él me dijo cuidado te pases..verdad? (le pregunta a Josué y éste solo asiente con la cabeza)..". Mientras habla tiene la cara encendida y parece que no alcanza a expresar todas las ideas y las emociones que se acumulan en ella, en tanto que Josué permanece callado y con la mirada en otra parte de la sala, cuando le pido que él me cuente qué fue lo que pasó, después de un momento de silencio sólo dice "...ella me dijo que viniéramos...", a lo que Jéssica responde agresivamente "...pero tú también quisiste...no mientas...".

Cuando le pregunto a David qué opina acerca de lo que pasó, dice, "...su mamá debe estar llorando...hasta se puede morir de tristeza...ellos no debían salirse sin permiso...".

A continuación les señalo que yo los llevaré hasta su casa, puesto que no podemos comunicarnos de otra forma ya que no tienen teléfono, entonces Jéssica comenta que ella recuerda el teléfono de una tía que vive cerca de su casa. Así pues, decidimos llamar a la tía y comunicarle que yo llevaré a los niños personalmente a su casa después de terminada la sesión.

En el resto del tiempo, Jéssica realiza una especie de collage con plastilina y acuarelas, pero en el cual no se pueden reconocer formas definidas. Josué corre por toda la sala sin un objetivo concreto, resbalando y chocando contra la pared y David trata de seguirlo en esta actividad.

A manera de comentario, consideramos importante señalar que cuando llevamos a los niños, encontramos a su madre cerca de su casa, quien en medio de un acting alcohólico caminaba sin rumbo y llorando en busca de sus hijos ya que según ella algo malo les había sucedido.

2.-) CONTENIDO LATENTE .-

La sesión que acabamos de describir pone de manifiesto la relación indiscriminada que mantienen Jéssica y Josué con la madre; quien frente a la demanda de los niños y a la angustia que provoca en ellos su alcoholismo, los agrede a través de un mandato totalmente paradójico e impulsivo "...¡pues váyanse solos!.." que estimula la actuación de los niños, es decir, la manifestación de conductas, también, impulsivas (se fugan en un "acting").

Los efectos de este tipo de situación, no pueden ser sino aquellos que observamos en los niños: una reacción maníaca en Jéssica y una depresión casi tanática en Josué; quien parece ser la parte más débil del conflicto, ya que no sólo es depositario de la agresión materna, sino también de la hermana.

Por otra parte, resulta llamativo el hecho de que ninguno de los dos niños exprese las emociones que provoca en ellos la situación a través del llanto, lo cual nos permite percatarnos de su limitada capacidad para comunicar contenidos afectivos.

Por otro lado, la situación nos permite, también, observar las características accesorias de la conducta materna; quien pasa del desenfado a la culpa, en razón de sus relaciones ambivalentes con los niños.

Así mismo, diremos que la sesión remite a David a su propia relación con la madre, quien inconscientemente considera que una separación puede provocar la muerte del objeto amado (recordemos a este respecto que tuvo una crisis muy fuerte de asma cuando se separó de la madre debido a que ésta fue sometida a una intervención quirúrgica).

CUARTA SESION DE GRUPO DE NIÑOS CON ASMA

- ASISTENTES. - David, Josué, Jéssica.

1.-) CONTENIDO MANIFIESTO .-

- La hora de jugar .-

Al inicio de la sesión David es el único que está presente, trae consigo una bolsa que contiene la figura de un león (el "rey león") que tiene las fauces abiertas mostrando afilados dientes, y muchas golosinas. Cuando nos muestra lo que trae coloca uno de mis dedos dentro de las fauces del león y por medio de un mecanismo hace que me lo muerda (tan fuerte que me provoca dolor), cuando le digo que me hizo daño se ríe.

Poco después llegan Jéssica y Josué; la primera trae una muñeca "Barbie" y me la muestra comentando que se la regaló su hermana mayor, porque a la primera que tuvo se la rompió su mamá un día que se emborrachó. Después de este comentario se dirige a la caja de juego, que David y Josué ya se encontraban sacando del cuartito de juguetes, inspeccionando si dentro de ella se encontraba su dibujo de la sesión anterior, cuando lo encuentra lo toma y dice que lo hizo muy feo.

David, por su parte, muestra a Josué las golosinas y el juguete que trajo a la sesión, deciden entonces jugar a la fiesta, sacan una cobija y colocan sobre ella platos; al juego se une, luego, Jéssica como siempre en el papel directivo; sirven las golosinas y se sientan alrededor. Cuando me uno a ellos, David me invita un caramelo que acepto. En eso, David toma su "rey león" y nos muestra cuan grande abre la boca, señalando que es Simba pero que "ahora es un papá", antes era un hijo y ahora es un papá.

Cuando comen David se mete muchos caramelos dentro de la boca y Jéssica hace otro tanto (pretendiendo comerse todo lo que puede). Por su parte Josué, lentamente, quita el papel de un caramelo y es el único que come.

Luego, David me pide que juguemos football a lo cual accedo. Josué y Jéssica retiran la cobija mientras David trae dos pelotas, de las que escoge una, y comienza un partido sin

reglas. David y Josué me colocan de arquero y recibo una lluvia de goles e invalidan sistemáticamente los que yo podría hacer. De esta manera, se suscita un partido raro e interminable. Cuando ya vamos al décimo quinto gol, ellos se encuentran transpirando y agitados, entonces soy yo la que les pide terminar; y así lo hacemos aun cuando ellos quedan insatisfechos.

David y Jéssica se dirigen, después, a la caja de juego y toman papel para dibujar, mientras Josué se entretiene haciendo abrir y cerrar la boca del "rey león".

Jéssica dibuja una especie de tulipán amarillo (ver Apéndice 4) y le pide a David que adivine qué es. Por su parte, David presionando mucho el lápiz, colorea lo que parece una figura inclinada, y nos dice que la otra noche le dio tanta fiebre que casi le da un infarto; cuando le preguntamos qué es un infarto señala que "te ahogas y te mueres", mientras presiona y garabatea más sobre el papel; le preguntamos, entonces, dónde le dolió y dice que en su pecho porque estaba lleno de "cosas amarillas", y colorea de amarillo en el centro de su figura (ver Apéndice 4). De esta forma, David comenta por vez primera un hecho relativo a una crisis asmática.

- La hora de platicar. -

Con disgusto los niños se sientan en rueda sobre la cobija, y frente a la consigna de que contemos o comentemos lo que hicimos en nuestra "sala"; David dice que él no se acuerda de nada (acostándose sobre la cobija); sin embargo Jéssica dice que ella sí puede contarlo, y relata todo lo que hizo David; por su parte, comenta que a ella le gustó mucho el juego de la comida y la fiesta, pero sin señalar que trajo a su muñeca y nos dijo que a la primera se la rompió su mamá; frente a esto aprovechamos para recordárselo a modo de señalamiento, así le decimos que es la primera vez que lo hace y que cuando aquello ocurrió debió hacerla sufrir mucho, porque seguro que ella quería mucho a su muñeca pues era parte de ella; así mismo, también, señalamos que nuestra sesión fue muy importante porque David nos contó por primera vez como fue uno de sus "infartos" (para utilizar el término empleado por él) de asma. Aprovecho, entonces, para mostrarles el dibujo de David, y les señalo que aquello que llenaba a David y que pintó de amarillo eran las flemas que lo ahogaban y que podían matarlo.

Por último, le digo a Josué que nos cuente las cosas que hizo, pero permanece callado, ante lo cual lo atraigo y lo siento sobre mis faldas y le digo que la próxima sesión seguro que podrá hacerme más goles.

Al final de la sesión guardamos todos el material de juego y recogemos lo que se usó en la "fiesta" que fue mas bien una comilona de golosinas.

2.-) CONTENIDO LATENTE. -

La sesión grupal número cuatro que acabamos de relatar podría llevar el título de "la comilona de la terapeuta". Desde el inicio de la sesión los niños dan muestras de la puesta en acción de la pulsión oral, a través del juego; así, David muerde por medio de su poderoso

león a la terapeuta, en la "fiesta" se devoran las golosinas y a continuación "me comen en el partido", "me comen a goles".

Se hace evidente el hecho de que las sesiones van despertando ansiedades, las cuales se relacionan con conflictos primarios tales como las relaciones con sus objetos a través de la pulsión oral agresiva (canibalística). Al parecer estas ansiedades se relacionan con un objeto dañado e introyectado, dando lugar a perturbaciones en el proceso estructural de la construcción del "cuerpo" como representación simbólica e imaginaria de lo real del organismo y como lugar donde, también, se asienta la vida fantasmática del sujeto y que se encuentra en juego en las psiconeurosis, pero que al parecer está ausente en los cuadros psicósomáticos, produciendo luego una patología que afecta al organismo y a lo viviente en estos niños asmáticos.

Así mismo, frente a la emergencia de las ansiedades que suscita la sesión, los niños manifiestan conductas de acto: devoran las golosinas, muerden a la terapeuta o se la comen en un partido sin reglas.

Por otro lado, en esta cuarta sesión suceden cosas que podríamos calificar de capitales; puesto que, el "lenguaje" hace su aparición, como un primer intento de simbolización. Así, Jéssica nos cuenta de la tremenda agresión de su madre alcohólica a través de la destrucción de su muñeca; le pone palabras, aun cuando después inicia una comilona de golosinas y luego olvida mencionarlo en "la hora de platicar" (aquí sí ya podemos hablar de la manifestación del mecanismo defensivo de la negación). Por su parte, casi al final de la "la hora de jugar", David habla por vez primera acerca de sus "infartos", simbolizándose a través de un dibujo y de palabras algo del cuerpo (dañado) en el grupo de niños y de la angustia de muerte que viven, por medio del decir de este niño "...te ahogas y te mueres...".

QUINTA SESION DE GRUPO DE NIÑOS CON ASMA

- ASISTENTES - Josué, David, Jéssica.

1.-) CONTENIDO MANIFIESTO .-

- La hora de jugar .-

Al inicio de la sesión se encuentran presentes los tres niños. Se trata de la primera sesión después del inicio del año escolar. Así mismo, David se encuentra con la nariz tapada y la mamá al dejarlo nos comenta que subirá a Consulta Externa a pedir que lo vean porque de repente y sin catarro se le tapa la nariz y nos dice "temo que se me ahogue", de una forma casi reflexiva.

Desde el inicio se muestran muy activos; David y Josué sacan del cajón de juguetes un auto que se transforma en un robot y un soldado que va en una motocicleta, dicen que es un "patrullero" (refiriéndose a los personajes de la serie de los "Power Rangers"); e inician un juego de ataques con cañones, bombas y armas sofisticadas. David toma el auto y se transforma en un robot muy agresivo, que no se cansa de dañar al otro, infligiéndole toda

clase de daños desde hacerlo explotar, mandarlo por un barranco, "inflamarle" la cara, hasta comérselo cortándolo en pedacitos.

Por su parte, Josué asume el papel de víctima pasiva al principio, pero conforme va avanzando la pelea aumenta su agresividad, disparando cañones hasta terminar muerto lanzándose a un río.

Jéssica, por otro lado, abandona a su hermano y se dedica durante casi toda la sesión, a jugar a que alimenta a una bebé, a un perro, y a toda una familia; hasta que termina diciéndonos que tiene hambre.

Casi al término de "la hora de jugar", David y Josué se meten al cuarto de juguetes, siguiéndolos Jéssica, y empiezan un juego muy interesante. Llamen al cuarto oscuro (ni siquiera intentan encender la luz) el "pasillo secreto", del cual salen corriendo porque dicen haber visto "algo"; luego toman un bat de plástico y los palillos de un tambor, para meterse nuevamente pretendiendo que allí podrían encontrar un tesoro. En eso están cuando David asusta a Jéssica haciéndola llorar.

- La hora de platicar .-

Cuesta trabajo que los niños abandonen el juego del "pasaje secreto" y acepten sentarse en rueda a comentar los que hicieron y porque lo hicieron. Cuando lo logramos, David señala que la próxima sesión entraremos al "pasaje secreto" pues dentro tal vez existan animales monstruos e incluso un tesoro; entonces me pide que me comprometa a que volveremos a entrar, pero que no lo tengo que comentar con nadie porque va a ser "nuestro secreto".

Por su parte, Jéssica me dice que no lo comente ni siquiera con su mamá, frente a lo cual aprovechamos para hacerle un señalamiento en forma de pregunta, "...por qué tienes miedo de que ella no te permita disfrutar de este juego, que lo rompa como rompió tu muñeca?...pienso que es emocionante que tengamos un secreto, todos tenemos algo que es sólo nuestro".

Josué se acurrca en el suelo, fingiendo o más bien jugando a que está muy asustado por lo que "vio y sintió" dentro del pasaje. Cuando le preguntamos qué piensa él de este secreto del grupo, sólo asiente con la cabeza y se chupa el pulgar. Ante este mensaje le digo que se asustó como un niño muy pequeñito y que se siente un bebé. Frente a este señalamiento los otros niños se ríen.

2.-) CONTENIDO LATENTE .-

Podemos decir que la sesión se caracteriza porque en ella empiezan a manifestarse "elementos clave" del proceso terapéutico; los cuales son básicamente cuatro :

- Las ansiedades destructivas en relación al cuerpo y la relación con el otro; las cuales se ponen de manifiesto en el juego de "destruir un robot y un patrullero". Juego que se

caracteriza por una perseveración de la conducta agresiva, pues sólo se juega a destruir de cualquier forma el cuerpo del otro, el cual debido al proceso psíquico de la identificación proyectiva (con el juguete) es el cuerpo propio.

- Por otra parte; los niños ponen de manifiesto, a través del juego de la investigación del "pasaje secreto", lo que podríamos llamar los primeros intentos de construcción de una "fantasía de cuerpo", de su cuerpo propio que es una representación de lo real del organismo. El nombre de "pasaje secreto" que los niños le dan a este juego, expresa de manera plástica por medio del lenguaje, el inicio del tránsito de los pequeños, del "organismo" (la tos, los ruidos del pecho, la nariz tapada) a la construcción del "cuerpo" como una fantasía o una representación psíquica; la cual en su inicio es como un pasaje oscuro, tenebroso, atemorizante, pero, también, dentro de todo "gozante" (en este juego se asustan pero también se ríen). El juego despierta ansiedades que enfrentan con recursos primitivos por una parte, pero maduros por otra; así Josué se coloca en posición fetal y se chupa el dedo, Jéssica tiene temor de ser destruida, pero David dice que deben seguir investigando o conociendo, pues dentro pueden haber cosas atemorizantes pero también puede existir un tesoro.

- Por otro lado, en la sesión se hace manifiesto, también, el inicio de una relación de transferencia con la terapeuta a través de la instauración de un secreto. Así pues, se particulariza y subjetiviza el contexto y la relación. Sólo la terapeuta será testigo de las respuestas que encuentren los niños a los interrogantes que se plantean respecto de este "pasaje secreto". El inicio de la relación transferencial nos permitirá, por otra parte, hacer interpretaciones con un cierto significado para los niños, puesto que, una regla fundamental es que toda interpretación debe hacerse en transferencia.

- Por último, la dinámica grupal produce un objetivo común a conseguir que cohesionan al grupo (conocerse, investigarse) y escribe una parte importante de su historia o de significantes de sujeto (vitales no mortíferos). Así mismo, el proceso regresivo que se va instalando posibilita el inicio de la estructuración del supuesto básico de dependencia, que se manifiesta en el grupo a través de sus demandas de ser alimentado por la terapeuta, quien es colocada en el lugar de proveedora, y de "testigo" y depositaria de un secreto.

SEXTA SESION DE GRUPO DE NIÑOS CON ASMA

- ASISTENTES : Jéssica, Josué, David.

1.-) CONTENIDO MANIFIESTO .-

- La hora de jugar .-

Al comenzar la sesión se encuentran los tres niños presentes, luego de sacar los juguetes se sientan sobre una cobija y van sacando juguetes de la caja de juego, al realizar esta actividad Jéssica por vez primera toma interés en el material médico y saca las mascarillas de oxígeno que se utilizan en el hospital cuando los niños padecen crisis asmáticas; entonces, repentinamente exclama, "...¡ya se!... ¡juguemos a que te morías!", toma a Josué de un brazo y

lo lleva hasta una mesa, lo ayuda a subirse y a acostarse, después le coloca la mascarilla y dice "...te estabas muriendo..., no, no puede ser...señora su hijo se ha muerto..", todo esto lo hace con un gran dramatismo frente a David y a la terapeuta, quienes la miramos como si fuéramos un público, en tanto que Josué parece que no acabara de comprender lo que pasa, razón por la cual se levanta casi enojado y le dice a su hermana "...Déjame...!", y todos estallan de risa. Luego, de forma impulsiva los tres se separan.

Jéssica vuelve a la caja de juego e inicia una comilona, sirve en platos grandes "pollo, mayonesa, papas" (utilizando los juguetes de plástico) y sirve agua de verdad en vasos para todos, lleva esto donde se encuentran los otros niños y hace que se lo coman siguiendo su juego, David tiene el cuidado de no beber el agua, pero Josué lo hace íntegramente, siguiendo textualmente el pedido de su hermana.

A continuación, Jéssica, dice que jugarán a la escuelita, colocándose (de un salto) frente al pizarrón y asumiendo el papel de maestra, mientras los otros dos niños tan sólo la miran sentados; ella, por su parte, comienza a dramatizar el papel de una maestra inflexible, llena de prohibiciones y normas ("niños escriban", "niños no jueguen o los voy a sacar del salón", "Josué no seas tonto y escribe, haz tu trabajo"), mientras dibuja un paisaje lleno de detalles. Frente a esto, David, corre al frente y le borra el dibujo riéndose. Luego Josué y David se ponen a aventarse la pelota y ha golpearse, ignorando a la niña. Por su lado Jéssica permanece inmovible en su papel de maestra, regañando a los niños, pero éstos no le hacen ningún caso.

- La hora de platicar -

Cuesta mucho sacar a los niños de sus juegos de actividad y lograr que se sientan a platicar, pero cuando lo logramos experimentamos una sensación muy tranquilizadora al ver una gran producción en el grupo; pues cuando le pedimos a Jéssica que nos explique su juego de morirse, casi inmediatamente (parece que hubiese estado esperando la pregunta) nos responde que cuando a su hermano le dan sus "ataques" ella se asusta mucho, pues éste se quiere ahogar. Entonces Josué se levanta rápido, va a la caja de juguetes, saca una mascarilla, y se acuesta en el suelo para mostrarnos como en el hospital lo tendían en la camilla mientras él se ahogaba (detiene la respiración y jadea).

David, frente al juego del otro niño, le quita la mascarilla y se acuesta en el suelo, haciendo como que no puede respirar, luego se coloca la mascarilla sobre la cabeza y corre al pizarrón a dibujar "como es morirse" y nos dice "van a ver como es morirse", y hace dos dibujos en los que nos muestra "lo que se le acumulaba", "la mascarilla" y "como se moría".

A continuación, Josué hace otro dibujo ilustrando, según él, lo que le hacían en el hospital; mientras tanto, Jéssica se acuesta en el suelo apretándose el cuello y haciendo que se ahoga "hasta morir". Entonces, Josué exclama "¡pero yo no me morir!", me acerco y lo toco diciéndole que está bien vivo; se ríe y pierde su desconfianza conmigo.

Por su parte, Jéssica dice que la próxima sesión hagamos una fiesta con tortas y que también jugaremos al hospital.

2.-) CONTENIDO LATENTE .-

Si le pusiésemos un nombre a la sesión, consideramos que bien podría llamarse "de la acción a la simbolización"; pues ambos tipos de manifestación conductual están presentes en la reunión grupal.

Los niños comienzan a jugar con los elementos hospitalarios relacionados con su padecimiento; es decir, que éstos empiezan a tener un significado adjudicado por los niños, se tornan en juguetes y entran a formar parte de sus fantasías, de su realidad psíquica. Aspecto que nos lleva a pensar en que el niño, también, comenzará a tener mayor control (yoico) sobre este aspecto de su experiencia o sobre sus crisis asmáticas y algunos de los aspectos de pánico que ellas implican.

En una primera parte de la sesión asistimos a lo que puede considerarse como un juego de evacuación de la angustia de Jéssica; quien a través de conductas casi maníacas "actúa" la angustia del grupo de niños y del grupo familiar frente a una crisis asmática. En este caso, Jéssica expresa el afecto, a pesar de sí, canalizando de esta forma una situación emocional que no le es posible representar. En el medio grupal, este emergente intempestivo, en un nivel de expresión emocional y de acto, se traduce en fenómenos masivos en los que el grupo actúa en forma indiscriminada, movido por ansiedades confusionales y persecutorias que involucran a la terapeuta; en este sentido, las reacciones grupales son de confusión pues no sabemos que decir pareciera que nuestro lugar como "coordinador del grupo" se tambaleara, por su parte Josué se angustia al verse arrastrado por esta corriente emocional desatada por su hermana que amenaza con invadirlo, y finalmente el grupo defensivamente estalla en una risa maníaca.

A continuación de la unidad de juego que acabamos de analizar y como respuesta a la angustia que todo ello suscita en Jéssica, ésta reacciona, nuevamente, con otra conducta impulsiva pues inicia una "comilona" en la que implica a todo el grupo. Por otra parte, nos llama también la atención la interacción que se establece entre los hermanos, pues la invitación a beber agua que Jéssica le hace a Josué es textualmente interpretada y obedecida por éste último; repitiendo, de esta forma, un modelo de comunicación familiar en el cual los mensajes se siguen en un nivel concreto, no se va más allá, a la fantasía, a la abstracción, no está presente el "como si" que es una de las bases de la abstracción, y, en este sentido, a este niño le resulta difícil jugar "como si" estuviese bebiendo o "como si" estuviese comiendo.

Sin embargo, en la misma sesión, en "la hora de platicar" todos los niños son capaces de expresar las mismas emociones (la angustia de la crisis asmática) en un nivel diferente y más elaborado, a través de palabras y dibujos (su hablar); aun cuando, se trata de dibujos en los que aparece el cuerpo fragmentado, pues solo se representa la cabeza en todos los casos, como si esta fuera la parte del cuerpo en la cual los niños asentáran su dolencia. Consideramos, además, que el inicio de la construcción de una fantasía de cuerpo en la anterior sesión les permite jugar el juego de "me ahogo, ...me muero", verbalizar y dibujar una representación mental de lo orgánico comprometido en las crisis ("el cuerpo").

En la sesión nos es posible, también, observar el efecto terapéutico de los dibujos en el sentido señalado por Koppitz, quien sostiene que los mismos le permiten al niño expresar sentimientos y emociones que le es difícil expresar por medio de palabras.

SEPTIMA SESIÓN DE GRUPO DE NIÑOS CON ASMA

- ASISTENTES : David y Josué. Jéssica no asiste porque el fin de semana le picó un insecto en la cara y tuvo una reacción alérgica que le produjo edema.

1.-) CONTENIDO MANIFIESTO .-

- La hora de jugar .-

Antes de empezar la sesión la mamá de David me advierte que éste no debe correr porque el doctor dijo que se agitaba mucho.

David saca el cajón de juguetes y Josué trae las colchonetas y las pelotas. Luego ambos quieren jugar con las tasas de té y se dan varios empujones hasta que es David el que se impone.

A continuación y casi desde el inicio, David toma una mascarilla, se la pone y no se la quita durante toda la sesión.

Después ambos me piden traer agua. Cuando la traen, juegan a llenar los vasos y a vaciarlos dentro de una volqueta. Luego, David vacía todo el contenido, "desparramando el agua por todos lados". Ante esto, Josué reacciona con enojo y miedo, pues teme nuestro enojo. Sin embargo, a pesar de que no se produce la reacción por él esperada, no deja de enojarse, pues interpreta el hecho como una agresión de parte de David dirigida a él, entonces comienza a arrojar otros juguetes en el agua derramada, razón por la cual David también se molesta y aparta a Josué empujándolo.

Luego, David comienza a chapotear en el agua con las manos y termina recogiendo de a poco con un platillo, volviéndola a la volqueta. Posteriormente va a otro lugar y hace lo mismo con otro camión.

A continuación, juegan a aventar la pelota con furia contra las paredes en medio de una actividad sin objetivo alguno.

- La hora de platicar .-

Cuando se sientan a platicar, permanecen callados un tiempo prolongado, entonces le preguntó a David por qué trae la mascarilla, a lo que contesta diciendo que, así se sentirá mejor porque le ayuda a respirar.

Cuando le pregunto a Josué si a él le agradó jugar con agua, con una cara de complicidad y picardía me dice que le gusta mucho, además, que cuando no está su mamá en la casa le

gusta hacer que sus juguetes se bañen; ante lo cual añade la pregunta, "¿para hacer enojar a tu mamá?", y el niño responde inmediatamente "y a Jéssica.. ella a veces me pega y le dice a mi mamá que no me hace nada "

Por su parte, David, recorta con un tijera un papel sin decir nada.

Al guardar los juguetes dicen que los dibujos que hicieron en anteriores sesiones deben quedar dentro para que otros niños no puedan sacarlos.

2.-) CONTENIDO LATENTE .-

Consideramos que la dinámica grupal que acabamos de describir responde a la ausencia de Jéssica. En este sentido, el enojo y angustia de Josué frente al agua "desparramada" surge como consecuencia del temor de desorganización interna que siente por la ausencia de la hermana; ausencia que pone de manifiesto su necesidad de un otro que le diga qué hacer, cómo hacerlo, qué decir, etc. Es decir, su necesidad de un otro que haga posible su estructuración o su existencia; en virtud de las relaciones simbióticas que sostiene con la madre y la hermana (su sustituto). El surgimiento de este tipo de ansiedades provoca, también, en los niños la emergencia de mecanismos defensivos rígidos, pues frente al peligro de desorganización interna se recogen, se guardan los juguetes y se cierra la caja de juego.

La sesión pone de manifiesto, también, el lugar de líder inicial que ocupa Jéssica ya que con sus intervenciones activa al grupo, llevándolo de la actuación de la angustia a la manifestación de recursos más elaborados ("de la acción a la simbolización") como los dibujos y las verbalizaciones. En su ausencia el grupo se estanca en un juego pobre en recursos y perseverante. El único aspecto evolutivo que se observa es el uso simbólico que hace David de la mascarilla de oxígeno, la cual pasa de ser ignorada (de estar fuera del universo simbólico de los niños) a tener el estatuto "mágico" de objeto que produce bienestar, de ahí que el niño exprese que con ella se sentirá mejor.

OCTAVA SESION DE GRUPO DE NIÑOS CON ASMA

- ASISTENTES .- Josué y Jéssica. David ausente por dificultades de la mamá para traerlo.

1.-) CONTENIDO MANIFIESTO .-

- La hora de jugar .-

Jéssica y Josué entran corriendo en la sala de juego, prácticamente se lanzan a la habitación de los juguetes. Jéssica dice que hará una fiesta con comida, habrá pastel y refrescos. Sin embargo, cuando instalan la caja de juego y los otros elementos le dice a Josué : "...¡vamos a jugar a la clínica, que estabas enfermo, vamos ándale!", ayuda a Josué a tenderse sobre una colchoneta , "...vamos rápido", "...se muere el paciente" y corre aprisa por la sala de juego "...tiene más de dos de temperatura..", "...te estabas muriendo..dí ahhh (ahogo)". A continuación y de forma repentina, dice : "¡ahora yo!...estaba jugando a la pelota (bastekball) y me caía..., me olvidaba el inhalador y casi me moría!"; apenas termina

de hablar lanza la pelota y se desploma en el suelo, Josué corre con el oxígeno, mientras ella exclama quejándose, "...doctor yo la quería, pero ella no (al parecer se refiere a la mamá)... me muero doctor", Josué dice, "yo te curaba bien". A continuación, Jéssica se levanta de un salto y se coloca inmediatamente en el papel de maestra, "...buenas tardes niños, saquen papel y lápiz"; en el pizarrón escribe y llama a Josué a escribir su nombre, pero éste se niega, entonces lo pone a recortar; sin embargo, Josué se va cerca de el cajón de juguetes e inicia un juego de lucha con los animales salvajes al que llama "la lucha del rey león".

A continuación, Jéssica recorta un mantel de una hoja de papel para enseñárselo a sus alumnos, luego pasa al pizarrón y enseña a colocar sus datos a los niños imaginarios que la rodean; después, inicia una clase sobre "los volcanes" que tiran lava y señala : "el volcán tira tanto humo que estalla y muchos adultos mueren, los árboles y el pasito; cerca del volcán había una casita de Rosita, su papá y mamá, el papá se fue hacia abajo y la lava se fue por un lado y nunca, nunca le hizo nada a la casita de la niña ",(mientras hace el relato dibuja, utilizando todo el pizarrón, dos montañas y una casita echando mucho humo por la chimenea contrariamente a su relato en el cual es el volcán el que hecha humo, la rodea de caminos y agua).

Después, Jéssica señala que hará otra historia con el mismo personaje, que será triste, de Rosita y su familia :

"Eran unas montañas y una casita de dos pisos y chimenea, la mamá y Rosita hacían el desayuno y el papá pintaba la casa..., pero entonces ven venir a un señor con caballo que era una bruja disfrazada; este hombre quiere llevarse a la niña, la mamá se niega, pero el papá la entrega sin que la mamá lo sepa; este hombre le dice que también debe llevar a su hermanito. La niña se asustó al ver una casa pequeñita y le dijo "señor aquí voy a estudiar", entonces el hombre se convirtió en la bruja y le dijo que si no se quedaba sus papás morirían pues ella los mataría. El papá pensaba que había hecho bien pero había hecho mal. El papá y la mamá fueron a rescatarla, pero la bruja les dijo que su hija estaba muerta. El papá se fue y la bruja mando a quemar su casa y ésta ardió y ardió. La niña se quedó sufriendo con la bruja para siempre hasta que la niña tomó su cuchillo y mató a la bruja y la casa desapareció. La niña era tan buena que fue a su casa...y el sol cambió y se puso calentito".

Mientras tanto, Josué saca los animales domésticos y juega a que los coclunitos tomaban leche de su mamá, luego se interesa por un rompecabezas y se pone a armarlo.

- La hora de platicar .-

Esta segunda parte de la sesión grupal, que abarca los últimos cuarenta y cinco minutos, quedó reducida a los últimos cinco debido a que la producción de los niños se vio extendida en una producción verbal y elaborada. Los últimos cinco minutos restantes los empleamos tan solo para guardár el material, tarea que los niños realizan muy contentos y al parecer tranquilos .

2.-) CONTENIDO LATENTE .-

Esta octava sesión del grupo de niños constituye un punto muy importante en el proceso grupal, ya que en la misma se producen eventos de significativa importancia; los cuales son :

En primer término la repetición de un juego de evacuación de la angustia de muerte que viven los niños en la crisis asmática, unidad de juego en la cual resaltan sus características maníacas ,como por ejemplo la verborrea de Jéssica, el paso de un evento a otro totalmente distinto (el pasar de doctora a enferma, de muerta a viva, de muerta a maestra).

En segundo término, en la misma sesión se produce un cambio importante en el discurso de los niños; así , Jéssica produce dos cuentos fantásticos que no son sino expresión del uso de fantasías infantiles, en las cuales aparece en juego el fantasma y la pulsión. De esta forma, los sujetos infantiles dejan de moverse en el aquí y ahora, en la evacuación y las conductas impulsivas, y pasan a ejercitar la palabra "plena" de sentido que conlleva la realización disfrazada de deseos inconscientes y escenifican las relaciones subjetivas con los objetos.

En su momento consideramos no interrumpir el proceso grupal, para pasar a "la hora de platicar", en virtud de que se pudo observar que los niños, por vez primera, disminuyeron el primer tiempo o "la hora de jugar" destinada a las conductas de acción y se sumergieron en una producción verbal, a través de un cuento que inventa Jéssica de enorme significación en el proceso psicoterapéutico grupal, y que, además, de forma significativa parece que también posibilitara la separación de Josué; quien se mete en un discurso separado y muy propio, así a través de su juego de "la lucha" (por su independencia), "el amamantamiento de los cochinitos" y "armar un rompecabezas", pone en juego su subjetividad, su conflictiva.

No realizamos ningún tipo de interpretación, ni señalamiento debido a dos aspectos :

Primero, consideramos que el relato de Jéssica es expresión de la ambivalencia que caracteriza sus relaciones objetales (familiares), apareciendo como signos elementos contradictorios, tales como "el volcán que echa humo y no lo echa", "el hombre que es una bruja", "el papá que es bueno y malo", "la mamá que sabe y no sabe", "la casa que se quema y no se quema"; así pues, esta es la realidad psíquica de la niña, la cual se manifiesta en el grupo; luego, el grupo debe contenerla, sin cuestionarla, respetando la paradoja del sujeto del inconsciente, de este modo, el grupo es utilizado terapéuticamente como un espacio transicional que posibilita "el paso" a lo simbólico.

Segundo, consideramos, también, que en la sesión los niños llevan adelante un proceso de significación, el cual implica un trabajo psicológico grupal pero también subjetivo, que los lleva del acto a lo simbólico, de la conducta maníaca al ejercicio de la palabra plena de sentido. Así, pues, el mayor trabajo estará fuera de la sesión y será un proceso interno.

NOVENA SESION DE GRUPO DE NIÑOS CON ASMA

- ASISTENTES .- David y Josué.

1.-) CONTENIDO MANIFIESTO .-

- La hora de jugar .-

David llega primero a la sesión, se lanza al cuarto de juguetes abre el cajón y saca la mascarilla de oxígeno se la coloca y me pide que me ponga otra. Así juega durante toda la sesión intercambiando las mascarillas conmigo. Luego saca los juguetes, pero, repentinamente, trae agua y la tira dentro de la caja mojando todos los juguetes. En esto llega Josué y la mamá nos explica que a Jéssica la maestra la castigó con mucha tarea para la casa y que por esta razón se tuvo que quedar.

Al llegar Josué acusa a David de haber mojado la caja, entonces David le arroja una pelota y Josué se pone a llorar, dice que le golpeó la cabeza.

Luego se ponen a armar un rompecabezas, sin embargo terminan peleando por las fichas y tirando el rompecabezas por el suelo.

Cuando David se pone a modelar con plastilina comenta que la maestra en la escuela es muy mala, y se pone a modelar a "Lety" (su maestra), dice que es una bruja que lo pinchó con un alfiler en la nalga. La figura termina en una mujer con una nariz que parece un pene en erección.

Por su parte Josué juega a preparar un equipo de inyecciones para inyectar a los muñecos (mientras se lo observa muy atento al relato de David). Cuando termina me dice que si me dejaría punzar con una de sus jeringas, a lo cual le digo que no porque no nos pinchamos de verdad ya que sólo jugamos.

Desde este momento hasta el final de la hora de jugar, David y Josué juegan por separado.

- La hora de platicar .-

Cuando nos sentamos en rueda a platicar a Josué le cuesta dejar el juego de las jeringas, en tanto que David trae consigo la figura de plastilina de la maestra con una "nariz" sobresaliente.

Para empezar a hablar, y debido a mi interés personal, le pido a Josué que me comente qué fue lo que pasó con su hermana; entonces me dice que trajo un recado de la maestra y por esta razón la castigó su mamá no trayéndola a la sesión, ya que ella quería venir, y poniéndola a hacer trabajo de la escuela.

Tal vez movido por ese comentario, David señala que su maestra también le enviaba recados cuando se portaba mal, pero ahora ya no porque se comporta "muy bien (pretendiendo ponerse por encima de Jéssica en una actitud competitiva y marcando una diferencia cualitativa entre ambos). Aprovecho entonces para preguntarle por la figura que

ha modelado y específicamente ¿por qué tiene la nariz tan grande?, a lo cual responde que la nariz de su maestra es así, Josué señala riendo que parece un cacahuete y que su abuelita la tiene parecida pero no le gusta que nadie se lo diga, le pido, que nos muestre como es la de su abuelita modelando una "nariz" en plastilina, lo cual hace muy afanado y divertido. La "nariz" que hace Josué es bastante más grande que la que hizo David, aspecto que no pasa desapercibido para éste último, quien dice que está horrible.

Para terminar, a modo de señalamiento, les digo que no sólo las mujeres tienen narices tan grandes, que hay hombres que también las tienen, les miro las narices a ambos y les digo "a ver déjame ver tu nariz..... ¡uy! me parece que tú la vas a tener bastante grande"; ambos reaccionan con gran algarabía.

Al final les pido que recojamos los juguetes, pero que antes David debe secar los que se mojaron, a lo que Josué añade a modo de regaño que a él le toca porque él los mojó. David por su parte, al principio no quiere hacerlo pero cuando nos ofrecemos a ayudarlo se anima y Josué se nos une en una actitud celosa, como si se tratara de un juego preferencial con David del cual puede quedar excluido.

2.-) CONTENIDO LATENTE .-

Es evidente que en la sesión la ausencia de Jéssica tiene gran significado:

En primer término, detectamos una actitud de boicot de parte de la mamá de Josué y Jéssica, para con el proceso terapéutico; ya que es ella la que minimiza la importancia del tratamiento de los niños frente al trabajo escolar y utiliza esto como argumento para evitar que la niña asista a la sesión. Consideramos, que esto se debe a que por el curso del tratamiento de Jéssica, ésta está provocando ciertos cambios en la dinámica familiar, pues empieza a dejar de ser la niña "problema", "impulsiva" y "agresiva", empieza a procesar la información que recibe de una forma diferente, a este respecto recordemos que la anterior sesión comenzó a expresar a través de cuentos y dibujos el enorme problema ambivalente que existe entre ella y su madre. Añadiremos a esto que Silvia, la madre, no asiste a las sesiones del grupo de padres argumentando diferentes problemas, de los cuales la culpa por su alcoholismo es el detonador inconsciente.

En segundo término, la ausencia de Jéssica (como líder inicial y como "mujer") permite que estos niños que mantienen relaciones intensas con sus respectivas madres, cada uno en un estilo muy propio (la sobreprotección en el caso de David, y la oscilación entre sobreprotección y rechazo en el caso de Josué), y cuyo problema principal es la separación o individuación; permite que puedan plantear un problema existencial para ellos, que es "la mujer fálica", es decir el sujeto con ley (la maestra, la madre). Consideramos que en la sesión los niños plantean un interrogante fundamental en la problemática neurótica, ¿puedo yo tener un falo?, a través del cuestionamiento "simbólico" que me hace Josué "¿me dejas punzarte? o lo que es lo mismo ¿me reconoces como un sujeto fálico?, que nos lleva a su problemática de existencia : ¿puedo vivir separando de mi madre?. Creemos que lo fundamental a tomarse en cuenta de todo esto es que los niños del grupo acceden al campo de lo simbólico, más rápido de lo que pensábamos, se empiezan a mover en su realidad

psíquica, en el ámbito del lenguaje; de esta forma, comienzan a metaforizar su problemática por ejemplo utilizando significantes como "la nariz" que es un símbolo fálico por excelencia que se encuentra presente en el chiste y los sueños. Así, pues David y Josué plantean una problemática neurótica (simbólica), la cual implica estar un paso por delante del acto (de lo real de organismo).

Por último, diremos, que a través del señalamiento que les hacemos ("me parece que vas a tener una nariz bastante grande") entramos a "jugar" el mismo juego y marcamos simbólicamente su posibilidad de no morir "asfixiados" por la pasión de sus madres.

Debemos señalar, también, que los niños continúan reduciendo el tiempo empleado en los juegos de acción, manifestando conductas más elaboradas de nivel secundario, como el juego simbólico implicado en el modelamiento con materiales no figurativos (plastilina, jeringas) y el uso metafórico del lenguaje.

DECIMA SESION DE GRUPO DE NIÑOS CON ASMA

- ASISTENTES - David, Josué y Jéssica.

1.-) CONTENIDO MANIFIESTO -

- La hora de jugar .-

Los tres niños llegan temprano, cuando entran en la sala me ayudan a sacar los materiales de juego y luego, casi inmediatamente, cada quien se aparta en un juego individual.

David arma rompecabezas con éxito, luego juega fútbol conmigo y Josué; los dos me blanquean con mucho placer con sus goles pues me colocan en el puesto de portera. David desea mostrarme cómo aprendió a dar cabezazos a la pelota. Ninguno se agita demasiado.

A continuación, David se coloca la corona de un rey y no se la quita durante toda la sesión. Después juega a servir, muy amablemente, refresco a todos. Finalmente, termina haciendo tres dibujos : una casa incendiándose, un bosque también quemándose y una ambulancia que lleva dentro de sí a todos los animalitos del bosque que resultaron heridos por el incendio, el cual termina señalando que "todos se sanan" (Ver dibujos en Apéndice 4). Mientras dibuja imita el sonido del fuego, los gritos de los animales y la sirena de la ambulancia.

Mientras tanto, Jéssica juega a la familia, escenifica una comedia en la cual están presentes la abuelita, la tía, una niña, un niño y un bebé; la trama gira alrededor de lo mal que se comportan los niños en la mesá, y las dificultades, trabajos y corajes de los adultos en su atención. Resulta llamativo el hecho de que realiza este juego sin grandes cambios o interrupciones; es decir, sin realizar alguna acción imprevista, como por ej. tirar algún muñeco y terminar el juego, o pasar a realizar alguna cosa totalmente diferente y sin ninguna relación con la primera.

Por su parte, Josué luego de jugar fútbol se dedica a tratar de armar varios rompecabezas, y aun cuando fracasa en la mayoría de ellos, no da señales de disgusto, ni recurre a su hermana para "adherirse a su juego" abandonando el suyo. Nos llama la atención que mientras está en esta actividad se la pasa murmurando o cantando, no estamos seguros porque lo hace muy bajito.

- La hora de platicar -

De los tres es a Jéssica a quien más le cuesta dejar su juego. Ya sentados le pregunto a la niña qué le paso la sesión anterior y comenta que su mamá la castigó porque su maestra envió un recado por no terminar a tiempo algunos ejercicios de aritmética en la clase ya que estuvo platicando con una compañera. Le señalamos, entonces, que al parecer de "peleonera" pasó a convertirse en "platicadora", y que al parecer eso estaba mejor.

Advertimos, que, mientras tanto, los niños están murmurando y riendo entre sí, cuando les preguntamos qué pasa dicen que quieren ir a ver las figuras que modelaron la sesión anterior (al parecer el tema de la maestra de Jéssica y su recado que le provocó un castigo, permitió la asociación con la sesión anterior), y corren sin esperar mi respuesta al cuarto de juguetes donde tenemos una repisa sobre la cual colocamos los dibujos, las figuras modeladas y cualquier otra cosa que produzcan los niños, en una especie de exposición particular. Jéssica se levanta para ir detrás de ellos, pero la sacan del cuarto, negándose a mostrarle lo que hicieron, todo esto como en un juego, con muchas risas como signo del placer que experimentan. Aprovecho, entonces, para preguntarle a David acerca de si le dijo a su mamá aquello de que su maestra lo pinchaba con un alfiler en la nalga, pero me contesta señalando que no porque "no podía y basta...", porque ninguno de sus compañeros lo hacía y podían decirle que era una "niñita". A esto le respondemos que nosotros tampoco lo haremos porque esa era su decisión.

Josué, por su parte, acaba sacando la nariz que modeló con plastilina y con mucho júbilo se la muestra a su hermana, esperando provocar su sorpresa. Jéssica le pregunta qué es y es David el que responde "la nariz de su abuelita" y se ríe, a lo cual ésta responde "...hay pues que fea". Luego, corriendo, Josué la vuelve a guardar, no sin antes "arreglarla" un poco.

Al termino de la sesión, cuando la mamá de David viene a recogerlo, nos comenta que nota a David mucho más tranquilo, que en la escuela va muy bien pues los primeros dictados de la maestra los aprobó con calificaciones excelentes. Señala, además, que por primera vez el niño le dice "estoy nervioso y no se por qué.." y se responde a sí mismo "...debe ser por la escuela.."; nunca antes le había dicho algo así, sólo no hablaba a la hora de salir para la escuela y se le tapaba la nariz completamente. Menciona, también, que la nariz ya no se le tapa tan seguido, sólo cuando juega fútbol en la tierra.

2.- CONTENIDO LATENTE -

Consideramos que se trata de una sesión muy productiva, en la cual se continúan los procesos iniciados en la anterior, pero que ahora implican la presencia de Jéssica. Pensamos que esta continuidad se debe a la importancia del tema para los niños.

Los dibujos que realiza David representan el proceso interno que lleva a cabo, en los cuales es posible reconocer la secuencia del proceso terapéutico: así, empieza representándose a él mismo (la casa) incendiándose, como al inicio del tratamiento; en el segundo dibujo, aparece un bosque simbolizando a la madre (los bosques según Freud son símbolos del aparato genital femenino) que se quema con lo que contiene dentro de ella (los animalitos que no son sino sus representantes); y por último, representa a éstos animalitos dentro de una ambulancia heridos, pero que sanarán (se simboliza a él y sus contenidos u objetos internos en proceso de reparación), este último dibujo parece la representación plástica de la identificación introyectiva, y, además, implica una planificación a futuro (fuera del aquí y ahora) y por lo tanto el uso de la abstracción.

Por otra parte, el grupo retoma nuevamente lo que podríamos llamar el tema de su "falización" cuando los niños asocian el problema de las "narices de las mujeres de su familia". Consideramos, además, que el proceso se continúa fuera de la sesión cuando la madre de David nos habla de la "nariz completamente tapada" de David a través de la cual expresaría su nerviosismo respecto de la escuela. Así pues, al parecer la "nariz" constituye un significante que se juega en la familia del niño; luego, ya no podemos hablar de la nariz como del órgano, sino de la "nariz" como el lugar del cuerpo donde se somatiza el conflicto, lo cual implicaría que ya no nos estaríamos moviendo en el campo de lo psicosomático sino en el campo de la psiconeurosis. Al parecer la familia "alcanza" a simbolizar el lugar de David como el lugar de una "nariz tapada" (lo cual consideramos un avance) que procura todas las atenciones y afanes de la madre. Recordemos, a este respecto, que el discurso de la madre no habla de David como de algo separado de ella, sino como de "su cosa" (ej. "temo que se me ahogue" = uso reflexivo del adverbio). Luego, podemos pensar que ese niño es "su nariz tapada", viene dañada (no es una buena nariz). Así pues, toda esta reflexión nos lleva a confirmar que este niño vive una relación intensamente simbiótica, asfixiante (tapada) con la madre, ocupando el lugar de "su falo", encontrándose estancado en la categoría de "falo de la madre" (M. Mannoni, 1976) correspondiente a un primer tiempo del Complejo de Edipo. Esta misma significación aparece en el primer discurso de David, quien expresa a través de un dibujo que vive la relación con su madre como un gran "incendio" en el que se consumen los dos juntos sin posibilidad de que se pueda establecer una diferencia entre los dos.

Por otra parte, el juego de Josué no es sino el resultado de los procesos que se van dando en el grupo; pues se encuentra demarcando "su territorio en el cual juega sus juegos" a pesar de sus fracasos, lo cual implica que tolera mejor la frustración, ya que no se "adhiera como una lapa" a los juegos de la hermana, impidiendo de esta forma las consecuentes respuestas de rechazo por parte de ésta.

En el juego de Jéssica resulta llamativo el hecho de que no incluye a la madre, aspecto que le posibilita continuar jugando sin caer en el acting debido a la invasión de angustia. Resulta significativo, además, que haya logrado sustituir a la madre por la abuela; a este respecto nos preguntamos, si se estará dando en ella la posibilidad de sustituir a la madre por otros objetos, y su juego no es sino la manifestación de que empieza por uno muy cercano

como es la abuela; dándole la oportunidad de seguir deleitándose con sus fantasías y continuar creando.

Señalaremos, por último, que en la sesión le hacemos un señalamiento a Jéssica, e indirectamente al grupo, marcándole su posibilidad de cambiar de significantes superyoicos (mortíferos) a significantes de sujeto (R. Rodulfo, 1989) ; de ser la "agresiva" a la "platicadora" (la que "habla").

DECIMO PRIMERA SESION DE GRUPO DE NIÑOS CON ASMA

- ASISTENTES.- David, Josué y Jéssica.

I.-) CONTENIDO MANIFIESTO .-

- La hora de jugar .-

Previamente debemos mencionar que al inicio de la sesión nos enteramos que Silvia, la mamá de Jéssica y Josué, tuvo que ser intervenida quirúrgicamente de una "hernia inguinal" por estrangulamiento, de emergencia, la tarde anterior. De tal forma, que los niños son acompañados a sesión por su hermana mayor.

La sesión da inicio con los tres niños. Luego de sacar los materiales y la caja de juego se separan en dos grupos, por un lado Jéssica y Josué que se ponen a garabatear y por otro David que saca el rompecabezas del "rey león". Los hermanos terminan peleando porque Josué le raya un dibujo a Jéssica, entonces ésta le tira del pelo y la reacción de Josué no se deja esperar, se abalanza sobre ella y ruedan por el suelo tirándose de los cabellos, con tal fuerza que me cuesta mucho separarlos, además de que ninguno escucha lo que le digo. Cuando los separo ninguno llora, solo jadean, repentinamente intercambian miradas y se ponen a reír a carcajadas. A continuación, Josué toma otro rompecabezas mientras su hermana continua dibujando, pero casi de inmediato deja esta actividad y se pone a jugar una especie de basketball lanzando la pelota por la ventanita que comunica con el cuarto de materiales, y repite el juego hasta el final de la sesión sin decir palabra, mientras le chorrea la nariz y se nota que la tiene bien tapada provocándole agitación; parece que no nos escuchara cuando le pedimos que tenga cuidado con los vidrios de alrededor o que deje el juego y descanse un rato.

David, por su parte, deja el rompecabezas y se dirige a mi bolsa que se encuentra cerca, se acerca y me pide que le de el espejo; cuando se lo doy hace como que se polvea la nariz mientras se contempla; a continuación me lo entrega y me pregunta "cómo me veo" en una actitud seductora. Le respondemos que está muy guapo. Luego, me toma de la mano y hace que me siente frente a él, yo lo hago en posición de buda, se interpone entre ambos el rompecabezas que empieza a tratar de armar, pero de pronto toma un montón de fichas con las dos manos y las tira entre mis piernas (como en una especie de nido), mientras dice "soy un volcán en erupción". Después, señala "soy un volcán malo" y se viene encima mío apoyando con fuerza su cabeza en mi pecho, como un toro, hasta provocarme dolor, así agachado mete las manos y saca las fichas, mientras dice que "¡ están que queman!". A

continuación se pone a patear la pelota. Me da la impresión de que hay una "pelotera" en la sala de juego, ya que los dos niños, cada uno por su lado, juega con la pelota de forma incesante y repetitiva, como si solo se tratará de gastar energía.

- La hora de platicar .-

Cuando los invito a sentarnos en rueda, es a Josué a quien más le cuesta dejar la pelota, David, al contrario, lo hace de muy buena gana, pero a condición de que podamos armar el rompecabezas mientras platicamos, lo cual acepto; mientras lo hace repentinamente me dice "...sabes hace tiempo que no me da mi tos de 'corneta vieja' ", cuando le pregunto por qué será me responde con otra pregunta "adivina", le respondo que eso está difícil y que ninguno de nosotros lo sabe, sólo él.

Jéssica trae consigo su dibujo, él cual le solicito que nos lo muestre y nos comente de qué se trata. La niña muestra entonces una hoja "llena" de un dibujo (llama la atención el hecho de que no hay espacios en blanco, todo esta relleno de algo) en el cual casi al centro se ve una casa bien conformada, rodeada de un bosque con un camino y muchos otros elementos que la rodean. La actitud que asume es francamente competitiva con los otros niños, pues enseña su dibujo con orgullo, como si fuera un trabajo que nunca lograrían hacer los otros niños. Nos comenta que se trata de una casa a la que nunca le pasó nada a pesar de que unos hombres malos la quisieron quemar, pues llovió y el fuego se apagó.

Les pido, entonces, a los dos hermanos que nos comenten qué fue lo que pasó con su mamá, y es Jéssica la que dice que dos días estuvo en cama porque tuvo un fuerte disgusto con su abuelita materna (en cuya casa viven Silvia con sus dos hijos y su hermana con su familia), que le dolía mucho el estómago y devolvía los alimentos, además se quejaba con los niños diciendo que su enfermedad se debía a los corajes que hacía por ellos y su abuelita, y que era mejor que se muriera porque a nadie le hacía falta pues su mamá no la quería porque prefería a su hermana casada. Entonces le pregunto yo que opina ella de esto, a lo que responde señalando que es cierto pues Josué (acusándolo) le hace hacer muchos corajes porque se sale de la casa donde sus amiguitos y hace muchas travesuras (Josué no responde nada solo sonríe), además, su abuelita es mala porque le pega a su mamá y le dice cosas muy feas (ella se excluye). Les señalo, entonces, directamente a los niños que la enfermedad de su mamá no es causada por disgustos, sino por otras causas que provienen del propio cuerpo de ella o de algún esfuerzo físico, y que algunas veces cuando algo nos duele buscamos a quien echarle la culpa, y decimos muchas cosas, "echamos muchas palabras por nuestra boca como un volcán cuando hace erupción y cuando pasa todo nos convertimos en una montaña tranquila"; y procedo a contarles un cuento :mientras realizo unos dibujos ilustrativos en el pizarrón : "...había una vez un pueblito pequeño que vivía muy pegadito a una montaña, pero un día esta montaña se convirtió en un volcán y empezó a tirar lava ardiendo; entonces la gente se fue a vivir más lejos y cuando el volcán se tranquilizó volvió a ser una montaña y la gente se quedó a vivir cerca, pero ya no estaban pegados a la montaña porque además se dieron cuenta que la tierra alrededor del volcán era muy buena y les permitía sembrar muchas cosas; de esta forma el volcán ayudó a la gente a tener más alimentos para comer y alimentar mejor a los niños".

De esta forma terminamos la sesión, evitando hacer más comentarios al respecto.

Cuando los padres de David vienen por él, me comentan que hace siete días tuvo fiebre y la garganta inflamada, pero lo que les llamó la atención es que no le quiso dar una crisis de asma como siempre ocurría antes; por mi parte, les marco como un hito importante o un cambio significativo en David, de manera tal, que de ahora en adelante ya no podemos "esperar" que tras una infección o fiebre venga una crisis de asma.

2.-) CONTENIDO LATENTE .-

De alguna forma observamos un retroceso en algunos logros anteriores en cuanto al uso de procesos simbólicos, pero, también, en la sesión sobresalen otros avances.

Consideramos un retroceso la actitud de Josué, quien vuelve a asumir una actitud "autómata" frente a las experiencias que le resultan estresantes, aunque con menor rigidez respecto de las primeras sesiones. Es evidente que sus síntomas sufren una exacerbación frente a la separación de la madre, y asumen la particular forma del síntoma psicossomático; es decir, un sufrimiento que parece estar al margen de lo psíquico, pues el sujeto no habla de él; es más, realiza acciones que tienden a acentuarlos, por ej. en el caso de Josué parece que él no se percatara de su nariz tapada y fluyente, así como de su agitación por el excesivo esfuerzo físico. A este respecto, Chevnic señala algo que ya fue observado por Freud en "Neurosis y Psicosis", y que es una característica particular del paciente psicossomático, y es el retiro de la significación de ciertos hechos y percepciones corporales, en este sentido señala: "La capacidad de trabajo, en estos pacientes, se encuentra notablemente aumentada, a costa de no registrar (de no significar) las señales de cansancio y aun de signos o síntomas de enfermedades. ...Este fenómeno es equiparable al de los chicos que aun estando agotados y 'muertos de cansancio' se resisten a 'ir a la cama'. La condición para esto último implica una catexis del self (narcisismo) y un retiro de la catexis del mundo exterior...En este tipo de pacientes la adhesión a la realidad exterior les impide cumplir dicho proceso. Podemos hablar de una verdadera 'factualneurosis' ", (pág. 1087, 1983).

Por otra parte, consideramos como positivo en el tratamiento, la actitud que asume Jéssica; quien frente a la enfermedad y cirugía de su madre, no hace una crisis de asma o adopta alguna otra conducta impulsiva. Nos transmite su experiencia a través de un dibujo, en el cual se representa como una casa más o menos firme rodeada de un exterior percibido como muy peligroso y atemorizante. Se trata, pues, del uso de un recurso más elaborado, aun cuando la forma en que lo rellena de detalles da cuenta de un rasgo maniaco, (ver Apéndice 4).

Por último, el juego del "volcán malo" de David, pensamos que ratifica el establecimiento de la transferencia del grupo con la terapeuta; en virtud de que, en primer término, reaparece en él el significante "volcán", el cual en otra oportunidad fue utilizado por Jéssica, de tal forma que podemos considerarlo como un significante elaborado por el grupo para significar su relación con el Otro. En segundo término, en dicho juego David repite de manera plástica, la forma en que estos niños perciben sus relaciones con el Otro; es decir, como un "incendio" (recordemos sus dibujos en anteriores sesiones), como algo terrorífico, pero

también como una relación gozante en la que prevalece la identificación proyectiva, a este respecto conviene recordar una frase que viene a significar este tipo de relación, la cual es citada por Lacan para, de alguna forma (si se puede), dar cuenta de una experiencia gozante más allá del principio del placer y que también es constitutiva del sujeto del inconsciente: "el goze va desde la cosquilla a la parrilla", hablaba así en la época en la que bastante gente se encendía en el sentido propio del término, (la frase es citada por Colette Soler en, "El Cuerpo en la Enseñanza de Jaques Lacan", 1994).

A través del pequeño cuento que improvisamos, pretendemos realizar un señalamiento utilizando un nivel metafórico que se vale de un significante elaborado por el grupo, "el volcán"; para plantear la posibilidad de una separación de la madre, la posibilidad de introducir una diferencia en su relación con el otro, sin que la consecuencia necesaria sea la muerte y la destrucción total.

DECIMO SEGUNDA SESION DE GRUPO DE NIÑOS CON ASMA

- ASISTENTES .- Jéssica, David y Josué.

1.-) CONTENIDO MANIFIESTO .-

- La hora de jugar .-

Antes de comenzar a describir la décimo segunda sesión ,debemos señalar que la misma tuvo que ser suspendida la semana pasada veinticuatro horas antes, debido a que me encontraba muy enferma con fiebre y en cama; así que tuve que hablar por teléfono al trabajo de la hermana de Silvia y a la mamá de David, para decirles que la sesión se suspendía y que comunicarán los motivos a los niños.

La décimo segunda sesión empieza puntual con los tres niños presentes. En los primeros momentos observo en David mucha inquietud ya que cuando entra me arrebató el llavero con la llave del cuarto de juguetes e impulsivamente trata de abrir la cerradura, sin importarle para nada tener la llave correcta; mientras tanto los otros niños observan desde atrás. Frente a la aparente impaciencia de David, le pido el llavero y abro la puerta mientras él se lanza dentro diciendo que quiere el cajón de juguetes rápido, me avienta las pelotas y saca el cajón empujándome a un lado.

Sacan entre los tres las tasas y platillos y se ponen a jugar a que sirven refresco. Entonces aprovecho para decirles que la semana pasada se suspendió la sesión porque estuve enferma; a esto David dice "pues yo no te extrañe para nada" y continúa jugando con el refresco. Jéssica me dice que ella también estuvo enferma de la garganta. Por su parte Josué continúa jugando con David.

A continuación, David pide a los otros dos niños jugar a armar rompecabezas; así, luego de elegir uno se ponen a armarlo entre los tres, pero David se aburre y comienza a colocar las fichas dentro de un camión que luego vacía en bolsas de plástico. Jéssica se une al juego y abre las bolsas para que David eche las fichas dentro. Luego se une al mismo juego Josué

y terminan metiendo montones de fichas y otros juguetes dentro del camión para vaciarlo luego dentro de bolsas. Así, queda frustrado su intento de armar un rompecabezas juntos.

Luego, es también David el que propone jugar fútbol y arroja dos pelotas al centro del cuarto de juego. Sin embargo, Jéssica les arrebató una pelota diciéndoles que no jueguen así porque van a tirar la mesa con el refresco que acaba de volver a poner; entonces los dos niños empujan la mesa puesta por la niña a pesar de sus protestas. Me acerco y les digo que primero deben hablar con Jéssica antes de levantar su juego y ver si ella se los permite, a esto David me contesta, enojado, que yo dije que él podía jugar a lo que quisiera (se refiere a la primera sesión) y que ahora no lo dejó jugar fútbol. A continuación juegan voleyball entre los tres.

- La hora de platicar .-

Alrededor de veinte minutos antes de finalizar la sesión, los niños dejan de patear la pelota y se ponen a modelar con plastilina, sentándose en rueda los tres juntos. Mientras realizan esta actividad, y a modo de instalar la hora de platicar, les pregunto qué modela cada uno; mostrándonos Jéssica que hace unos panes; Josué nos dice que hará palitos también de pan para comer; en tanto que David, modela una especie de madero grueso y me dice que "su palo es mas grueso que los de Josué", se me acerca y me frota con él los anteojos de forma un tanto agresiva, le señalo entonces que al parecer hoy vino muy enojado, tal vez porque tuvimos que suspender nuestra sesión de la semana pasada, a lo cual no responde, pero dice que parece que le está por dar su "neurodermatitis", se talla el pliegue del cuello y se acerca a mostrármelo, por mi parte lo toco en el lugar indicado y le comento que al parecer extrañó la sesión anterior aunque a mí precisamente no.

2.-) CONTENIDO LATENTE .-

Si consideramos poner un nombre a esta décimo segunda sesión que exprese su contenido, creo que podría ser, "el día de los reclamos". Estos reclamos evidentemente aparecen estimulados por la suspensión de la sesión anterior, liderizados por David que es el portavoz del malestar del grupo. Es David quien expresa los reclamos en los dos niveles que ya caracterizan a este grupo de niños, a través del lenguaje (lúdico y verbal) y a través del síntoma psicossomático. En el primer nivel el reclamo aparece encubierto en forma de negación, por ej. "yo no te extraña" (David), y en forma de identificación, por ej. "yo también estuve enferma" (Jéssica); este nivel da cuenta del uso de procesos secundarios alcanzados por los sujetos a través de la terapia. En el segundo nivel el reclamo es más primitivo, "creo que me está por dar mi neurodermatitis", acompañado de un pedido "verificalo, tócame (y se expone el órgano)", es decir acompañado de un pedido de simbiosis; de esta forma David repite un modelo de relación con el Otro (con la madre), el cual se basa en el cuidado de una enfermedad física.

Los reclamos realizados por los niños a la terapeuta, también, son el resultado de que el grupo operaba instalado en un supuesto básico de dependencia. Razón por la cual, la suspensión de una sesión angustia a los niños; remite a cada uno a su propia experiencia

angustiosa, en el caso de David al peligro del abandono, en el caso de Jéssica al rechazo agresivo y en el caso de Josué al peligro de su muerte y la del objeto.

Sin embargo, la sesión da cuenta, también, de la instalación de un supuesto básico de oposición; el cual aparece en conductas tales como la verbalización de David quien señala a la terapeuta que "contrariamente" a lo que ella cree "nadie la extrañó"; a través de la manifestación del síntoma psicósomático en la misma sesión (la neurodermatitis de David), como una especie de reacción terapéutica negativa por medio de la cual el grupo expresa su oposición a la cura y su obstinación en el goze (en el sufrimiento).

DECIMO TERCERA SESION DE GRUPO DE NIÑOS CON ASMA

- ASISTENTES .- Jéssica, David y Josué.

1.-) CONTENIDO MANIFIESTO .-

- La hora de jugar .-

A esta décimo tercera sesión llega primero David, quien no bien traspasa el umbral de la puerta apaga la luz de la sala de juego, dejándolo en penumbras; le pedimos que la encienda, pero nos pide acercarnos en medio de la oscuridad, para ver si lo podemos encontrar; sólo cuando nos tocamos enciende la luz. Todo esto ocurre en medio de un clima de alegría y tranquilidad; de tal forma, que, cuando nos tocamos David se ríe y nos dice que sabía donde estábamos.

Cuando llegan Jéssica y David sacan el material de juego del cuarto. Jéssica propone armar rompecabezas, pero Josué señala "yo quiero jugar fútbol con David". Sin embargo; se impone su hermana, pero con la condición de los niños de jugar voleyball después.

David saca una cobija y la tiende en el suelo cuidando de que no quede ni una sola arruga y me pide que la doblemos y extendamos nuevamente. Señalamos esta unidad de juego debido a que es la tercera sesión que hace lo mismo.

Cuando construyen los rompecabezas tratan de hacerlo en grupo, pero cuando no pueden David tira todas las fichas por el aire ante el enojo de los otros niños. Por esta razón, cada uno se pone a jugar por separado. Nos llama la atención el hecho de que David arma una y otra vez el suyo, y una y otra vez lo hace con éxito.

Poco después, Josué manifiesta que él irá al "pasaje secreto" y David lo sigue. Cada uno va agarrado de una pelota a modo de un arma, para defenderse de algo inesperado que pudieran encontrarse. El "pasaje secreto" es el cuarto de juguetes en penumbras. Entran y salen corriendo porque está oscuro, entonces me piden que los acompañe; cuando lo hago les enciendo la luz, pero al disponermé a salir David la apaga y me cierran la puerta, jalando la perilla con fuerza para evitar que la abra. Por mi parte, no hago nada por abrir y permanezco callada; entonces los dos se asustan y me abren inmediatamente creyendo que la puerta quedó asegurada. Por su parte, Jéssica observa todo esto desde fuera riéndose. Al

salir les aclaro que se asustaron "porque no me escucharon" y "creyeron que me habían hecho daño, pero que no me había pasado nada".

Al final los tres juegan a la pelota más tranquilos y respetando algunas reglas de juego como una secuencia de pases.

- La hora de platicar .-

Cuando faltan alrededor de veinte minutos para finalizar la reunión, les pido que nos reunamos en la meda a platicar.

Inmediatamente, Jéssica señala que ella mejor hará un dibujo de un sueño que tuvo la noche anterior, en el cual una mujer muy mala, que era un bruja disfrazada, trataba de llevársela a trabajar para ella. Entonces aprovechamos para preguntarle a David, qué piensa de este sueño, a lo que responde manifestando que esas cosas eran ciertas porque él vio una película en la que "las brujas se disfrazaban de mujeres bonitas, que hasta podían ser como tu mamá, pero que se robaban a los niños para hacerles brujerías". Jéssica señala, a continuación, que ella escuchó una conversación entre su mamá y su tía, en la cual decían que su casa podía estar embujada porque Silvia vio a "alguien parado en la cocina" (al parecer se referían a un fantasma). Frente a estos relatos, Josué permanece callado pero muy interesado.

Mientras Jéssica dibuja, David nos cuenta que su maestra ya le manda tareas de letra cursiva a su casa y que le cuesta mucho hacerla porque en la misma casa vive "un cara de chango" que es su primo Cristian, él cual es de lo peor "sólo fastidia y llora", por eso le dice "cara de chango"; además, no puede pegarle porque su abuelo se enoja ya que es más pequeño que él. Josué comenta que a él no le dan trabajo para la casa y puede jugar a la pelota con su vecinito Pablo, que es "bien vaciado", es más pequeño que él y "no tiene nada de músculo" y nos muestra sus "bombas" (enseñándonos el bíceps de su brazo).

Al final de la sesión guardamos los juguetes y nuevamente, como en una especie de ritual, David me pide doblar la cobija con él, pero cuando la sostenemos cada uno de un extremo juega a que no la suelta, para luego correr y abrazarse a mi cuerpo.

2.-) CONTENIDO LATENTE .-

Consideramos que un título apropiado para la sesión sería "de la oscuridad a la luz", puente del cual dan cuenta los niños a través de diferentes unidades de juego.

Antes de comenzar el análisis debemos señalar, que los padres de David referían en las primeras entrevistas que uno de los síntomas más acentuados del niño era su temor a la oscuridad, a permanecer sólo y entrar sólo a alguna estancia de la casa, por estas razones la familia dormía con la luz encendida.

En la sesión, a través de la primera unidad de juego, David nos comunica el dominio gradual de su fobia a la oscuridad jugando con ella; juego que es posibilitado por la

sustitución, también gradual, que hace de la percepción sensorial de los objetos por significantes como representantes de la cosa. En la fobia a la oscuridad, lo que atemoriza no es la ausencia de luz, sino la ausencia de la percepción del objeto que remite al sujeto a la muerte del mismo y a la posibilidad de la suya propia, esta creencia sólo puede ser superada por la sustitución gradual que hace el niño de los objetos por sus representantes simbólicos en el lenguaje, los cuales dan cuenta de representaciones mentales; para explicitar esto Freud cita el caso de un niño que le pide a su madre, en la oscuridad, que le hable porque cuando le habla "es como si hubiese luz". De la misma forma, en otra unidad de juego, cuando los niños encierran a la terapeuta en el cuarto de los juguetes, lo que los atemoriza no es la ausencia física sino la ausencia de palabras, aspecto que es objeto de un señalamiento. De esta manera, el grupo muestra la construcción gradual y uso de recursos simbólicos.

En la misma sesión, sobresale el hecho de que por vez primera se trae al grupo un sueño, y es Jéssica, la niña de los actings, quien lo hace. A este respecto debemos señalar que, en la literatura está ya bastante mencionada la peculiar queja de los pacientes psicósomáticos de no tener sueños; así, Chevnic señala que el paciente psicósomático se caracteriza por una pobreza de la vida onírica, tanto en número como en calidad, ya que los sueños tienen un carácter concreto, que toman al pie de la letra una situación vivida, sin que se puedan ver en pleno funcionamiento los mecanismos de condensación y desplazamiento que le confieren un valor funcional; aspecto que se debería a la desconexión que existe entre la actividad fantasmática y los procesos psíquicos, ("Aspectos Narcisistas en el paciente psicósomático", 1983).

En el sueño de Jéssica aparece, de manera evidente, la conflictiva ambivalente con la madre, quien inconscientemente, también, es percibida como una bruja, significación que es compartida por el grupo (David : "se puede parecer a tu mamá") y su casa como "embrujada". Es pues clara la acción del mecanismo del desplazamiento (la catexia se desplaza de la representación madre a otra representación más alejada y relativamente menos conflictiva para el sujeto, "bruja") y la condensación (es claro que "bruja" contiene una significación doble pues representa a la madre buena y a la madre persecutoria).

DECIMO CUARTA SESION DE GRUPO DE NIÑOS CON ASMA

- ASISTENTES - David, Jéssica y Josué.

1.-) CONTENIDO MANIFIESTO .-

- La hora de jugar .-

A la décimo cuarta sesión de grupo llegan primero Jéssica y Josué en compañía de su hermana mayor, quien nos comenta que su mamá ya está casi totalmente recuperada y que ya volverá a su trabajo. Cuando nos quedamos sólo los niños, también, señalan que su mamá ya está mejor.

Luego, llega David y lo primero que hace es apagar las luces, dejándonos totalmente a oscuras; saluda desde la puerta y permanece allí parado al lado del interruptor. Mientras

tanto, Josué asustado se pega más a su hermana, quien se ríe disfrutando de este juego de permanecer en la penumbra. Cuando le pido que encienda las luces lo hace, pero, también, me pide que vayamos al "escondite secreto" (el cuarto de juguetes en penumbras), y los otros dos niños se unen a su pedido. Cuando lo hacemos, David me solicita que vaya yo por delante; cuando entro los tres escapan gritando y riendo a la sala de juego, dejándome sola. Al salir, los niños están juntos riéndose en complicidad.

A continuación, sacan el cajón de juguetes y deciden jugar a la comidita. Mientras Jéssica prepara la comida, David y Josué sacan el rompecabezas más grande que es el del "rey león" y me piden que los ayude a armarlo; cuando me acerco, Jéssica deja su juego y se une al grupo empujando a David, como temiendo quedar fuera de la actividad que incluye a la terapeuta. Por su parte el niño se queja inmediatamente conmigo.

Durante el juego compartido, aparentemente la figura que se interesan más por armar es la del padre de simba.

- La hora de platicar -

Resulta interesante observar que ya nos resulta difícil hacer una clara diferenciación entre un tiempo del juego psicomotriz en el que prevalece la acción y otro en el que interviene preponderantemente la palabra; ya que sus juegos incluyen con mayor frecuencia ambos aspectos, es decir, que hay acción pero acompañada de palabras. Así, por ejemplo, en esta ocasión durante toda la sesión no dejan de hablar entre ellos y con la terapeuta ya que desarrollan un juego grupal.

Mientras arman el rompecabezas, en forma bastante tranquila (no se pelean por las fichas como en otras ocasiones), David interviene diciendo que en el rompecabezas hay "una nube mala" (señalando una que se encuentra en la parte inferior) y una "luna buena" (arriba); por mi parte, intervengo diciendo que ambos aspectos, "lo bueno" y "lo malo" siempre están presentes en una historia. En ese momento Jéssica señala que a ella le pareció una película muy triste (refiriéndose a la película de "el rey león"), porque el hijito creía que él mató a su papá. Aprovechamos, entonces, la coyuntura para señalarle que así como el cachorro no tuvo ninguna culpa en lo que le pasó a su papá, tampoco ella ni Josué tenían ninguna culpa en la enfermedad de su mamá, ya que en las relaciones con los padres también hay cosas buenas y malas que nos hacen enojar, pero estos enojos no provocan cirugías ni enfermedades.

Al terminar la sesión, después de guardar el material, David corre hacia la puerta y nos vuelve a dejar en la oscuridad sin luz. Les pido, entonces, que nos quedemos así hasta que vengan por ellos. Los niños permanecen tranquilos tratando de ubicar su posición en la sala de juego por medio de palabras (ej. Josué : "Jéssica, ¿dónde estás?"; Jéssica : "aquí, al lado del pizarrón".).

Al salir de la sesión, "casualmente", los papás de David nos comentan que en la casa todavía es muy miedoso a la oscuridad, por nuestra parte comentamos que en las sesiones

juega con ella; por lo tanto, recomendamos que en la casa los papás propicien juegos con el niño en los que desaparezcan cosas, escondidillas, etc.

2.-) CONTENIDO LATENTE -

En una primera unidad de juego, el grupo utiliza nuevamente, lo que podríamos llamar un "significante grupal" que es "el escondite secreto" o "el pasaje secreto", el cual es producto del proceso terapéutico y, por lo tanto, pasa a ser parte de la cultura del grupo. Este significante que aparece desde las primeras sesiones, se relaciona con la significación de una incursión al interior de ellos mismos, partiendo de lo orgánico hasta, en la décimo cuarta sesión, relacionarse con un "interior subjetivo", más controlado, más placentero que gozante.

En la misma sesión, la oscuridad es un elemento de juego, ya no sólo para David, sino para el grupo. Se trata de jugar a controlar la angustia que produce la desaparición de los objetos del exterior, por medio de su sustitución por palabras que tranquilizan el interior de los sujetos. Aspecto que no es sino el producto de procesos simbólicos.

Por otra parte, las asociaciones que surgen en los niños relativas a: "lo bueno", "lo malo", "la culpa por la muerte de los padres", "la culpa por dañar a los objetos"; da cuenta de las características de la realidad psíquica de los sujetos, cuyas relaciones de objeto se encuentran, todavía, determinadas por mecanismos de escisión y afectos ambivalentes, que los conducen a sentimientos de culpa y a una escasa disociación entre los aspectos orgánicos y psíquicos.

DECIMO QUINTA SESION DE GRUPO DE NIÑOS CON ASMA

- **ASISTENTES** .- David, Jéssica y Josué.

1.-) CONTENIDO MANIFIESTO .-

- **La hora de jugar** .-

La hora de jugar empieza sólo con David, al llegar trae consigo una espada y una revista para colorear que no quiere mostrarme. Corre, luego, al cuarto de los juguetes y me pide que le quite la llave; cuando queda abierto saca apresuradamente rompecabezas, la caja de juego y las pelotas, en una pila inmensa para su pequeña estatura. Al parecer, su prisa se debe a que trata de aprovechar el tiempo que no están los otros niños para sí mismo. Una vez que ha colocado las cosas en una especie de círculo, me pregunta por Jéssica y Josué, a lo cual le digo que yo creo que no tardarán en venir pues su mamá me habló por teléfono para confirmar la sesión; entonces David comenta con disgusto "¡ah!, ¡que no vengan!", le pregunto, luego, la razón de su comentario y me pregunta si se donde viven, le digo el lugar y me contesta con la siguiente afirmación, "¡tú los llevas a su casa!", mostrándose celoso. Le digo que "sólo una vez los llevé a su casa".

Cuando llegan Jéssica y Josué se unen a nosotros. Josué pretende que David le muestre su revista, pero éste no se lo permite y se acuesta sobre ella, entonces toma la espada y de la misma forma el otro niño se la arrebató; a continuación busca en la caja de juguetes y encuentra un cuchillo de plástico, para luego jugar entre los dos a los espadachines. Por su parte, Jéssica juega a armar un rompecabezas mientras habla en voz alta y tararea una canción. Por último, la pelea entre David y Josué termina dirigiéndose hacia mí y ambos juegan a que me hieren varias veces, cada uno me punza con su espada pretendiendo ser él que acaba conmigo, estableciéndose entre ambos un juego competitivo de "quién es el que tiene la espada más poderosa capaz de acabarme". El juego termina conmigo acostada sobre una cobija finjiéndome muerta.

A continuación los tres niños sacan hojas blancas de papel, pritt, plastilina, tijeras y papel de colores y se ponen a recortar y pegar diferentes figuras; mientras cada uno comenta los trabajos que suele hacer en la escuela con materiales similares. Por nuestra parte, nos sentamos con ellos, los acompañamos en la misma tarea, y aprovechamos para instalar "la hora de platicar".

- La hora de platicar -

Jéssica realiza una especie de collage, en el cual representa un jardín; mientras comenta que se trata del jardín de una niña muy bonita, que tiene una casa también muy bonita, pero su madrastra la quiere mandar matar, sin embargo, la niña se esconderá bajo unos árboles (dibuja unos con hojas de papel lustre y frutos de plastilina) y allí su madrastra nunca podrá encontrarla. Josué dibuja con plumones de colores una especie de plantas y va colocándoles pedazos de plastilina a modo de flores y frutos, y nos comenta que se trata de un campo de luchas en el cual se enfrentarán dos robots, uno bueno y otro asesino (ver Apéndice 4); luego sobre su hoja hace luchar a dos robots de plastilina que acaban destruyendo todo y haciéndose pedazos. Por su parte, David recorta dos pedazos de papel lustre de color rojo y los pega con pritt sobre una hoja en blanco, uno "frente" a otro, separados por un espacio vacío; mientras dice que se trata de "dos techos rojos", un "techo bueno" y un "techo malo" (ver Apéndice 4).

Al finalizar coloco sus dibujos en una especie de exposición y doy "un veredicto" como si fuera una especie de "crítico de arte"; de esta forma, señalo que los tres dibujos son una verdadera obra de arte que expresa la forma de ser de cada uno, pero que también los tres se parecen en que nos cuentan una historia de la lucha entre el bien y el mal; en el caso de Jéssica la lucha entre una niña buena y una madrastra malvada, en el caso de Josué la lucha entre un robot bueno y otro malo, y en el caso de David la oposición entre un techo bueno y otro malo o las partes buenas y malas de las personas.

2.-) CONTENIDO LATENTE -

En una primera unidad de juego, David pone la manifiesto los sentimientos de celos y envidia que también existen en las relaciones entre los integrantes del grupo respecto de una especie de apropiación del amor de la terapeuta. Así mismo, los reclamos de David señalan el surgimiento de un supuesto básico de apareamiento, ya que se fantasea acerca de una

posible alianza o unión entre alguno de los integrantes y la terapeuta; supuesto básico que aparece en el reclamo "¡tú los llevas a su casa!", que es más una acusación que una pregunta, la cual en un nivel latente significa "¡tú tienes una relación más íntima con Jéssica o con Josué!" o "¡tú los prefieres a mí!".

Las siguientes unidades de juego del grupo tienen como tema principal la "lucha", la cual es expresión de la lucha interna que libran los niños en su realidad psíquica a través de diferentes fantasías de oposición, las cuales vehiculizan los fantasmas de la novela familiar. Así mismo, estas fantasías son el producto de percepciones de objeto todavía disociadas, y, por lo tanto, expresan, también, mecanismos defensivos primitivos como la disociación y la identificación proyectiva. Sin embargo, lo interesante de todo esto es que esta lucha se expresa en la sesión en dos niveles: en uno primario, como es la lucha corporal o la lucha expresada en acciones motoras (ej. la lucha cuerpo a cuerpo hasta el despedazamiento de los robots de Josué) que es más una evacuación de la conflictiva; y uno más elaborado, como es la expresión de la lucha interna a través de dibujos o composiciones plásticas, acompañadas además de la composición verbal de una historia.

En esta décimo quinta sesión es posible identificar, también, un significante en las asociaciones de David; quien "repite" un fonema que apareció durante la Hora de juego diagnóstica, vinculado casi de la misma forma a un dibujo de los "techos buenos" y los "techos malos". Consideramos que el fonema "techo" es un significante que sustituye por desplazamiento (que se vale de la homofonía) al significante "pecho". De esta manera, se vale sustituir en el discurso de David el "techo bueno" por el "pecho bueno" y el "techo malo" por el "pecho malo". Encontramos pues una especie de lapsus que en el nivel latente remite a una percepción disociada del objeto, de la madre o del Otro; disociación que constituye una de las causas por las cuales el sujeto no puede establecer una clara diferencia entre él mismo y ese otro como una unidad.

DECIMO SEXTA SESION DE GRUPO DE NIÑOS CON ASMA

- ASISTENTES - Jéssica, David y Josué.

1.-) CONTENIDO MANIFIESTO .-

- La hora de jugar .-

Al inicio de la sesión se encuentran los tres niños presentes, entre todos sacamos los materiales de juego; sin embargo, al parecer existía un acuerdo previo entre David y Josué para jugar fútbol, así que toman una pelota y hacen un espacio en la sala para poder jugar. Por su parte, Jéssica se concentra en la caja de donde toma el juego de la familia. Me llama la atención que la niña no manifieste intención de jugar con los varones, ni de éstos de invitarla a participar en su partido.

Mientras los pelotazos van de aquí para allá, Jéssica dramatiza una comida familiar, en la que participan la mamá, el papá, una niña, un niño y un bebé. Pone especial énfasis en describir los manjares que se encuentran sobre la mesa, hechos de plastilina por ella misma.

El centro de atención está puesto en la atención del bebé, el que es solícitamente cuidado por la niña, quien realiza la tarea por encargo de la madre que se dedica a cocinar y servir la mesa, el niño varón tiene el papel de travieso y el padre permanece inmóvil sentado y mudo. El comportamiento de la madre es solícito y tierno, así como el de la niña con el bebé, aun cuando éste termina haciéndose popo y es acusado de "bebé malo". El juego transcurre pleno en verbalizaciones y tranquilamente a pesar de que los tiros de pelota en muchos momentos están a punto de acabar con toda la escenificación.

Llama la atención el hecho de que, Josué y David dejan el juego de pelota cuando al parecer escuchan que el bebé se hizo de la popo.

- La hora de platicar .-

Aprovechamos el momento para integramos a la reunión en torno a "un bebé". Mientras Jéssica lo limpia con ternura y adoptando una actitud casi seductora con los otros niños, los comentarios de éstos son :

- Josué : "¡Wakatelas!, tu bebé apesta".
- David : "Los bebés apestan", me mira y añade, "mi primo Cristian a veces huele feo, se le sale la popo".
- Terapeuta : ¿Y de dónde sale la popo?.
- David : "Pues de su pañal".
- Terapeuta : "Yo te pregunto ¿de dónde crees tú que viene la popo?"
- David : "Pues de tu panza, de lo que comes."
- Josué : "¿Cómo los bebés?"
- Jéssica : "¡No seas tonto Josué!, los bebés vienen de otra parte."
- Terapeuta : "¿Y de dónde vienen ?"
- Jéssica : "La mamá tiene una bolsita especial en la barriga donde se forma el bebé y para que nazca tiene que ir al hospital para que se lo saque el doctor". Mientras habla continúa atendiendo al bebé del juego.
- Terapeuta : "¿Y el papá, qué pasa con el papá? "
- Jéssica : (no se conecta con el sentido de la pregunta y dice, refiriéndose al juego), "¡Ah!, él se va a trabajar".
- Terapeuta : "Yo me refiero a qué papel juega el papá en el nacimiento de un niño".
- Jéssica : "Se casa con la mamá y encargan un bebé."
- Terapeuta : " O sea que todos los bebés son encargados por un papá y una mamá, y ya entiendo porque tú los pones juntos , porque la hora de la comida es también el momento en que se reúne la familia."

A continuación los niños inician un juego de competencia, el cual consiste en ver quién hace el palo más grande modelándolo con plastilina sobre el piso.

Por nuestra parte, consideramos que este momento más tranquilo en el grupo es el adecuado para plantearles que sólo nos quedan cuatro sesiones más para terminar su tratamiento. La reacción de los niños no se hace esperar, así por ej. David dice : "¿y después ya no vendremos más?"; Jéssica : "no Ruth, yo no quiero que se acabe". Frente a estas

reacciones les comentamos que deben pensar que todo tiene un principio y un final, y que durante este periodo ellos hicieron un gran trabajo.

2.-) CONTENIDO LATENTE .-

En esta décimo sexta sesión observamos que los niños plantean, a través de sus juegos, una mayor discriminación entre lo masculino y lo femenino. Consideramos, además, que esta tendencia comenzó a aparecer a partir de la décima sesión grupal, ya que en la anterior los niños tuvieron la oportunidad de plantear el deseo de tener un falo, como la posibilidad de separarse de la mujer (fállica) y operar en la diferencia. Durante la sesión, Jéssica aparece más separada de los varones a pesar de que el intercambio sigue siendo activo. Contrariamente a lo que sucedía al principio, la niña asume un rol más pasivo y es reemplazada en el rol activo por David seguido de Josué; aspecto de consecuencias muy positivas para los dos últimos porque facilita su identificación como sujetos masculinos. Por otra parte, permite una revalorización de lo masculino en los tres casos, puesto que los tres niños "padecen" de lo que podríamos llamar "un padre ausente", bajo distintas modalidades. En el caso de David se trata de un padre sin autoridad sobre la madre; en tanto que, en el caso de Josué y Jéssica es un padre ausente físicamente, devaluado por la madre ("sometido a su propia madre, desobligado") y temido (en algunos momentos casi persecutorio ya que Silvia amenaza a los niños con entregarlos a su padre si se portan mal).

Jéssica juega tranquila con muchos de los elementos que utilizaba anteriormente y que le producían una invasión de angustia que terminaba en evacuaciones; sin embargo, la elaboración de los mismos ahora es diferente, la comida familiar no es ya "la comilona" sino la posibilidad de dinamizar sus objetos internos, de tranquilizarse. En ella la verbalización y el juego surgen espontáneamente. Se separa del hermano en forma tranquila, sin que necesite controlarlo a través de una posición super yoica (diciéndole lo que debe o no debe hacer o colocándose en el rol de maestra); posición controladora que es brutal con el hermano y con ella misma, y que no es sino el producto de su rechazo del "rol de madre" que le fue impuesto.

En la misma sesión, el grupo de niños se plantea, con relación a "la popo del bebé", la cuestión fundamental de la diferencia entre un interior y un exterior, o lo que está adentro y lo que sale fuera del sujeto; por lo tanto, el cuidado que pone Jéssica en la limpieza del bebé, así como la cercana observación de los niños (dejan el football para ir a ver), no tiene otro sentido que el de "la verificación" de lo que viene del interior. Y a partir de esta misma unidad de juego, el grupo plantea sus teorías acerca del nacimiento de los niños, que los remite a plantearse sus "preguntas" acerca de la diferencia de los sexos.

Toda la dinámica de la sesión que acabamos de relatar, evidentemente, incluye aquellos elementos que, a manera de peldaños, pueden ir posibilitando la individuación de estos sujetos, que implica la sustitución del objeto primario por otros sustitutos, entre ellos los símbolos.

DECIMO SEPTIMA SESION DE GRUPO DE NIÑOS CON ASMA

-ASISTENTES - Jéssica y Josué.

1.-) CONTENIDO MANIFIESTO .-

- La hora de jugar .-

A la sesión no asiste David debido a que su familia no puede traerlo, ya que deben asistir a una pastorela en la escuela de su hermana.

Jéssica y Josué llegan desde muy temprano, ya al llegar los encontramos esperándonos; Jéssica me dice que hace treinta minutos que esperan, cuando le pregunto por qué, me responde sonriendo picaramente que ella le dijo a su hermana que hoy debían estar antes pues quería que empezáramos muy temprano.

Josué, por su parte, no bien sacamos los materiales se adueña de todas las pelotas y se pone a jugar basketball, utilizando como cesto la pequeña ventarúta que comunica la sala de juego con el cuarto de juguetes. En un principio, también, juega Jéssica pero luego de un momento separan sus juegos.

Jéssica inicia la tarea de armar una casa, para ello se vale de la mesa, las sillas, cobijas, colchonetas y almohadones. Cuando la termina mete dentro todo lo necesario para equipar una recámara y una cocina.

La casita terminada despierta el interés de Josué, quien abandona el juego de la pelota y se acerca para ver si es admitido en el juego de su hermana. Por su parte, ésta le propone inmediatamente desempeñar el rol del tío de sus dos hijos, un niño y una bebé imaginarios. Ya en el desarrollo del juego mismo, me adjudica el papel de la vecina que la ayuda en diversas situaciones, como el préstamo de muchos víveres que faltan (se queja de falta de alimentos para los niños) y como confidente de la desobligación de su esposo ausente. Envía a Josué a trabajar haciendo cuadros (dibujos). Luego se entretienen en preparar la Navidad en su casita.

- La hora de platicar .-

Me siento cerca de los niños y de "la casita", en la que ambos preparan la Navidad. Se trata de un juego pleno en verbalizaciones. Recortan tiras de papel crepé verde que cuelgan de una silla a manera de árbol de Navidad. Ponen una mesa improvisada, con refrescos y vasos, y modelan galletas de plastilina. Mientras tanto, Jéssica me cuenta como pasaron la última Navidad : "...mi mamá trajo de su trabajo refrescos y vino, también trajo pollo...nos dio rico de comer...a mí me gusta la Navidad para arreglar nuestro árbol yo me traigo adornos de la escuela, los saco sin que se de cuenta mi maestra y se los llevo a mi mamá...ella no me dice nada".

Josué, por su parte, señala que a él lo que menos le gusta es que su mamá trae vino y se emborracha, y, además, añade : "llora mucho y no me gusta".

Jéssica dice : "...además a veces discuten con mi abuelita y entonces mi mamá se pone triste y toma más...y ya se pone diferente."

Nosotros agregamos que tampoco debemos olvidar que Silvia no sólo bebe, sino que también se preocupa porque tengan sus regalos y su cena de Nochebuena.

A esto añade Jéssica , que cuando los trae al hospital a las sesiones, les compra "unos taquitos muy ricos" a la salida.

2.-) CONTENIDO LATENTE .-

Es evidente como en las sesiones han disminuido notablemente las conductas de acción, las cuales han sido reemplazadas por juegos de características simbólicas, a través de los que los niños despliegan sus fantasías y conflictos internos en virtud de que los niveles de angustia son tolerables y no obturan el juego, y sí ponen en actividad mecanismos de defensa más elaborados.

Las unidades de juego que acabamos de describir constituyen un ejemplo de lo que acabamos de decir. Sus características elaboradas se ponen de manifiesto en varios aspectos, entre ellos señalaremos los siguientes : la trama es más o menos elaborada y lógica; los niños utilizan elementos simbólicos como por ej. "la casita", como un representante del "cuerpo" (constructo mental) que los niños enriquecen llenándola de elementos vitales (la cocina, la recámara, los niños); parte de la conflictiva aparece verbalizada y ya no actuada. Como ejemplos de esta elaboración a través de la verbalización, tenemos que Jéssica habla de sus conductas de robo de adornos de Navidad de la escuela para ofrecerlos a la madre temida (quien, por su parte, no otorga ningún sentido a la conducta dejándola inscrita en la categoría de acto), de la misma forma, verbaliza sus carencias dirigiéndose a la terapeuta como a la vecina confidente; Josué habla por vez primera acerca de lo doloroso que es para él ver alcoholizada a su madre. Por último, también, podemos señalar como parte de este avance, al empleo de mecanismos de defensa más elaborados para enfrentar aquello que produce emergencia de angustia, en este sentido, los niños empiezan a dejar de utilizar la disociación del objeto y en cambio persiguen su unificación como una forma de tranquilizarse, en este sentido, frente a lo doloroso y agresivo del alcoholismo de su madre se tranquilizan considerando sus aspectos positivos.

Este empleo del juego simbólico es, evidentemente, estar un paso por delante de la evacuación, del acto y del síntoma psicósomático como la expresión más pura del goze del organismo. Y la palabra de los niños no es sino el signo de la acrobacia que la mente de los niños está llevando a cabo, al pasar lo somático al nivel de lo psíquico, y así "la nariz tapada", "los bronquios contraídos" se convierten, también, en asiento de la pulsión.

Por último, diremos que el hecho de que los niños hayan asistido más temprano a la sesión, constituye un efecto de la cercana y temida separación del grupo, así como un intento de empezar la sesión solos sin la presencia de David.

DECIMO OCTAVA SESION DE GRUPO DE NIÑOS CON ASMA

- ASISTENTES .- David, Josué, observadora.

I.-) CONTENIDO MANIFIESTO .-

Antes de comenzar con la descripción de la sesión, debemos señalar que en la misma se introdujo un cambio repentino, debido, más bien, a exigencias institucionales que clínicas. Debido a que el sistema eléctrico de la cámara de observación, situada detrás del vidrio, había sufrido un daño, nos vimos en la necesidad de introducir al grupo la presencia de un observador equipado de una cámara de filmación. Consideramos que las conductas observadas en los niños durante la sesión, constituyen un efecto de lo imprevisto de la situación. Aspecto que nos lleva a ratificar aquello de la "sensibilidad de los grupos terapéuticos de niños", descrito por A. Martín (1986).

I.-) CONTENIDO MANIFIESTO .-

- La hora de jugar .-

La sesión da comienzo con la observadora ya instalada con su equipo de filmación en la sala de juego. El primero en llegar es David, quien a pesar de que le explicamos la situación, diciéndole que filmarán nuestra sesión y presentándole a la observadora, reacciona de forma huraña; le pedimos entonces que nos ayude a sacar nuestro material de trabajo del cuarto de los juguetes, cuando estamos dentro me pide que "no le muestre" a la otra persona sus trabajos que se encuentran allí guardados, lo cual aceptamos recalándole como parte del encuadre la confidencialidad de sus producciones.

Debido a que no llegan Josué ni Jéssica, decidimos ir en su busca ya que cuando la madre no los trae a sesión y los envía con otra persona se quedan en la sala de espera del pabellón de Consulta Externa que se encuentra a la entrada del Hospital y en la cual existe un televisor para distracción de la gente que espera ser atendida. En dicho lugar encontramos a Josué que viene en compañía de su tía y una prima, quienes me explican que Jéssica no acudió debido a que se encuentra enferma con una infección bastante fuerte en los ojos.

Cuando entramos en la sala de juego en compañía de Josué, encontramos a David llorando en los brazos de su mamá, quien trata de consolarlo. La observadora nos explica que cuando yo salí se puso a llorar y por más que ella intentó calmarlo no lo logró, entonces pidió a la mamá que entrara a la sala. Entonces nos acercamos e intentamos hablarle; sin embargo, él niño nos rechaza y no deja ir a la mamá, frente a esta situación obtamos por permitir que la mamá permanezca en el lugar y sea David quien se decida separarse y acercarse a jugar.

Por su parte, Josué no manifiesta ningún tipo de perturbación y si más bien un marcado interés por la cámara que maneja la observadora, quien a manera de ganar su confianza le explica y muestra como funciona; de esta forma, trata también de despertar el interés de David; sin embargo, éste mira ya calmado pero todavía desconfiado los movimientos que se hacen en la sala de juego, pero permanece asido a su madre; por su parte ésta última no deja, durante casi toda la hora de juego, de hablarle señalándole lo malo de su conducta y que debería parecerse al otro niño, mostrándose notablemente perturbada por el comportamiento de su hijo.

A continuación, Josué se pone a armar rompecabezas; luego termina elaborando un collage con crayones y plastilina pegada, representando una especie de jardín, para luego modelar dos robots que pelean hasta hacerse pedazos, mientras verbaliza la interacción entre ambos. David da muestras de querer participar en el juego, pero tampoco se atreve a dejar a su madre por temor a que ésta se vaya; opta entonces por correr y llevarse un rompecabezas que se pone a armar con ella.

- La hora de platicar -

Cuando convoco a los niños a reunimos en rueda para platicar, Josué lo hace muy entusiasmado ya que el estar siendo filmado parece despertar su interés, así como la promesa de la observadora de mostrarle el resultado final o como se vio él durante la filmación. En tanto que David todavía se muestra muy receloso; sin embargo, luego de un momento y al ver la tranquilidad de Josué se anima a dejar a su madre y acercarse pero sin perderla de vista. A modo de estimular a los niños a hablar le pido a Josué que nos cuente acerca de su juego, quien nos comenta de su trabajo, lo muestra espontáneamente a la cámara de la observadora y durante todo el relato se dirige a ella.

David habla muy poco y constantemente es auxiliado por la mamá que completa sus frases y responde preguntas dirigidas a él; sin embargo, termina modelando con plastilina diferentes figuras que nos enseña. Luego, más tranquilo, saca de su mochila dos yogurts y nos regala uno a la observadora y otro a mí, mientras la mamá nos comenta que trajo los yogurts para regalármelos.

Al final de la sesión cada niño tiene la oportunidad de observarse a través del replay de la cámara, hecho que provoca expresiones de júbilo. Por su parte, la mamá de David no se retira sin antes dar una serie de justificantes al comportamiento del niño, señalando, por ej., que él no suele conducirse de esa forma con extraños y que nunca antes lo había hecho en las sesiones anteriores.

2.-) CONTENIDO LATENTE -

Consideramos que la inclusión de la observadora equipada de una cámara de filmación, suscitó un repentino cambio del encuadre que contiene al grupo y le da seguridad; por esta razón la situación pasa a tener para los niños características estresantes.

Por un lado, David reacciona con angustia frente a la presencia del observador y a la ausencia momentánea de la terapeuta, y a modo de defensa recurre a la simbiosis con la madre. Por otro, Josué utiliza el evento para expresar su resistencia al tratamiento y su enojo con la terapeuta ignorándola durante casi toda la sesión y desviando su interés hacia la cámara y hacia la observadora.

Sin embargo, a pesar de estos aspectos que podríamos considerar negativos, el evento nos sirvió, también, para observar la relación particular que mantienen David y su madre y ratificar hipótesis que ya fueron señaladas por nosotros en sesiones anteriores, entre las que podemos mencionar las siguientes: la relación simbiótica y de tipo sobreprotectora que mantiene la diada madre-niño; las características ambivalentes de la relación; los sentimientos de rechazo por parte de la madre, que se exteriorizan a través de los reproches que le hace al niño, de su exagerada preocupación por la opinión "negativa" que podría merecer el comportamiento de su hijo por parte de la terapeuta y la observadora; así como, su imposibilidad de contener y transformar la angustia del niño en una mayor tranquilidad y confianza.

Por otra parte, es también posible observar en la sesión, como un aspecto progresivo, el hecho de que Josué es capaz de crear un collage que recrea una temática que se repite, la lucha entre robots, permitiéndonos ver la forma casi despersonalizada en que este niño se percibe, pero a diferencia de las sesiones iniciales se trata de un niño que habla, a través del juego simbólico y de la verbalización de un argumento, acerca de como se siente y como se percibe.

DECIMO NOVENA SESION DE GRUPO DE NIÑOS CON ASMA

- ASISTENTES .- Jéssica, David y Josué.

I.-) CONTENIDO MANIFIESTO .-

- La hora de jugar .-

Al inicio de la décimo novena sesión se encuentran presentes los tres niños. Casi desde la entrada Jéssica me pregunta si no filmarán la sesión, ya que Josué le contó lo que sucedió en la anterior; le respondo que no y que esa fue una única vez; con esta información buscamos restablecer el clima grupal que se perdió en la última sesión debido a la presencia de la observadora que fue resentida por el grupo y vivenciada como una pérdida, dando lugar a una reacción angustiosa y regresiva en David, y a una reacción resistencial por parte de Josué.

Luego de sacar el material, David toma los plumones y se dirige al pizarrón, donde comienza a dibujar una especie de edificio. Imitándolo Jéssica dice que van a jugar a la escuela y también se dirige al pizarrón. Josué al ver que no quedan plumones le pide a su hermana que le de algunos, pero ésta se niega; por esta razón les pedimos que los compartan entre los tres. Espontáneamente dividen el pizarrón en tres partes y cada uno inicia un dibujo en la parte que le corresponde. Aparentemente el papel de maestro o maestra es

desempeñado por David y Jéssica, mientras que Josué es un alumno bastante independiente, quien a pesar de las indicaciones de los otros niños, sigue sus propias ideas.

David dibuja una especie de edificio, cuando le pregunto qué es me da su respuesta acostumbrada "adivina". Le respondo, entonces, que no puedo porque él único que sabe esa respuesta es él.

Jéssica, por su parte, dibuja un paisaje compuesto por una playa, unas montañas y un sol que asoma enorme detrás de ellas. Acerca del mismo nos comenta que es la playa a la que va una familia a pasar sus vacaciones, los niños se divierten mucho, pero también se pelean y hacen enojar a su mamá, sobretodo porque el niño es un mentiroso y siempre está acusando a su hermana y hace que su mamá le pegue.

Josué, realiza el dibujo de un bosque y en el centro dibuja un árbol de Navidad con su estrella en la punta. Por su parte, Jéssica al ver el dibujo de su hermano y no su nombre escrito como se lo pidió, le dice que está muy feo, pero Josué responde que no es cierto y que el suyo está más feo todavía. Intervenimos en ese momento pidiéndole a Josué que nos explique su dibujo; entonces él comenta que se trata de un árbol de Navidad que tiene una estrella como la que hay en su casa.

- La hora de platicar -

Aprovechando el clima de plática que se instala en el grupo acerca de la Navidad, les pido me cuenten acerca de cómo pasaron su Navidad. Notamos en el grupo que la propuesta despierta un gran entusiasmo.

El primero en hablar es David, quien nos cuenta que cenaron con sus abuelos muy rico, jugaron football con sus primos y sus tíos en el patio, y casi ganan los niños. Comenta, además, con orgullo que él aprendió a patear "de chilena".

Jéssica dice que también en su casa cenaron muy rico, su abuelita cocinó con su tía y su mamá trajo comida del hospital que su abuelita no quiso comer ya que siempre le hace "el feo" a lo que su mamá trae de la cocina de su trabajo. Por este motivo su mamá se puso triste y terminó llorando.

Al relato de su hermana Josué añade que su tío (el esposo de la hermana de su mamá) les regaló dinero para que se compraran golosinas y todos estuvieron contentos menos su mamá que se puso a llorar cuando tomó cerveza. Cuando nos cuenta esto le preguntamos cómo se sintió al verla llorar, a lo que responde que le dio miedo porque siempre dice que se quiere morir y a veces lo agarra y lo aprieta muy fuerte. Le respondemos tratando de tranquilizarlo que tiene razón de sentirse asustado porque su mamá no le explica por qué lo abraza de esta forma, y que sería muy bueno para los dos que él le preguntara, cuando no está triste o cuando no ha tomado cerveza, por qué hace esto que a él lo asusta mucho. Añadimos, a modo de señalamiento, que "...cuando alguien nos abraza y aprieta con fuerza sentimos que nos falta el aire y que no podemos respirar...y esto es algo muy parecido a lo que él siente cuando le da su crisis de asma y siente que no puede respirar, que le da el infarto

(significante aportado por David en las primeras sesiones para representar la crisis asmática) y que se puede morir". No esperamos respuesta y pasamos inmediatamente a concluir la sesión.

Antes de terminar la sesión les recordamos que esta es nuestra penúltima sesión y que la próxima será la última, frente a lo cual Jéssica nos pregunta ¿por qué no podemos seguir viniendo? Respondemos que ese fue nuestro acuerdo al principio y que la última será una reunión especial.

2.-) CONTENIDO LATENTE .-

Consideramos que en estas últimas sesiones la división que realizamos entre una "hora de jugar" y una "hora de platicar" es casi arbitraria, ya que el grupo conjuga desde el inicio el juego con las verbalizaciones.

En esta décimo novena sesión desde el principio los niños eligen actividades que implican mayor elaboración implicadas de manera plástica en el juego de "la escuela".

Así mismo, la dinámica implica unificación y discriminación grupales, en cuanto los niños interactúan respetando sus límites pero reconociéndose como parte del grupo; este sentido tiene el dividir espontáneamente el pizarrón en tres partes, poder compartir los plumones (sin verse invadidos por sentimientos de pérdida y carencia) y al mismo tiempo poder hacerse críticas y responder a ellas defendiendo sus creaciones propias (es el caso de Josué que no acepta las órdenes ni las críticas de los otros integrantes). Estos aspectos son el producto de la construcción de un sentimiento pertenencia al grupo.

Por otro lado, a través de sus dibujos cada uno expresa simbólicamente una parte de su conflictiva. En este sentido, David por medio de su edificio, que no es sino la representación de él mismo como él se percibe, es decir, como alguien que es un interrogante. La repetición constante de su respuesta "adivina" a los interrogantes respecto de sus producciones (dibujos, figuras modeladas en plastilina y otros), le otorgan el status de "significante de sujeto" (Rodulfo, 1989), por medio del cual el niño expresa su acceso a una pregunta existencial "¿quién soy?", la cual sólo se inscribe en un universo simbólico y es particular de la demanda del psiconeurótico (en contraposición al discurso psicótico que afirma "yo soy....."). Por lo tanto, consideramos que la formulación de este significante da cuenta de una demanda en David, que lo coloca en situación de continuar un tratamiento.

Jéssica, por otra parte, a través de su discurso (el dibujo y su historia) expresa la conflictiva de los celos fraternales que la afecta, pero también nos comunica que se coloca en una posición paralela al hermano y no en la posición de madre superyoica.

Por último, Josué expresa a través de su discurso la naturaleza de la relación con su madre; relación que se caracteriza por sus aspectos tanáticos y que el niño vive de forma confusa y atemorizada (fuera de cualquier posibilidad de representación). El señalamiento que le hacemos pretende que el sujeto pueda asociar las características de su relación con la madre con las características del síntoma psicósomático, y de esta forma posibilitar que lo

innombrable (el alto go o el goze orgánico) pueda ser simbolizado. Sin embargo, consideramos que éste es un trabajo que le corresponde a Josué y no a nosotros, pero que no obstante le abre las puertas del análisis.

VIGESIMA SESION DE GRUPO DE NIÑOS CON ASMA

- ASISTENTES .- Jéssica, David, Josué.

1.-) CONTENIDO MANIFIESTO .-

Al inicio de esta vigésima y última sesión del grupo, se encuentran presentes los tres niños; quienes traen en aire muy intrigado, pues se les ha hablado muchas veces de esta última sesión. En primer término les comunicamos que no sacaremos los juguetes y sólo utilizaremos las colchonetas y los almohadones para sentarnos. Esperamos que alguno se empeñe en sacar los juguetes, pero nadie lo hace; en cambio sacan el resto del material con mucha rapidez para comenzar lo antes posible.

A continuación nos sentamos en una rueda los cuatro y les digo que este día sólo hablaremos de lo que pasó en las diecinueve sesiones anteriores, en las cuales cada uno trabajó de una forma especial y empeñosa, y que por ello se ha hecho merecedor de un pequeño regalo; le entrego, entonces, a cada uno una bolsa cerrada con su nombre y les pido que la abran. Luego, les explico que los elementos que contiene tienen que ver con el cambio que se ha producido en ellos. Empiezo mostrando un muñeco de peluche que les digo será un amigo y compañero (la idea de este juguete la tomamos del modelo terapéutico con niños que propone Michel White, cuyo planteamiento fue motivo de una conferencia realizada por el Dr. Maldonado en la Fac. de Psicología de la U.N.A.M.), una caja de crayones y una libreta de dibujo para que continúen realizando aquellos dibujos "contados" (nos referimos a la historia que imagina el niño respecto de sus dibujos) que hicieron en nuestras reuniones y que nos permitieron pasar momentos muy entretenidos, y por último les muestro una mascarilla de oxígeno y un nebulizador y les digo que se los llevan para jugar el juego de "los infartos" en el cual son verdaderos expertos, tanto como enfermos como en el papel de doctores (nos referimos a los roles desempeñados por los niños en el juego). Por su parte, David y Josué me piden llevarse las pelotas, a lo cual accedo y aprovecho para señalarles que, a pesar de todos los pelotazos que me dieron con ellas están intactas y a mí tampoco me pasó nada. Jéssica, por su parte, me pide llevarse los muñecos del juego de la familia, y cuando los trae para meterlos en su bolsa le digo que como puede ver están muy bien a pesar de todo lo que pasaron en los distintos juegos, ya que recordará que los desvistió, los despeinó, los lanzó al suelo, los hizo comer plastilina y otras cosas más.

David me pregunta, entonces, si los voy a dar "de alta". El empleo de este término viene porque están acostumbrados ser dados de alta después de un tratamiento en el hospital. Por mi parte le respondo que los voy a dar de alta del grupo porque lograron crecer y ahora sí son capaces de tener un tratamiento para cada uno sólo, en el cual podrán plantear todas las preguntas y todos los juegos que se les ocurra. No espero respuesta y paso inmediatamente a tratar el tema de sus trabajos en el grupo.

Luego, saco del cuarto de juguetes sus dibujos, sus trabajos en collage y en plastilina; divididos en dos grupos y les muestro los que corresponden al inicio, señalando quien lo hizo y más o menos en que circunstancias, para luego mostrarles los del segundo grupo.

Para terminar guardamos los materiales dentro del cuarto y me despido de cada uno con un beso cuando vienen por ellos.

2.-) CONTENIDO LATENTE .-

Consideramos que esta última sesión persiguió dos objetivos principales : mover la dinámica de la sesión en un nivel simbólico y devolver a los niños aquello que fueron depositando en el grupo de una forma metabolizada y metafórica.

Hacemos especial hincapié en señalar a los niños lo valioso de su trabajo y de los cambios en ellos efectuados a través de la jornada grupal. Recalcamos simbólicamente que de esta jornada nadie salió dañado, ni ellos, ni nosotros.

El regalo simbólico de la bolsa cerrada y su contenido, pretende representar el enriquecimiento interior logrado a través de la conquista de habilidades para sortear la angustia.

Consideramos, por último, que esta última sesión la protagonizamos nosotros y que el trabajo de los niños para interpretar lo que dijo la terapeuta , lo que hizo y lo que les dio; será a posteriori, fuera de la sesión e incluso en su tratamiento individual. En vista de que se encuentran ya en posición de hacerlo; es decir, de preguntarse *¿qué quiso decirle la terapeuta?*

3.2.4.-) El Proceso Terapéutico Grupal .-

Presentamos, a continuación, un análisis global del proceso grupal a lo largo de las veinte sesiones; para ello tomamos como base el modelo planteado por Glasserman y Sirlin (1974), quienes consideran que el proceso terapéutico puede ser analizado siguiendo tres fases : Fase introductoria, Fase intermedia y Fase integradora.

El objetivo de este análisis no es uniformar a los niños, sino presentar la evolución del grupo como una unidad, dentro de la cual cada niño conserva su individualidad. La cita que mencionamos a continuación resulta muy explicativa respecto de este punto que siempre es motivo de discusiones : *"...si bien el nivel de integración de un grupo está determinado por el modo en que lo estructuran sus miembros, el nivel de integración de un niño no está determinado por el grupo, sino por la calidad de sus conflictos intrapsíquicos"*, (Glasserman y Sirlin, pág. 68, 1974).

- Fase introductoria .-

Esta fase duró en el grupo de niños las siete primeras sesiones. En éstas la impulsividad fue el denominador común, la cual se hacía presente como efecto de invasiones masivas de

angustia que amenazaba con destruir al sujeto y bajo la forma de juegos de evacuación (por ej. el juego de "me ahogo, me muero" de la sexta sesión), de conductas agresivas (por ej. los pelotazos a la terapeuta), las conductas maníacas (las "comilonas" de Jéssica), la inhibición del juego (en Josué durante las primeras sesiones) y del "acting out" (en la tercera sesión).

La fase se caracterizó, también, porque las conductas regresivas aparecen desde la primera sesión; así, Josué es incapaz de tolerar la separación de la madre y abandona la reunión. Consideramos que este fenómeno se debe a que el trabajo terapéutico se realiza con niños en situación de crisis; puesto que, la patología que padecen los coloca en medio de experiencias sumamente angustiantes y desestructurantes como es "la imposibilidad de respirar", que remite al sujeto a una experiencia primaria como es "el trauma del nacimiento" (S. Freud, "Inhibición, Síntoma y Angustia", 1926). Recordemos a este respecto que uno de los criterios de selección de los niños fue que éstos se encontraran atravesando por un periodo de crisis asmáticas.

Durante esta primera fase (entre la primera y tercera sesiones) los padres nos reportan que en el grupo se dan tres crisis de asma; dos Josué (una de ellas amerita su hospitalización por espacio de cuarenta y ocho horas) y una David (controlada con bronceodilatadores). Sin embargo, los niños durante las tres primeras sesiones no hablan de su enfermedad; lo que nos lleva a pensar que no hay una "negación" de la misma, sino más bien una ausencia de representación de lo que acontece con el cuerpo; como si la crisis asmática estuviese inscrita en otro registro, el registro de lo real del organismo según Colette Soler (1994). Recién en la cuarta sesión aparece nombrada la enfermedad, a través del significante "infartos" y de dibujos, por medio de los cuales, los niños hacen un primer intento de representar o simbolizar lo que acontece con su organismo. Podemos decir que a partir de esta sesión se inicia, en el grupo, la construcción de un "cuerpo" como representación mental de lo que acontece con el organismo (lo real). Consideramos, también, que el evento constituye el signo del inicio del fenómeno transferencial, pues sólo en transferencia puede darse este constructo. En sesiones posteriores la transferencia continúa estableciéndose como relación única o especial entre la terapeuta y los niños, quienes la nombran como "nuestro secreto" (quinta sesión).

La construcción de una representación de "cuerpo" se continúa, en el proceso terapéutico grupal, en sesiones posteriores a través del juego del "pasaje secreto", el cual se repite hasta el final, tomando el lugar de significante grupal. Estos significantes grupales, "infartos", "pasaje secreto" y otros, tienen el valor de que permiten e ilustran la cohesión del grupo, son parte de su cultura. Se trata, además, de significantes de sujeto, ya que apuntan al desarrollo y no a la destrucción del mismo, como lo señala Rodolfo (1989).

En esta fase introductoria del grupo prevalece, también, el mecanismo de defensa de la identificación proyectiva en desmedro de la identificación introyectiva.

El tiempo empleado en los juegos de acción es mayor frente a aquellos que implican la verbalización, así por ej. cuesta mucho sacarlos de sus juegos de actividad.

- Fase intermedia -

Esta fase abarca de la octava a la décimo quinta sesión. Hacemos esta división debido a que en la octava sesión hace su aparición la elaboración de un cuento hecho por Jéssica, lo que implica que los niños salen del "aquí y ahora". Los niños se mueven en la realidad psíquica y aparece en escena la pulsión a través de los fantasmas.

Paralelamente, en la misma sesión, Josué plantea un discurso propio a través del juego del "amamantamiento de los cochinitos", abandonando su posición de apéndice de los juegos de su hermana.

Un hito importante en esta fase lo constituyen la novena y décima sesiones, en las cuales los niños logran asociar y representar la cuestión vital de su atrapamiento como "falo de la madre". A través de un proceso rico en símbolos, plantean su lugar a través del significante "nariz", una "nariz tapada", no suficiente, que es el objeto de atención de la madre. Así pues, adjudican una significación al órgano "nariz", y ésta pasa a transformarse en el lugar que expresa metafóricamente un síntoma.

Los niños expresan simbólicamente sus relaciones ambivalentes con la madre, por ej. a través de los cuentos del "volcán", "la niña secuestrada por la bruja pero amada por la madre" y continúan escindiendo sus objetos en partes buenas y malas.

Así mismo, desde la novena sesión la conducta de los niños en la "hora de jugar", aparece matizada de verbalizaciones, predomina el juego simbólico sobre las evacuaciones. Por otra parte, la "hora de platicar" se amplía, ya no cuesta sacarlos de sus juegos de acción.

Aparecen nuevos significantes grupales como "el volcán" y "el incendio", a través de los cuales los niños significan la naturaleza intensa y destructiva de su relación con la madre.

Se privilegia el mecanismo de la identificación introyectiva, se mencionan objetos internos, por ej. en el dibujo contado de David, en el cual se representa él mismo a través de una ambulancia que contiene dentro de sí "animalitos heridos pero que sanarán" (décima sesión).

En la décimo tercera sesión, Jéssica trae un sueño al grupo, contraviniendo aquella pobreza onírica propia del paciente psicossomático (Chevnik, 1983). En la misma sesión, los niños juegan en la oscuridad privilegiando la palabra.

A raíz de que la madre de los hermanos es sometida a una intervención quirúrgica de emergencia, se hace evidente la falta de disociación entre lo psíquico y lo somático, ya que los niños temen ser ellos los causantes de la enfermedad.

- Fase integradora -

Comprende de la décimo sexta a la décimo novena sesión. La misma se caracteriza porque en ella las conductas de los niños son más discriminadas, discriminación que se

refiere específicamente a una más clara diferenciación entre lo masculino (activo) y lo femenino (pasivo), de enorme beneficio para éstos pequeños que padecen de "un padre ausente"; así mismo, existe una mayor discriminación interior - exterior; psíquico y somático.

Aumenta el juego simbólico como despliegue de una fantasía, en desmedro del juego de evacuación, aspecto que implica estar un paso por delante del acto.

Consideramos que el objetivo de la psicoterapia grupal fue alcanzado; en virtud de que los niños logran construir una demanda de tratamiento, la cual aparece formulada en la posibilidad de plantear interrogantes existenciales del orden de la psiconeurosis : **¿quién soy?, ¿soy hombre o mujer?, ¿de dónde vienen los niños?, ¿puedo vivir separado de mi madre?** y otros. En contraposición al discurso psicótico que plantea un **yo soy** (sin preguntarse nada) o al discurso psicossomático **atrapado en el organismo**.

3.3.-) Descripción Clínica de las Sesiones con el Grupo de Padres -

Como se señaló en la metodología el grupo de padres que funcionó paralelamente al grupo de niños no fue objeto de investigación. Su funcionamiento sólo estuvo dirigido a lograr algún control sobre posibles conductas de "boicot" que los padres suelen ejercer en el tratamiento de los niños; por ejemplo, suspendiéndolo, haciendo faltar a los pequeños o interfiriendo de otras formas que afectan la integración y constitución misma del grupo. Este aspecto es ampliamente conocido por los terapeutas de niños y se encuentra descrito y analizado en la literatura (Martín, 1986).

A continuación, describiremos en forma global las sesiones con el grupo de padres, señalando aquellos aspectos más sobresalientes relacionados con el grupo de niños.

El grupo funcionó bajo la modalidad de grupo operativo de aprendizaje, siguiendo los lineamientos establecidos para este tipo de grupos por Enrique Pichon-Rivière (1985) y Tubert- Oklander (1991). La tarea externa del mismo fue aumentar sus conocimientos relativos a la afección asmática, bajo la consigna de recabar cualquier material relativo al tema, como artículos de revistas, periódicos, pláticas con el médico, experiencias personales y de otras personas. La tarea interna fue posibilitar la reflexión acerca de sus relaciones con el niño que padece asma.

En términos generales diremos que la diferencia entre el grupo terapéutico y el grupo operativo reside en que; en el primero, el objetivo del proceso psicoterapéutico grupal es la cura y la interpretación es eminentemente clínica, se la realiza tomando en cuenta los ejes individual y grupal, y en relación a la historia personal del sujeto; en tanto que, en el grupo operativo el objetivo del proceso grupal es realizar la tarea, y la interpretación se realiza en relación a la misma y no en función de la historia personal de cada miembro.

Respecto del número de sesiones diremos que el grupo alcanzó a reunirse tan sólo en tres ocasiones a lo largo de los seis meses que duró el tratamiento de los niños. Esto en virtud de que, por las razones más variadas, no lograban ponerse de acuerdo en un horario conjunto. Consideramos, que esta característica debe ser interpretada como expresión de la

resistencia del grupo de padres al tratamiento, quienes de esta forma promueven alteraciones del encuadre ya que fueron advertidos, desde los primeros contactos, de la obligatoriedad de su asistencia al grupo en reuniones mensuales.

A las tres sesiones asisten los padres de David, Jaime (empleado del sector de intendencia del mismo hospital en el que se llevan a cabo las sesiones, treinta y un años) y Marcela (dedicada a las labores del hogar, veinticuatro años); y la madre de Jéssica y Josué, Silvia (empleada de cocina del hospital, treinta y siete años).

La primera sesión se lleva a efecto después de la segunda sesión del grupo terapéutico de los niños, en la misma pretendemos que el grupo establezca un esquema referencial común en base a sus experiencias con el asma de sus hijos. Desde el principio Jaime coloca este conocimiento en su esposa, ya que señala que quien más podría hablar de ello es Marcela pues es ella la que ha seguido más de cerca la enfermedad del niño acompañándolo al hospital y atendándolo en la casa, en este sentido señala "...ella es la que sabe...la que podría darle más datos...yo no soy muy bueno para recordar...". Así pues, desde la primera sesión quienes más hablan son las mujeres, y la misma transcurre en medio de un recordar, en todos sus detalles, los diferentes accesos asmáticos de los niños. La sensación en la terapeuta es de pesadez y percibe al grupo como deseoso de exponer, casi en forma competitiva, la magnitud de "su sufrimiento"; puesto que, llega un momento en que Silvia señala, "...me va ha contar a mí que se lo que se siente con la crisis...yo también soy asmática, mi primera crisis me dio cuando estaba embarazada de la niña (se refiere a Jéssica), tuvieron que llevarme a Neumología, estuve en observación por veinticuatro horas". Por su parte, Marcela pretende mostrar como una habilidad adquirida el poder anticiparse a las crisis de David, "...yo ya sé cuando le va ha dar su crisis...". Relatan, así mismo, su peregrinaje por la consulta de los distintos especialistas que vieron a sus hijos, el pediatra, el neumólogo, el alergólogo.

La segunda sesión tiene lugar después de la séptima del grupo de niños, en la misma, Silvia, casi desde el inicio, manifiesta la vergüenza que le da con la terapeuta el incidente ocurrido con sus hijos en su tercera sesión; quienes acudieron solos como respuesta a un acting alcohólico de parte de ella. Desde el inicio se confiesa culpable y arrepentida, ya que teme ser culpada por el grupo, pasa luego a comentar que Josué tuvo "calenturas" esa noche, las cuales según ella pudieron ser causadas por el incidente. Respecto de la tarea, Marcela señala que ella pudo conseguir dos artículos relativos al asma por medio de su hermano que estudia medicina homeopática y nos comenta, además, que ya escribió a un canal de televisión pidiendo un video de un programa de asma que pasaron en anterior oportunidad y que vieron con su esposo. Por su parte, Silvia, sintiéndose atacada, señala en forma defensiva que por su trabajo no tuvo tiempo de buscar información y dirigiéndose directamente a la terapeuta señala lo difícil que es ser una madre con dos niños. El resto de la sesión transcurre en medio de comentarios relativos a tratamientos homeopáticos para el asma, los cuales son considerados como "muy buenos", y la forma en que se han beneficiado sus niños con algunos fármacos de la medicina alopática, sobredimensionando sus efectos benéficos, en este sentido señalan "...si no fuera por el Ventolín...".

La tercera sesión del grupo de padres se lleva a efecto después de la décimo séptima sesión de los niños. A instancias de los padres de David, quienes consideran importante el video que consiguieron, vemos una parte del mismo; los comentarios de Marcela son "...todo eso ya lo pasamos...no encontramos nada nuevo...tal vez sólo los nuevos nebulizadores...". Por su parte, Jaime pasa a comentar que su familia es muy diferente de la familia de su esposa, pues los últimos son muy "enfermizos" en cambio su familia es muy sana; así mismo, su hija se parece a él pues es muy sana y casi nunca se enferma, en cambio David y su mamá siempre están enfermos, "...David salió a su mamá". Cuando pasamos a hablar del proceso terapéutico de los niños; Marcela y su esposo señalan que han visto mejoría en el niño pues ya no tiene reportes de la escuela por agresividad con otros niños, además que no ha tenido más crisis de asma y que incluso se ha enfermado de amigdalitis con fiebre y no ha presentado ninguna señal de crisis como la taquicardia que siempre le daba, por otra parte, marcan que los meses de noviembre y diciembre eran en los que más se enfermaba y debían traerlo al hospital casi semanalmente. A este respecto, Silvia señala que Jéssica no ha tenido ni una sola crisis durante la terapia y que Josué sólo las del principio y que actualmente lo única que presenta es que su "nariz" siempre está fluyendo a pesar de que toma antihistamínicos; a esto, añade Marcela que lo mismo le ocurre a David, además de que todavía tiene mucho miedo a la oscuridad. Terminamos la sesión comunicándoles que, a pesar de las mejorías presentadas por los niños, consideramos conveniente que continúen el tratamiento en terapia individual, ya que se encuentran preparados para ello y que los beneficios que obtendrían serían varios.

A través del discurso de los padres de los niños en las diferentes sesiones, se hace evidente la relación intensa y simbiótica que predomina entre estos niños y sus madres; quienes comparten la enfermedad como lazo de unión. Sin embargo, esta situación es percibida por el padre, ya que en la última sesión empieza a hablar acerca de la "pareja enferma" madre-niño, hecho que nos conduce a considerar que existe una "negación" del conflicto como un mecanismo de defensa que preserva la unión de las familias.

El grupo mantuvo rígidamente su atención en los aspectos fenomenológicos de la sintomatología del cuadro asmático, evitando de esta forma tocar el tema de sus relaciones con los niños, debido a un intenso temor a ser culpabilizados. Repiten de esta forma la actitud del paciente psicossomático, quien no reconoce los aspectos emocionales comprometidos en sus síntomas quedando atrapado en un discurso orgánico.

Por último, consideramos que el grupo de padres cumplió con el cometido para el cual fue establecido, puesto que ninguno de los niños fue retirado del tratamiento, aun cuando Silvia estuvo a punto de hacerlo por diferentes motivos. Sin embargo, la construcción de una demanda de tratamiento por parte de los padres, apenas se vislumbra, ya que en muchos aspectos el síntoma de los niños es sintónico a la dinámica familiar.

3.4.-) Descripción Clínica de los Resultados obtenidos en la Etapa de Postest .-

3.4.1.-) DAVID .-

a.-) Antecedentes Generales .- (Los mismos)

- Edad : Cinco años seis meses.

b.-) **Test del Dibujo de la Figura Humana (DFH 2) .-**

- ASPECTOS EVOLUTIVOS : Nivel de capacidad mental Normal a Normal Alto (CI 85-120).

- ASPECTOS EMOCIONALES :

- **Omisiones** .- Manos omitidas (indicador de ansiedad, dificultades en su relación con el mundo exterior, tendencias autoagresivas. Frecuente en niños con padecimiento psicossomático).

- **PROCESOS SIMBOLICOS** : Se observa **disminución de indicadores emocionales relacionados con tendencias impulsivas autoagresivas de cuatro a uno**. Dato que nos permite pensar en un incremento del uso de procesos simbólicos, en función de la relación inversa que existiría entre el número de indicadores emocionales y los procesos simbólicos (ver Antecedentes Teóricos del DFH). Se observa, también, un incremento en el nivel evolutivo al incluir el niño todos los items esperados en su dibujo (no omite nariz).

c.-) **El Test de Apercepción Temática para Niños (CAT-A 2) .-**

(Ver historias en Apéndice 2, CAT-A 2)

- 1), 2); respecto de estos indicadores señalaremos que, el niño presenta percepciones más adecuadas a los estímulos. No hay distorsiones clínicamente significativas.

- 3); el niño presenta argumentos todavía pobres en cuanto al uso de la secuencia temporal (pasado, presente y futuro), pero las historias y descripciones son más ricas que en el CAT-A 1. Las historias presentan, también, un enriquecimiento del vocabulario utilizado; así como, la capacidad incrementada para salir del "aquí y ahora". Ejemplo, lám. 4 : "La mamá lleva al hijo a la escuela muy rápido porque tenía que ir a su trabajo pero cuando llegaron al niño no le gustó porque estaba fea y no se quiso quedar...la mamá llegó tarde y sus jefes la regañaron".

- 4); todas las historias presentan una coherencia lógica de un principio y un final, la cual constituye un signo de la coherencia del pensamiento del niño. Se parte de la percepción de los estímulos y alrededor de ello arma una pequeña trama, la cual en algunos casos va más allá de los estímulos que presenta la lámina; aspecto que indica que el yo posee los recursos suficientes para sobreponerse a la angustia empleando procesos elaborados y creando. Ej. lámina 5, "En la cuna hay un bebé. La cama está vacía. Los papás están cenando. El bebé no llora...su mamá ya viene a cuidarlo porque creyó que estaba llorando"; lámina 9, "Un conejo en la cuna está mirando la puerta. El conejo tiene miedo de ...su mamá está durmiendo, su papá está trabajando...no quiere llamarla porque lo va a regañar". El denominador común de estas historias es que el niño es capaz de sobreponerse a la angustia

de verse sólo sin la presencia del objeto y sustituye esta ausencia por una representación que permite esperar; ejemplo lám. 5, "...la cama está vacía...los papás están cenando...", lám. 9, "...el conejo tiene miedo de...su mamá está durmiendo...". El pensamiento se enriquece y va más allá de las acciones.

- 5); acerca de este indicador podemos decir que si el pensamiento se enriquece, también el lenguaje. El uso de las palabras es apropiado a las diferentes situaciones, como la conjugación de verbos, etc. No hay errores en la fonación como en el caso de la lámina 10 en el CAT-A 1 ("pelito" en lugar de perrito). En cuanto a la estructura, los enunciados están formados por sujetos, verbos y complementos, enmarcados en una determinada situación.

- 6); a este respecto debemos señalar, que las historias, en su mayoría, presentan un claro incremento del empleo de recursos creativos y fantasiosos; superándose las "producciones chatas" del CAT-A 1. Existe, por lo tanto, un incremento del uso de recursos simbólicos. Ejemplo, lámina 2, "El papá, su hijito y el lobo. Se estaba cayendo el lobo. Fueron al rescate el papá con el hijo y estiraron al lobo".

- 7); acerca de este indicador diremos que, las historias muestran un giro en comparación a las del CAT-A 1, en dos aspectos primordiales. Primero, los personajes no se relacionan principalmente a través de conductas impulsivas tales como devorar y destruir. Segundo, se incluye en algunas historias la presencia del padre como protector; aspecto que indica que el niño está saliendo de una relación de exclusividad con la madre, aspecto que le va permitiendo sustituir el primer objeto por otros que lo sustituyen y que además constituye una condición *sine cuanon* de la formación de símbolos. Ejemplo, lámina 2, "El papá su hijito y el lobo. Se estaba cayendo el lobo. Fueron al rescate el papá con el hijo y estiraron al lobo".

- 8); respecto de este indicador, diremos que en las relaciones con el otro el niño se percibe como menos débil y por lo tanto el otro es sentido como menos peligroso. Ejemplo, lámina 3, "Un ratón quería salir de su hueco y se hizo un caminito, y un león como estaba viejito estaba sentado en una silla y no se dio cuenta cuando el ratón pasó por su lado y salió"; ejemplo lámina 7, "El tigre quería comer al chango, pero no se lo come porque es muy rápido, salta muchos árboles y el tigre no lo puede alcanzar". Los mecanismos defensivos se enriquecen, ya que frente a lo que produce angustia, el niño no recurre a conductas impulsivas o a defensas primitivas tales como la fuga, la escisión, la destrucción, producto de la identificación proyectiva. El yo se enriquece.

Después del análisis clínico del Test de Apercepción Temática para niños CAT-A, en sus tiempos pre y postest; consideramos que es posible apreciar un claro incremento de recursos simbólicos en el niño para enfrentar lo que produce invasión de angustia. Los indicadores propuestos por Baringoltz tienen la virtud de permitirnos esta apreciación, a través del pensamiento y la palabra del niño, aspectos constitutivos de la capacidad simbólica.

d.-) La Hora de Juego Diagnóstica 2. - (Ver descripción en Apéndice 3).

1) **Modalidad de juego** : a través de este indicador simbólico es posible apreciar un juego plástico, en virtud de que a través de cuatro unidades el niño expresa su dinámica psíquica, en la cual fantasías y defensas se ponen en acción; las que a su vez hacen manifiesta la capacidad de recuperación de David frente a la invasión de angustia, logrando un control tal que le permite continuar jugando y creando. En este sentido, del juego de la lucha entre "buenos vs. malos", que expresa su propia lucha interna entre impulsos primarios escindidos, pasa a un juego más integrado como es el de la granja; en el cual, de forma plástica, expresa su capacidad para poner límites a sus impulsos y el papel de la psicoterapia, así, pide a la terapeuta que le ayude a construir la cerca dentro de la cual coloca a los animales (impulsos), las plantas, personas y edificaciones que representan a sus propios objetos internos.

2) **Creatividad** : respecto de este indicador diremos que la Hora de Juego que David plantea se caracteriza por su gran "creatividad" ya que de la inestructuración del campo pasa a estructurar cuatro unidades de juego bastante organizadas que expresan de manera plástica la dinámica psíquica, siguiendo el patrón siguiente : F-D-F-F-D.

3) **Capacidad Simbólica** : acerca de este indicador diremos que a diferencia del pretest, David es capaz de jugar sin la presencia de la madre. Por otra parte, recrea, a través de representantes, objetos internos sin caer en un juego evacuativo o eminentemente proyectivo. Así pues, de un juego de evacuación en el pretest, se observa un progreso hacia el juego simbólico en el postest.

4) **Tolerancia a la frustración** : presenta tolerancia a la frustración ya que utiliza los juguetes que le ofrece la terapeuta y respeta la consigna.

5) **Adecuación a la realidad** : presenta adecuación a la realidad.

A través del análisis clínico de la Hora de juego es posible observar que la conflictiva de David avanza de una problemática de relación pasional y simbiótica con la madre a aceptar la mediación del padre; aspecto que se pone de manifiesto en el juego de la granja en el que personifica al granjero que da órdenes al hijo (identificación con la figura paterna más fuerte), en él la lista de palabras termina avanzando del significante madre (nana) al significante padre (papá). Este aspecto aparece en el juego de forma plástica cuando luego de dibujar "el pollito con el huevo con el pollito dentro" que expresa que todavía se encuentra intensamente ligado a la madre, escribe la palabra "papá". Por lo tanto, se observa un claro incremento de recursos simbólicos en el niño, quien avanza de un juego impulsivo de evacuación (pretest) a un juego simbólico (postest).

De la misma forma, a través del juego de la granja, el niño "representa" (simboliza) el papel de la psicoterapia en la dinámica psíquica como un proceso de construcción que le ayuda a integrar sus impulsos, y que da cuenta de su propia capacidad de *r'everie*.

3.4.2 -) JESSICA .-

a.-) Antecedentes generales .- (Los mismos)

- Edad .- 7 años, 8 meses.

b.- Test del Dibujo de la Figura Humana (DFH4) .- (Ver Apéndice 1).

- ASPECTOS EVOLUTIVOS: Nivel de capacidad mental Normal a Normal alto (CI 90-120).

- ASPECTOS EMOCIONALES :

Detalles especiales .-

- Brazos cortos, (indicador que refleja la dificultad del niño para conectarse con el mundo circundante, frecuente en niños con afección psicósomática).

- PROCESOS SIMBÓLICOS : Se observa en el DFH disminución de indicadores emocionales, que reflejan tendencias impulsivas o de acto hacia el exterior y autoagresivas, de cuatro a uno . No se incluyen indicadores emocionales clínicamente significativos de perturbación emocional severa, tales como el "sombreado de la cara". La figura es más rica en detalles (ropa), especialmente está mejor ubicada en la hoja. Aspectos que nos permiten pensar en un incremento de procesos simbólicos, en función de la relación inversa existente entre éstos y tendencias impulsivas o de acto.

c.-) El Test de Apercepción Temática para Niños (CAT-A 4) .-

(Ver historias en Apéndice 2, CAT-A 4)

- 1), 2); en las historias no aparecen distorsiones perceptuales clínicamente significativas.

- 3); en la mayor parte de la prueba se puede observar la producción de historias más elaboradas que incluyen el manejo de los tiempos, presente, pasado y futuro; aspecto que indica la adquisición de la capacidad para salir del "aquí y ahora" creando circunstancias que no son ya parte de la lámina y planificando futuros acontecimientos, es decir utilizando recursos simbólicos. En este sentido, consideramos ejemplificador realizar una comparación entre las historias pretest y postest de la lámina 4 : pretest : "...¿éstos son canguros?...se están peleando muchos humanos (señala el fondo de la lámina)...porque tienen mucha hambre..."; postest : "...la mamá canguro lleva a sus hijos a la escuela. Están corriendo porque se retrasaron mucho, ...el de la bicicleta estuvo jugando y no quería vestirse, por esto la maestra lo va a regañar feo...".

- 4); la mayoría de las historias presentan coherencia lógica del pensamiento a través del discurso, puesto que no muestran cortes abruptos o secuencias aisladas. Aspecto que puede ser observado a través de la siguiente comparación : lám. 6, pretest : "...aquí es una cueva y están dormidos...está lloviendo...ya."; lám. 6, postest : "...en la cueva están durmiendo los osos, el hijito se quiere salir a jugar, pero le da miedo porque se pueden enojar y lo pueden castigar, pero él se está arrastrando y poco a poco logrará salirse..".

- 5); las historias muestran que el pensamiento y el lenguaje están más elaborados, así en cuanto a este último se hace evidente que hay un enriquecimiento del vocabulario. Ej. lám. 3: "...el león está preocupado, su hijito se ha perdido, él le dio una paliza y se fue...Piensa que no debió pegarle tan feo, está arrepentido...El ratoncito está viendo si el león está de buenas o si está enojado para salir a comer. El león no lo verá por su preocupación, el ratoncito pasará corriendo muy rápido..".

- 6); hay mayor número de recursos simbólicos en las historias, los cuales se ponen de manifiesto en los argumentos que crea el sujeto a partir de los estímulos, lo cual significa que el yo es capaz de sobreponerse a la invasión de angustia utilizando procesos secundarios. En este sentido, en algunas historias, el yo, plásticamente y sin caer en problemas perceptuales, es capaz de imaginar sentimientos y movimientos en las figuras, añadiendo riqueza a sus producciones; ej. lám. 2 : "...los osos pelean por la cuerda. Los grandotes la quieren para jugar y el pequeño le ayuda a éste, pero el otro está más fuerte, mira sus ojos, y va ha ganar.."; lám. 6 : "...en la cueva están durmiendo los osos, el hijito se quiere salir a jugar, pero le da miedo porque se pueden enojar y lo pueden castigar, pero él se está arrastrando y poco a poco logrará salirse..".

- 7); las interacciones entre los personajes de las diferentes historias se realizan a través de conductas verbales en desmedro de las conductas impulsivas del pretest. Por otra parte, es de tomarse en cuenta, el hecho de que Jéssica es capaz de comunicar a través de cuentos o historias elaboradas por ella misma, el problema que significa el carácter accesimal, a veces francamente violento y otras depresivo, de la conducta materna; aspecto que consideramos un gran avance ya que significa la simbolización de la relación y una posición más reflexiva y menos impulsiva sobre la misma. Ej. lám. 3 : "...el león está preocupado, su hijito se ha perdido, él le dio una paliza y se fue. Piensa que no debió pegarle tan feo, está arrepentido...".

- 8); respecto de la conflictiva psíquica del sujeto, en primer término resalta en las historias la ausencia de alusiones a sentimientos de carencias orales, los cuales aparecían de forma perseverante en el pretest. En el postest resaltan la aparición de sentimientos depresivos, tales como la culpa, el arrepentimiento, etc. En este sentido, también, el otro de la relación es percibido como más integrado por partes buenas y malas, y no ya como un objeto totalmente perseguidor (devorador). Ej. lám. 3 : "...el león está preocupado, su hijito se ha perdido, él le dio una paliza y se fue. Piensa que no debió pegarle tan feo, está arrepentido...el ratoncito está viendo si el león está de buenas o si está enojado, para salir a comer. El león no lo verá por su preocupación, el ratón pasará corriendo muy rápido..".

El análisis clínico del CAT-A de Jéssica, en sus tiempos pre y postest, nos permite apreciar un claro incremento de recursos simbólicos los cuales se ponen de manifiesto en la calidad de las historias, los niveles de apercepción, la coherencia del pensamiento, el enriquecimiento del lenguaje, la capacidad para salir del "aquí y ahora" y la recreación de las fantasías.

d.-) Hora de Juego Diagnóstica 4. - (Ver descripción en Apéndice 3).

1) **Modalidad de juego** : se trata de una modalidad de juego plástica, puesto que a partir de la presentación no organizada del material Jéssica organiza tres unidades de juego bastante coherentes que permiten la emergencia de fantasías que vehiculizan impulsos agresivos hacia la figura materna (representada por la terapeuta a quien castiga verbalmente por el maltrato sufrido), y que, también, permiten controlar la emergencia de angustia consecuente reparando el objeto y las partes más infantiles del yo (personifica a una madre muy cariñosa y a un bebé atendido en sus demandas). Manifiesta tendencias progresivas (es una doctora, una mamá cariñosa) y regresivas (es una bebé) de una manera muy segura.

2) **Creatividad** : se trata de un juego creativo que plantea un gran cambio respecto de los juegos de las "comilonas" maníacas o del juego motriz que tan sólo permitan la evacuación de angustia ante la incapacidad del yo para contenerla y elaborarla a través de la creación de otras unidades de juego. Se trata de unidades que se desenvuelven en el "como si" del juego simbólico.

3) **Capacidad simbólica** : se trata de un juego simbólico que recrea la dinámica psíquica siguiendo una secuencia F-D-F, la cual da cuenta de la capacidad de reverie del yo y de la capacidad para sobreponerse a lo que angustia. Se privilegian procesos secundarios y mecanismos de defensa tales como la identificación introyectiva (personifica a una madre con aspectos buenos y malos).

4) **Tolerancia a la frustración** : presenta tolerancia a la frustración, pues se respeta la consigna y no se daña ningún objeto.

5) **Adecuación a la realidad** : presenta adecuación a la realidad y a la edad cronológica.

El análisis clínico realizado permite detectar un incremento en los recursos simbólicos del yo , que pasa del juego de evacuación del pretest al juego simbólico posibilitado por la capacidad de reverie de dicha instancia psíquica.

3.4.3.-) JOSUE .-

a.-) **Antecedentes generales** .- (Los mismos)

- Edad .- 5 años, 9 meses.

b.-) **Test del Dibujo de la Figura Humana (DFH.6)** .-

- **ASPECTOS EVOLUTIVOS**: Nivel de capacidad mental Normal a Normal alto (CI 90-120).

- **ASPECTOS EMOCIONALES** :

Detalles especiales :

- Dibuja un camino y una casa.

Omisiones :

- Manos omitidas, (indicador frecuente en niños con dolencias psicósomáticas, tímidos y que consideran que no pueden establecer buenas relaciones con el mundo exterior).

- PROCESOS SIMBÓLICOS : Se observa **disminución de indicadores emocionales de impulsividad autogresiva y de estado de ánimo deprimido de cuatro a uno.** Cualitativamente es posible observar un dibujo más rico y elaborado, a través del cual se comunica una conflictiva; en este sentido, clínicamente se puede considerar que el dibujo simboliza de una forma plástica y bastante elaborada la relación conflictiva, simbiótica y aceccional que vive el niño con su madre: ya que el camino que dibuja entre él y ésta, la casa, simboliza a un cordón umbilical , (Koppitz, "Interpretación clínica de los dibujos infantiles", 1982). Clínicamente, también, y comparando los DFH 5 y 6, es posible considerar al último como una "demanda" de tratamiento por parte del niño.

Evolutivamente, encontramos que Josué incluye en su DFH todos los ítems esperados, no presenta omisiones de detalles importantes; luego su capacidad intelectual aparece elevada a un nivel normal a normal alto.

c.-) El Test de Apercepción Temática CAT-A 6 .-

(Ver historias en Apéndice 2, CAT-A 6)

1) y 2); no se detectan distorsiones perceptuales clínicamente significativas.

2); el niño produce historias que van más allá de la descripción de la lámina. De forma tal, que podemos afirmar, que, a diferencia del pretest, los contenidos de las láminas no son percibidos como extremadamente perturbadores ; de manera que el niño puede producir una historia ya que logra un cierto control sobre los niveles de angustia que invaden al yo. Josué produce historias que van más allá del tiempo presente e implican al menos el futuro y en algunos casos el pasado. Ej. lám. 2 : "...¿son osos?...están peleando por la cuerda...estos dos son hermanos y no tienen tanta fuerza como el otro, va ha ganar y los va ha jalar duro y se van a caer hasta abajo y el otro no los va ha levantar, se va ha reír y se va a ir con sus otros amigos..."; ej. lám. 10: "...la señora está enojada porque el niño dejó sucio el baño, tiró todo y no limpió y se fue a jugar...la mamá le pego fuerte y le dijo que no lo haga más porque ella está cansada y no puede estar limpié y limpié...el niño se quedará castigado y no saldrá a jugar con sus amigos".

4); la mayor parte de las historias implican un secuencia : inició, desarrollo y final. No se observan cortes abruptos de las asociaciones. Luego es posible detectar mayor coherencia del pensamiento. Ej. lám. 4 : "...la mamá lleva a sus hijos al doctor, está muy enojada y les dice japurense! o ya no los llevo...éste (se refiere al canguro del triciclo) tiene mucha velocidad para que su mamá no lo deje, pero cuando llegan ya no está su doctor..".

5); como el pensamiento, el lenguaje aparece, también, enriquecido. El control que el sujeto logra sobre los niveles de angustia, debido a que la situación de test y el contenido de las láminas no son ya percibidos como extremadamente perturbadores, permite que tome cierta distancia respecto de los objetos concretos y que hable; es decir, permite la formación y el uso de los símbolos.

6); las historias muestran un incremento significativo respecto del empleo de recursos creativos y fantasiosos, que van más allá de los estímulos concretos, planteando situaciones en el "como si" del juego y la fantasía infantiles. Resalta, también, en las historias la no aparición perseverativa y tanática del tema de la muerte como única posibilidad de ser para el sujeto separado del Otro; por el contrario, el niño es capaz de recrear la ausencia, haciendo uso de procesos de abstracción y dando muestras de mayor tolerancia a la frustración. Ej. lám. 9 : "...el conejito se ha despertado y ve que no hay nadie, por eso le da mucho miedo, pero vendrá su hermana...la mamá se fue al trabajo y vendrá después..".

7); los personajes de las historias se relacionan entre sí a través de conductas menos impulsivas y violentas que en las del pretest. Por el contrario, resulta llamativo el hecho de que imperen relaciones más discriminadas y conductas verbales; ej. lám. 4 : "...la mamá lleva a sus hijos al doctor, **está muy enojada y les dice** ¡apúrense! o ya no los llevo...éste (se refiere al canguro del triciclo) tiene mucha velocidad para que su mamá no lo deje, pero cuando llegan ya no está su doctor.."; lám. 5 : "...los niños están jugando y no dejan dormir a su mamá...hacen mucho ruido y la mamá se despierta, viene y **los regaña y les dice** que ya se salgan de ahí..". Como consecuencia el otro de la relación es, también, percibido como más integrado de partes buenas y malas.

8); a través de la calidad de las historias es posible observar que el yo se enriquece en recursos simbólicos; puesto que, aun cuando la preocupación de Josué continúa siendo la relación con su madre muestra que puede enfrentarla con recursos más elaborados, tales como el pensamiento (recreando al objeto en su ausencia), el lenguaje y el juego; es decir, sin que separación del objeto sea homologada a destrucción (propia de una relación simbiótica y agresiva); ej. lám. 8 : "...están en una fiesta...la señora le dice al niño que se vaya para afuera porque es sólo de mayores, pero el niño no se quiere ir...entonces los hijos de estas otras señoras lo van a llevar a jugar afuera.."; lám. 9 : "...el conejito se ha despertado y ve que no hay nadie, por eso le da mucho miedo, pero vendrá su hermana...la mamá se fue al trabajo y vendrá después..". La dinámica psíquica de desarrolla en un ámbito menos regresivo, el yo se defiende a través de mecanismos menos primitivos y destructivos que exigen mayor evolución y adaptación; ej. lám. 6 : "...los osos están en su cueva, éste tuvo una pesadilla muy fea y tiene mucho miedo...no puede respirar, pero le darán su medicina y ya podrá...cuando vaya afuera ya no le dará miedo porque se va a encontrar con sus amigos..". A través de esta historia el sujeto nos comunica, también, los términos asfixiantes en los que vive la relación (simbiótica) con la madre, pero el sólo hecho de poder ponerle palabras a una experiencia que se vivía con el organismo (en lo real) obtura la compulsión a la repetición y resta goze y, por lo tanto, disminuyen las crisis de asma.

El análisis clínico de la producción de Josué en el CAT-A postest, nos permite observar un progreso en lo que se refiere a un **incremento de recursos simbólicos por parte del yo;**

de tal forma, que la dinámica psíquica de desenvuelve en términos menos regresivos. Si bien en el pretest un yo débil se ve invadido por angustia que no puede controlar ante cualquier atisbo de separación del objeto, con el cual vive una relación simbiótica y agresiva, que lo encapsula en el huevo materno sin posibilidad de *r'everie* y que provoca un estado de ánimo depresivamente tanático; en el postest estamos frente a un yo con mayores recursos, que habla de su relación con la madre, que recrea objetos y que se interesa por el mundo exterior; es decir, que accede a un discurso propio y que empieza a dejar de ser el apéndice del Otro.

d.-) **Hora de Juego Diagnóstica.6** - (Ver descripción Apéndice 3).

1) **Modalidad de juego** : muestra un cambio significativo frente a los juguetes (recordemos sus inhibiciones en el juego en el pretest) y en los juegos que desarrolla. Así, plantea una modalidad de juego plástica, pues organiza dos unidades de juego a partir del material no estructurado que se le presenta y a través de las mismas comunica su dinámica interna.

2) **Creatividad** : se trata de un juego creativo a través del cual vehiculiza sus impulsos agresivos en un medio que lo contiene (los caminos). Frente a la ausencia de la madre y las fantasías de daño (coches y personas dañadas en violentos accidentes), el yo se repone y crea otra unidad de juego que contiene la angustia (una ambulancia que auxilia) y que presenta mayor elaboración simbólica y capacidad de *r'everie*.

3) **Capacidad simbólica** : a pesar de que el juego contiene actividades impulsivas (choques violentos, daños), también, contiene actividad simbólica a través de la construcción de caminos y de la inclusión de una ambulancia, que implican mayor elaboración pues determinan una situación menos caótica y a través de los cuales el niño reconoce en sí mismo capacidades reparatorias.

4) **Tolerancia a la frustración** : presenta tolerancia a la frustración pues da muestras de un yo más fuerte, capaz de contener la angustia a través de recursos creativos.

5) **Adecuación a la realidad** : presenta adecuación a la realidad a través de un juego que crea organizaciones y síntesis nuevas; así mismo, el exterior es percibido como menos peligroso que en el pretest.

El análisis clínico permite observar un claro **incremento de recursos simbólicos** que enriquecen al yo, que se ponen de manifiesto a través de un juego creativo, plástico y simbólico, que hace uso de recursos elaborados y de mecanismos de defensa como la identificación introyectiva (la ambulancia que auxilia y contiene a los heridos); y a través del cual expresa (simbólicamente) sus conflictos y ansiedades.

3.5.-) Resumen comparativo de los resultados pre y postest .-

3.5.1.-) Resultados obtenidos con el Test del Dibujo de la Figura Humana (DFH) en las etapas pre y postest .-

CUADRO 1
INDICADORES EMOCIONALES
EN LAS ETAPAS PRE Y POSTEST DEL DFH

DFH	PRET./POST.	IND.EMOC.IMPULSIV.
1	PRETEST	4
2	POSTEST	1
3	PRETEST	4
4	POSTEST	1
5	PRETEST	4
6	POSTEST	1

En el cuadro es posible observar que los protocolos del DFH de la etapa de postest presentan una disminución de indicadores emocionales de impulsividad, los cuales se relacionan con tendencias agresivas y autoagresivas. Luego, en función de la relación inversa existente entre las tendencias primarias a la impulsividad (conductas de acto) y los procesos simbólicos secundarios; es posible considerar que los niños incrementaron el uso de dichos procesos simbólicos muy probablemente como efecto de la psicoterapia grupal que favoreció tendencias evolutivas. Estas permiten al niño enfrentar sus conflictos con recursos más elaborados como el pensamiento, la palabra y el juego simbólico; los cuales a su vez modifican el retrato que el niño puede hacer de sí mismo.

3.5.2.-) Resultados obtenidos con el Test de Apercepción Temática para Niños (CAT-A) en las etapas pre y postest .-

El análisis clínico de las historias a partir de los indicadores simbólicos planteados por Baringoltz, nos permite afirmar que entre las etapas de pre y postest se da un claro incremento de recursos simbólicos, que se ponen de manifiesto a través del pensamiento y la palabra del niño, por medio de un discurso.

Para afirmar lo anterior, consideramos que, los niños en sus pruebas pre y post del proceso psicoterapéutico grupal, pasan de historias que se centran en la descripción de lo circunstancial a crear un argumento en base a los estímulos que perciben. Esto significa que la pulsión se integra a las actividades creativas del yo, se juega en ellas. De las referencias abrumadoras a la realidad se avanza a la creación. De las reacciones impulsivas frente a la angustia que produce la ausencia del objeto, se pasa a la sustitución del mismo por medio de representaciones; pasaje que tiene como efecto principal el enriquecimiento del yo.

En la etapa de pretest se parte de la detección de un pensamiento apegado a la realidad del objeto. El diagnóstico de este tipo de pensamiento, permite, según Chevnic (pág. 1085), detectar una estructura propia de algunos cuadros psicósomáticos, en los cuales falla la integración de la actividad fantasmática y los juicios ordenados por la razón. Aspecto que se pone de manifiesto en las respuestas breves del paciente o excesivamente detalladas respecto de elementos descriptivos (David describe el número de algunas láminas), sin referencia a un objeto interno vivo.

En la etapa de postest, las historias de los niños permiten afirmar que los mismos pasan del síndrome del "eso es todo" (frase de A. Green citada por Chevnic, 1983), característica del paciente psicósomático, a integrar el pensamiento con las emociones, con la realidad psíquica y, de esta forma, crear una historia que se conecta con la actividad fantasmática (la apercepción), entonces el conflicto se trata en un "espacio psíquico", aspecto que es clave para la construcción de una demanda de análisis.

3.5.3.-) Resultados obtenidos con la Hora de Juego Diagnóstica pre y postest .-

El análisis clínico, a partir de los indicadores simbólicos señalados por Efron y Fainberg (1979), permite observar un incremento de recursos simbólicos en la etapa de postest de la Hora de Juego; en virtud, de que los niños privilegian el juego simbólico frente al juego de evacuación. De esta manera, el yo se presenta más fortalecido con recursos que le permiten recrear (terapéuticamente) las fantasías relacionadas con las relaciones ambivalentes que sostienen estos niños con sus madres, sin verse rebasado de angustia y recurriendo a procesos y mecanismos primitivos de defensa. De esta forma, también, la misma instancia psíquica da muestras de capacidad de reverie y de capacidad para ir más allá del "aquí y ahora" a través de procesos que exigen mayor abstracción al estar el juego simbólico un paso por delante del acto.

3.6.-) Los Resultados y la Hipótesis .-

Consideramos que uno de los aspectos que más llama la atención en el trabajo de investigación que presentamos, se refiere a la notable disminución de la frecuencia de los accesos de asma en los niños sometidos al proceso psicoterapéutico grupal.

A este respecto debemos recordar que los tres niños, antes de comenzar el proceso grupal, se encontraban atravesando por un periodo de crisis asmáticas, siendo éste un criterio de selección. Entre la primera y tercera sesiones de la psicoterapia de grupo, dos de los niños, David y Josué, presentaron crisis asmáticas (el primero una y el segundo dos). En tanto que, a partir de la cuarta sesión no se presentan más crisis de asma en el grupo de niños hasta que se da por terminada la investigación. Debemos recordar, así mismo, que dicha sesión se caracterizó porque en ella los niños empezaron a hablar de su enfermedad a través del significativo "infartos" y de dibujos, los cuales les permiten ir construyendo una imagen de "cuerpo" y constituyen un intento de representar o simbolizar aquello que acontece con el organismo en un nivel psíquico; a este respecto Collete Soler refiriéndose a lo propuesto por J. Lacan, señala: "...para hacer un cuerpo se precisa un organismo vivo más una imagen, es decir, atribuye a la unidad de la imagen el sentimiento de unidad del cuerpo,

unidad que es dada por una *gestalt* visual y aprehendida por el sujeto a partir de la unidad de su forma en el espejo.", (1994, pág. 97).

Debemos señalar, también, que los niños durante el proceso psicoterapéutico presentaron diversas enfermedades propias de la época de lluvias y de la época invernal, tales como resfriados y amigdalitis (viral y bacteriana), con toda la sintomatología patognomónica de estas patologías, como fiebre, malestar general, modificaciones en su sistema inmunológico, etc.; sin embargo, a diferencia de anteriores periodos, no presentaron signos, ni síntomas previos a las crisis, tales como taquicardia, sofocación y otros, que requiriesen la aplicación de fármacos que permiten prevenir el advenimiento de una crisis asmática, como por ejemplo los broncodilatadores.

La importancia de este hallazgo resulta significativa, además, porque la época en la que los niños presentan disminución en la frecuencia de crisis (septiembre a enero), constituye, de acuerdo a datos epidemiológicos, aquella en la que aumenta la atención de casos en la Ciudad de México. A este respecto Pacheco y Díaz (1991) señalan: "La distribución mensual de los casos atendidos, tanto en urgencias como en la consulta externa, muestra incremento durante los meses con lluvia en la Ciudad de México (junio, julio, agosto y septiembre), manteniéndose hasta el fin de año en que la temperatura desciende en la época de invierno cuando ocurren inversiones térmicas prolongadas. En los meses de primavera, marzo, abril y mayo, disminuye la demanda de atención." (pág. 25).

La disminución en la frecuencia de las crisis de asma es muy probable que constituya un efecto de la variable independiente introducida en la experiencia de los niños, la psicoterapia grupal, en el periodo comprendido entre agosto del 95 y enero de 1996; en virtud, de que la misma posibilitó la elaboración simbólica de conflictos y ansiedades.

CAPITULO 4

DISCUSION

El propósito de este capítulo es reflexionar acerca de aspectos teórico-clínicos de los fenómenos psicósomáticos en general, desde algunos trabajos de corte psicoanalítico. Por último, rescataremos aquellos aspectos por nosotros observados a través de la experiencia que acabamos de presentar.

Durante mucho tiempo en el campo de las enfermedades psicósomáticas del adulto las discusiones estuvieron centradas alrededor de la delimitación de su campo, al igual que en el campo de las enfermedades psicósomáticas infantiles cuya sistematización fue aun más tardía; en este campo los estudios más recientes tienen el mérito de haber resaltado la sintomatología de inicio, en el contexto del desarrollo infantil. En la actualidad, en términos generales, según J. de Ajuriaguerra (1973), las discusiones giran alrededor de la etiopatogenia, la importancia respectiva del stress, el tipo específico de estructura de la personalidad y tratamiento de los cuadros psicósomáticos, y se encuentran divididas en dos grandes corrientes; por una parte, la fisiología y la patología corticovisceral (soviética) basada en las investigaciones de la escuela pavloviana, y por otra la patología psicósomática propiamente dicha que se ha desarrollado bajo el impulso del psicoanálisis.

Consideramos, por nuestra parte, que el mejor modelo para abordar el fenómeno psicósomático continúa siendo la Teoría de las Series Complementarias propuesta por el fundador del psicoanálisis (1917); la cual considera que la etiopatogenia de los distintos cuadros psicopatológicos se encuentra determinada por una **serie disposicional**, integrada a su vez por factores constitucionales (hereditarios y orgánico constitucionales) y los sucesos infantiles (la relación con el otro), y una **serie accidental** que coloca al sujeto en diferentes situaciones de stress emocional. Dentro de este marco conceptual es posible entender que una situación de stress no puede definirse únicamente por la agresión, sino que también debe tenerse en cuenta al sujeto que la recibe, la situación en que esta agresión se produce y lo que representa para él. Así, por ejemplo, una situación de separación de la madre podrá significar para algunos niños la oportunidad de continuar desarrollándose y recrearán al objeto a través del pensamiento y el lenguaje, en tanto que, para otros, significará una situación imposible de contener que provoca invasión masiva de angustia y que los lleva a manifestar conductas impulsivas muy regresivas como la autoagresión (por ej. el síntoma psicósomático).

A la teoría de las Series Complementarias suma su eficacia la revalorización del modelo de la actualneurosis, también planteado por Sigmund Freud, que aplicado al estudio de las enfermedades psicósomáticas permite entender diferentes aspectos que allí tienen lugar, no tanto con respecto a la formación y desarrollo de los síntomas, sino en relación con la estructura psíquica de estos pacientes y a sus fallas. Se entiende por "actual", en sentido psicoanalítico, aquello que no pertenece a la historia del sujeto y que queda marginado del procesamiento psíquico, por un déficit en la estructuración del mismo (Chevnic, 1983). M.

de M'Uzan (citado por J. De Ajuriaguerra, 1973) considera, siguiendo este modelo, que el síntoma psicossomático no tiene sentido, la sintomatología psicossomática está determinada (P. Marty y otros) por una carencia de relaciones objetales y de la vida imaginativa. Este tipo de pensamiento, que dichos autores denominan *pensamiento operativo*, se caracteriza por una ausencia de valor funcional de la vida mental. A este respecto, M. Chevric (1983) señala, que se trata de una modalidad de pensamiento "técnicamente" correcto, pero cuyas referencias abrumadoras a la realidad y la falta de referencia a un "objeto interno vivo", que se da a través de una pobre conexión con el funcionamiento fantasmático (sabemos por Freud que el pensamiento está integrado por la actividad fantasmática y por juicios ordenados por la razón); nos habla de una dificultad para utilizar el espacio psíquico, para ellos el organismo o una situación determinada conflictiva siempre es actual, en tanto imposibilidad de hacer desaparecer algo, no poder producir la "ausencia", en última instancia no poder simbolizar. Luego, no es posible afirmar que un enfermo psicossomático sea un "deficiente mental" ya que dentro de este planteamiento **la inteligencia es una capacidad en la cual también se dinamiza lo inconsciente**. El déficit en los procesos simbólicos a los que nos referimos, da lugar a una ineficacia funcional de las defensas neuróticas y a una fragilidad hacia las enfermedades somáticas. En estos pacientes con somatizaciones, la debilidad de las defensas psíquicas y la dificultad para que el conflicto "circule" en dicho espacio de "lo psíquico", los vuelve susceptibles a las pérdidas objetales, así es un dato común la aparición de enfermedades psicossomáticas o crisis de éstas ante pérdidas objetales significativas, en lugar de la aparición del trabajo del duelo; a este respecto recordemos el caso de dos de los niños del grupo, David quien "hace" crisis de asma cuando su madre es hospitalizada y Josué que de manera autodestructiva daña su organismo buscando morir frente a la posibilidad de perder el objeto (el amor de la madre).

Respecto de esta forma particular de estructuración psíquica del paciente psicossomático, que se caracteriza por presentar déficits o fallas en los procesos de simbolización o representación; R. Harari (1974) explica, utilizando el concepto de capacidad de *r'everie* de Bion, que los mismos son posibilitados en la temprana infancia por la capacidad de la madre para devolver metabolizadas o elaboradas las ansiedades que el niño deposita en ella. Por el contrario, deficiencias en la función de "continenencia" de la madre, en su capacidad de *r'everie*, obstaculizan el desarrollo de la función simbólica de los hijos y, al no poder instrumentar otros canales de expresión de la ansiedad, estimulan reacciones, ante situaciones conflictivas, definidas como actuaciones.

Por lo tanto, frente a un síntoma que afecta al cuerpo, el psicoanalista deberá, en primer término, reflexionar si se trata de una conversión histérica o si el trastorno tiene más que ver con la economía narcisista del sujeto que acabamos de explicar y que caracteriza a la patología psicossomática. En el primer caso, el síntoma corporal es una "formación de compromiso" en la cual se expresa el conflicto intersistémico, es una "excitación psíquica" la que entra por un camino falso, exclusivamente por lo corporal; mientras que en la dolencia psicossomática es una "tensión física o somática", del orden del organismo, lo que "no puede ir por lo psíquico" y a raíz de ello permanece en el espacio físico, en virtud de una carencia de recursos simbólicos del yo.

4.1.-) La Experiencia -

La experiencia clínica que acabamos de presentar constituye un trabajo más, entre otros, que confirma al asma bronquial como un cuadro **psicosomático** de etiología compleja, en el cual es evidente el papel activo de los factores psicológicos aunados a una predisposición orgánica que la investigación médica ha identificado como "hiperreactividad bronquial".

A través de las tres etapas que conformaron el diseño de la investigación se nos fue revelando la dinámica "biopsicosocial" que caracteriza al cuadro asmático.

En la etapa de pretest la línea base que obtuvimos puede resumirse de la forma siguiente: encontramos a un grupo de niños con una historia temprana de crisis asmáticas (David primera crisis a los dos meses, Jéssica a los nueve y Josué al año de edad); que se encuentran atravesando por una época de recrudescimiento de la patología; que en las pruebas aplicadas (DFH, CAT-A, Hora de Juego Diagnóstica) revelan déficits evidentes en el uso de procesos simbólicos como el pensamiento y el lenguaje que no les permiten enfrentar de forma elaborada las dificultades en su desarrollo, tales como una relación simbiótica con la madre (sobreprotectora en el caso de David y rechazante en el caso de los otros niños), quien debido a sus propias características no contiene y no devuelve elaboradas las ansiedades en ella depositadas por los niños, que además no introduce una diferencia (a través del padre) y sostiene con el niño una relación parasitante en la cual ocupa el lugar de "objeto dañado". Como resultado de esta dinámica que actúa sobre una serie disposicional se intensifican las conductas impulsivas, entre las que figuran las crisis asmáticas como respuesta disociada (al margen) de la dinámica psíquica al stress emocional.

En la etapa de intervención introducimos la variable independiente, la psicoterapia de grupo, como una variante en la experiencia de los niños, cuyas sesiones poseen una estructura ("la hora de jugar" y "la hora de platicar") prevista para que los niños puedan hacer el viaje de "la acción" a "la simbolización", del organismo a la construcción de un cuerpo; es decir, para favorecer el ejercicio de procesos simbólicos (como el pensamiento, la palabra, el dibujo, el juego simbólico). De esta forma, asistimos a un proceso cuya finalidad no es la curación, sino la construcción de una "demanda", la cual es privativa de la psiconeurósis y sólo se realiza en transferencia; objetivo que constituye un gran logro con los pacientes psicosomáticos, quienes se caracterizan porque tramitan el síntoma en un nivel somático, ya que el registro de su enfermedad pasa por el organismo, y no se trata de una negación sino más bien de una ausencia de representación. Por estas razones, la primera fase del proceso grupal (de la primera a la séptima sesión) se caracteriza por el predominio de la impulsividad en juegos de evacuación de la angustia que amenaza con destruir al sujeto, en conductas maníacas, el acting out y las crisis de asma (hasta la tercera sesión); los juegos de acción invaden la sala en desmedro de la verbalización. En una segunda fase (intermedia), que abarca de la octava a la décimo quinta sesión, los niños metaforizan su historia a través de la construcción de significantes ("nariz", "nariz tapada", "el volcán", "el incendio") que les permiten representar su lugar como "objeto (falo) dañado de la madre", expresan simbólicamente sus relaciones ambivalentes a través de cuentos y sueños, la "hora de jugar" aparece matizada de verbalizaciones, predomina el juego simbólico sobre las evacuaciones y la "hora de platicar" se amplía. En la tercera fase (de integración), que

comprende de la décimo sexta a la décimo novena sesión, las conductas de los niños son más discriminadas, el yo se ve enriquecido por mecanismos defensivos más elaborados que le permiten contener la angustia (la identificación introyectiva, la integración del objeto y del yo), aumenta el juego simbólico como despliegue de una fantasía; el objetivo de la psicoterapia grupal es alcanzado, en virtud de que los niños logran construir una demanda de tratamiento, la cual aparece en la posibilidad de plantear interrogantes existenciales del orden de la psiconeurósis, que ponen en juego el Complejo de Edipo y la castración.

En la etapa de postest encontramos un cambio significativo en la producción de los niños frente a las mismas pruebas de la primera etapa. A partir de la valoración cualitativa de los diferentes indicadores simbólicos especificados para cada prueba, resalta el incremento de los recursos simbólicos de los niños para elaborar aquello que produce angustia, aspecto que da cuenta de la capacidad de *r'everie* del yo que va más allá de la percepción, que simboliza la ausencia a través del pensamiento y la palabra, que recrea la fantasía y pone en juego la pulsión. Aparece un sujeto creativo que vence las "producciones chatas" y el síndrome del "eso es todo" (A. Green citado por Chevnic, 1983).

Consideramos que el objetivo general del trabajo se cumplió, en razón, de que la psicoterapia de grupo abrió en cada niño un "espacio psíquico", en el cual puedan plantear y elaborar sus conflictos por medio de diferentes recursos (primarios y secundarios en segunda instancia); apertura que, además, permitió la disminución de las conductas de acción, entre ellas las crisis asmáticas. La instalación de este "espacio psíquico" en la dinámica psíquica de los niños, constituye, también, la premisa básica para la demanda de tratamiento.

Los objetivos específicos, de igual manera, fueron cumplidos; puesto que, se posibilitó en los niños la apropiación simbólica de su cuerpo y enfermedad por medio del juego, el dibujo y la verbalización; a este respecto recordemos que durante el proceso terapéutico grupal surgen, a partir de la cuarta sesión, la representación verbal y gráfica de lo que acontece con el soma y consecuentemente disminuyen las crisis asmáticas; de manera similar, los juegos en los que se representan las crisis permiten a los niños situarse activamente en relación a la enfermedad y apropiarse de ella, con la consecuente disminución de la ansiedad y el pánico a ser destruido.

CAPITULO 5

CONCLUSIONES

El último capítulo tiene como objetivo dar respuesta a tres interrogantes en torno de los cuales giró la investigación y el trabajo terapéutico (ver Cap. 2, Metodología, Planteamiento del problema), respuestas que constituyen las conclusiones más importantes a las que llegó la experiencia, pero que no pueden generalizarse en virtud de que la muestra con la que se trabajó fue muy pequeña. Sin embargo, consideramos, que aportan datos clínicos importantes relativos a la dinámica psíquica individual y grupal de niños con padecimientos psicosomáticos en general y asmáticos en particular, y que, además, coinciden con otras investigaciones que se realizan en el mismo campo.

El primer interrogante fue formulado de la siguiente manera : **¿cuáles son las características de los procesos simbólicos que presentan los niños que padecen de afecciones asmáticas?** Acerca del cual diremos que las pruebas psicológicas aplicadas en la etapa de pretest (el Dibujo de la Figura Humana, el Test de Apercepción Temática para niños con figuras de animales, la Hora de Juego Diagnóstica) y al interior de cada una de ellas los indicadores simbólicos establecidos por diferentes investigaciones; demostraron que **los niños asmáticos observados se caracterizan por presentar déficits en el manejo operativo de los procesos simbólicos**, como el pensamiento y el lenguaje, los cuales además de ser expresión de los procesos secundarios del yo (juicios y razonamientos que obedecen a una lógica formal simbólica) constituyen vehículos a través de los cuales también encuentran su expresión contenidos inconscientes como las fantasías y por medio de ellas los fantasmas (como escenario de la pulsión); de forma tal, que es posible encontrar un pensamiento y lenguaje adheridos a lo concreto cuya referencia a lo circunstancial es abrumadora frente a una falta de conexión con un "objeto interno vivo", o bien su vacío frente a la actuación como forma única de evacuación de la angustia. Dicho déficit, que se traduce a su vez en deficiencias de la *reverie* del yo, no permite a los niños contener y metabolizar la angustia producida por las crisis evolutivas que deben enfrentar, tales como la separación del objeto primario y la asunción de su sexualidad en un discurso propio que frente a la falta crea.

El segundo interrogante plantea : **¿es posible identificar una suerte de disociación o separación entre las experiencias somáticas y psíquicas en la sintomatología psicosomática?** Respecto de este aspecto, la experiencia nos permitió observar, a través de la ausencia de referencia simbólica a la enfermedad por parte de los niños durante la etapa de pretest y la primera parte del proceso grupal, aquella particularidad de la dinámica psíquica, ya señalada por otros trabajos (M. Chevnik, C. Soler); la cual consiste en que **el síntoma psicosomático constituye una expresión del soma y como tal se encuentra separado de la dinámica psíquica, como efecto de una ausencia de representación de lo orgánico, representación que sólo es posible gracias a la construcción de una categoría de "cuerpo" construida en base a una imagen corporal unificada procesada en la relación con el otro (el objeto materno) y nombrada en el lenguaje.** Particularidad de la

economía narcisista del sujeto (psicosomático) que es el producto, a su vez, de un déficit en la capacidad de *r'everie* de la madre, quien no metaboliza la angustia que el niño deposita en ella, no transforma el "órgano" en un "cuerpo deseante", no proporciona un "espacio psíquico" en el cual se desarrolle la relación.

La tercer pregunta : **¿puede la psicoterapia grupal constituirse en una experiencia alternativa reparadora que permita a los niños el ejercicio de procesos simbólicos, posibilitando la modificación y reparación de modelos primarios de interacción psicosocial?** En base al sesgo en los resultados pretest-postest, recibe una respuesta afirmativa; puesto que, comparativamente, fue posible observar un incremento notable de recursos simbólicos en la producción de los niños entre las dos etapas de la investigación. Por otro lado, **habiendo sido la experiencia terapéutica grupal la variable introducida entre los dos momentos, existe una alta probabilidad de que la misma hubiese favorecido tendencias evolutivas, las cuales permiten al niño enfrentar sus conflictos con recursos más elaborados como el pensamiento y la palabra.** Así pues, al ser el lenguaje la mayor expresión de lo simbólico, el trabajo terapéutico, especialmente a través del dispositivo llamado por nosotros "la hora de platicar", permitió la construcción de significantes que posibilitaron, a su vez, la construcción de un "cuerpo" ya que "...ese cuerpo al que llaman el suyo es un obsequio del lenguaje." , (Colette Soler, pág. 99, 1994).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS :

Ajuriaguerra J. De., (1973), **Manual de Psiquiatría Infantil**, Ed. Toray - Masson, S. A., Barcelona, España.

Baringoltz de Hirsch S., (1979), "Pautas de Interpretación del Test de Apercepción Infantil (CAT-A) de L. Bellak", **Las Técnicas Proyectivas y el Proceso Psicodiagnóstico**, Siquier de Ocampo M., y otros., Cap. VI, p. 171, Nueva Visión, Bs. As., Argentina.

Bellak L. y S., (1981), **Teste de Apercecao Infantil com Figuras de Animais**, Editado por Mestre Jou, Sao Paulo.

Bion W. R., (1991), **Experiencias en Grupo**, Ed. Paidós, México.

Bleger J., (1979), **Psicología de la conducta**, Ed. Biblioteca de Psicología General, Paidós, 7ª edición, Argentina.

Bowlby J., (1982), **Los Cuidados Maternos y la Salud Mental**, Ed. Humanitas, 4ª edición, Buenos Aires, Argentina.

Canales de E. H., Alvarado de E. L., Pineda E. B., (1989), **Metodología de la Investigación. Manual para el Desarrollo de Personal de Salud**, O.P.S., O.M.S., Editorial Limusa, México.

Castro L., (1975), **Diseño Experimental Sin Estadística**, Trillas, México.

Chevnik M., (1983), "Aspectos narcisistas en el paciente psicossomático", **Icaria**, Barcelona.

Devereux G., (1977), **De la Ansiedad al Método en las Ciencias del Comportamiento**, Siglo Veintiuno Editores, México.

Dupont M. A., Jinich A., (1993), **Psicoterapia Grupal para Niños**, Universidad de Guadalajara, Asociación Psicoanalítica Jalisciense.

Dweck Asse S., (1993), "La Inhibición en el Juego : Una expresión de Ansiedad y Conflicto Temprano", **Revista Mexicana de Psiquiatría Infantil**, Vol. 2, No. 1, Primer trimestre.

Efron A. M., Fainberg E., Kleiner Y., Sigal A. M., Woscoboinik P., (1979), "La Hora de Juego Diagnóstica", **Las Técnicas Proyectivas y el Proceso Psicodiagnóstico**, Siquier de Ocampo M. y otros., Cap. VII, p. 193, Nueva Visión, Bs. As., Argentina.

Escobar Picasso E., Tristán López J., (1990), "Asma en la Infancia", **Revista Mexicana de Pediatría**, Vol. 57, Núm. 6, noviembre-diciembre.

Esquivel F., Heredia M., Lucio E., (1992), **Pruebas Psicológicas para Niños, Interpretación Clínica**, Dpto. de Psicología Clínica, Div. de Posgrado, Fac. de Psicología, U.N.A.M.

Ferschtut G., (1969), "Notas acerca de la mentalidad y el acting out grupales y de su interpretación transferencial", **Acta Psicológica, Am. Latina**, Buenos Aires, 15, 324.

Freud S., (1917), "Lecciones Introductorias al Psicoanálisis" ,**Obras Completas**, Ed. Biblioteca Nueva, Madrid (España), t. II, p. 2123.

Freud S., (1920), "Más allá del Principio del Placer" , **Obras Completas**, Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, t. III, p. 2507.

Freud S., (1920-1921), "Psicología de las Masas y Análisis del Yo" , **Obras Completas**, Ed. Biblioteca Nueva, Madrid , t. III, p. 2563.

Freud S., (1926), "Inhibición, Síntoma y Angustia",**Obras Completas**, Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, t. III, p. 2833.

Glasserman M. R., Sirlin M. E., (1974), **Psicoterapia de Grupo en Niños**, Ed. Nueva Visión, Buenos Aires.

Gorali V., (Compilador), (1994), **Estudios de Psicopatología**, Vol. 1, Ed. ATUEL-CAP, Argentina.

Grinberg L., Langer M., Rodríguez E., **Psicoterapia del Grupo**, Ed. Paidós, Buenos Aires, Argentina, 1961.

Harari R. (Compilador), Nocetti J. C. y otros., (1974), **Teoría y Técnica Psicológica de Comunidades Marginales**, Ed. Nueva Visión, Bs. As., Argentina.

Koppitz E., (1982), **El Dibujo de la Figura Humana en los Niños**, Ed. Pedagógica, Editorial Guadalupe, México.

Kornblit A., (1979), "Hacia un Modelo Estructural de la Hora de Juego Diagnóstica", **Las Técnicas Proyectivas y el Proceso Psicodiagnóstico**, Siquier de Ocampo y otros, Cap. VII, p. 223, Nueva Visión, Bs. As., Argentina.

Laplanche J., Pontalis J. B., (1977), **Diccionario de Psicoanálisis**, Ed. Labor S. A., Edición Universitaria, Barcelona, España.

Mannoni, M., (1976), **El niño, su enfermedad y los otros**, Nueva Visión, Buenos Aires, Argentina.

Martin A. M., (1986), "Pacientes no Agrupables en la Terapia Grupal Analítica : Grupos paralelos de niños y padres", **Revista de Psicología y Psicoterapia de Grupo**, Publicación

de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo, Tomo IX, Número 2, Buenos Aires, noviembre.

Marty P., M'Uzan M., David Ch., (1982), **La Investigación Psicosomática**, Luis Miracle, Barcelona.

Pacheco C. R., Díaz G. S., (1991), **Asma**, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad Universitaria, D. F., México.

Pérez A., (1978), "El niño, La Familia, El Pediatra" ., **Revista de Terapia Familiar**, Núm. 2, Ed. A.C.E., S.R.L., Bs. As., Argentina.

Piaget Jean., (1973), **Estudios de Psicología Genética**, Emecé Editores, S.A., 7a impresión, Buenos Aires, Argentina.

Pichon-Rivière E., (1985), **El Proceso Grupal. Del psicoanálisis a la psicología social (I)**., Nueva Visión, Bs. As., Argentina.

Rodolfo R., (1989), **El Niño y el Significante** ., Ed. Paidós, Argentina.

Siquier de Ocampo M., García Arzeno M., Grassano de Piccolo., (1979), **Las Técnicas Proyectivas y el Proceso Psicodiagnóstico** ., Nueva Visión, Bs. As., Argentina.

Soler Colette., (1994), "El Cuerpo en la Enseñanza de Lacan" ., **Estudios de Psicosomática**, Vol. 1, ATUEL-CAP, Bs. As. , Argentina.

Tubert-Oklander J., (1991), **El Grupo Operativo de Aprendizaje**., Ed. Investigaciones Psicoterapéuticas y Sociales, D. F., México.

Winnicott D. W., (1981), **Escritos de Pediatría y Psicoanálisis** ., Ed. Laia, Barcelona España.

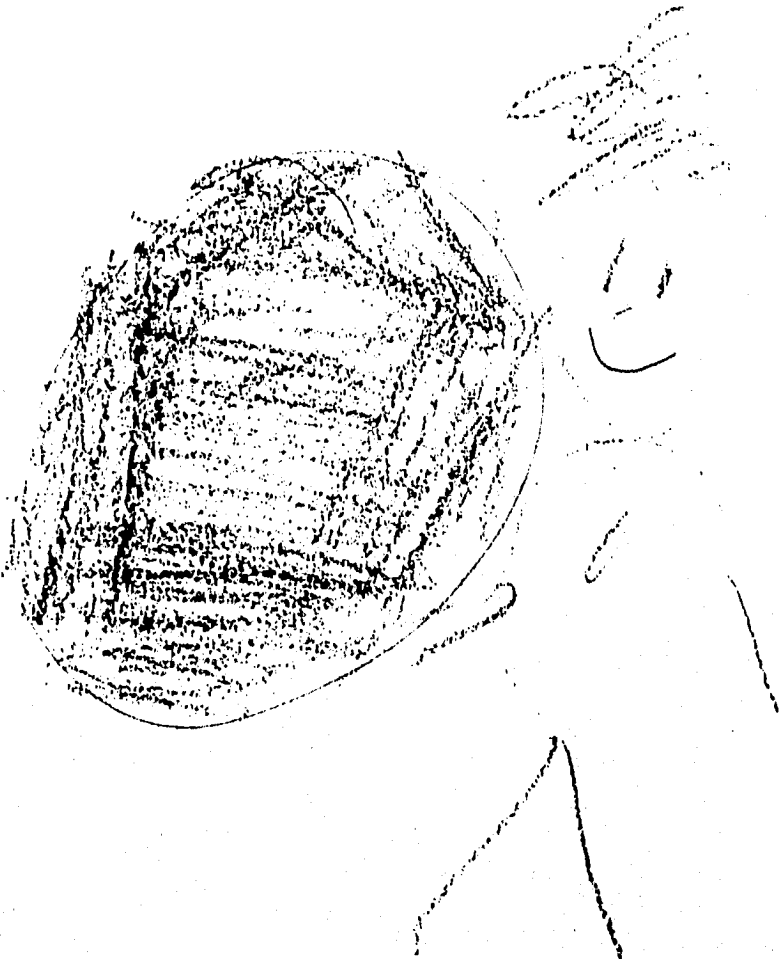
Winnicott D. W., (1979), **Realidad y Juego** ., Ed. Gedisa, 1a Edición, Barcelona, España.

APENDICES

APENDICE 1

DIBUJOS DE LA FIGURA HUMANA





DAVID 11/0
ALVAREZ

DFH 0



DFH 4

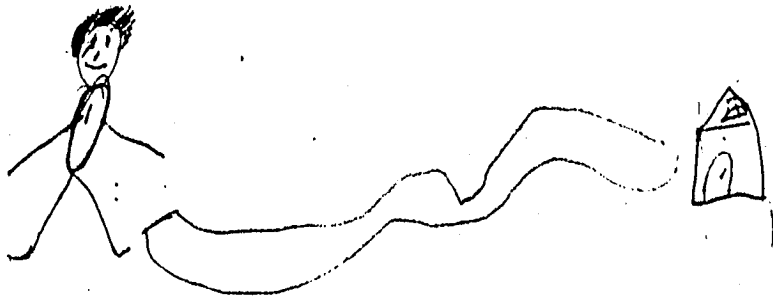


DFH 4

DFHS



DFH 5



DFH6

APENDICE 2

HISTORIAS DEL C.A.T.-A

1.-) Historias del CAT-A 1 .-

Lám. 1 : "Está una gallina mamá y pollitos. y hay otra gallina mamá, están comiendo el pollito que matáron".

Lám. 2 : "Un lobo con otro lobo y un lobito...en la cuerda. y el número (se refiere al número de lámina que aparece en el extremo inferior derecho)..(trata de borrar con el dedo índice el número que percibe)..y nada más".

Lám. 3 : "Aquí hay un león y también está fumando en la azotea y está un ratoncito (trata de borrarlo con el dedo)...y sus patas aquí están...su cuerpo aquí está...¿ya acabamos?".

Lám. 4 : "La mamá y su hijito...andan en un bicicleta, la mandan al mandado y aquí está la hijita...y ya está".

Lám. 5 : "(Cuenta las ventanas, 1,2,3,4). Hay palos y hay una recámara (vuelca la lámina rápidamente).

Lám. 6 : "Un lobo está en una calaca y hay huesos y hay una cara con ojos...y ya se acaba el cuento".

Lám. 7 : "Es un león de la selva y hay un changuito de la selva. El león va a morder al changuito, y ya...(vuelca la lámina)".

Lám. 8 : "Un changuito a la otra le está diciendo una cosa, y el otro...no se qué le está diciendo..y ya se acabó el cuento".

Lám. 9 : "Un conejito está solito en su cuna y no está su mamá...ya se acabó el cuento".

Lám. 10 : "El pelito (perrito) a la pelita se fueron al baño...y no se...¡yal...(vuelca la lámina)".

2.-) Historias del CAT-A 2 .-

Lám 1 : "La mamá está dando de comer a sus hijitos y nadie les quita su comida...porque tenían mucha hambre".

Lám. 2 : "El papá, su hijito y el lobo. Se estaba cayendo el lobo. Fueron al rescate el papá con el hijo y estiraron al lobo".

Lám. 3 : "Un ratón quería salir de su hueco y se hizo un caminito, y un león como estaba viejito estaba sentado en una silla y no se dió cuenta cuando el ratón paso por su lado y salió".

Lám. 4 : "La mamá lleva al hijo a la escuela muy rápido porque tenía que ir a su trabajo, pero cuando llegaron al niño no le gustó porque estaba fea y no se quiso quedar...la mamá llegó tarde y sus jefes la regañaron".

Lám. 5 : "En la cuna hay un bebé. La cama está vacía. Los papás están cenando. El bebé no llora...su mamá ya viene a cuidarlo porque creyó que estaba llorando".

Lám. 6 : "Un niño en una cueva y un papá, están comiendo. Esa es su casa. En el día van a buscar comida al bosque y cazan conejos...comen rico".

Lám. 7 : "El tigre se quería comer al chango, pero no se lo come porque es muy rápido, salta muchos árboles y el tigre no lo puede alcanzar".

Lám. 8 : "Los changos están dando una fiesta y en la cocina están cocinando...éste (señala con el dedo) le dice al otro que la casa está fea porque es malo, no tiene casa. Los papás les dan mucha comida y se van felices".

Lám. 9 : "Un conejo en la cuna está mirando la puerta. El conejo tiene miedo de ...su mamá está durmiente, su papá está trabajando...no quiere llamarla porque lo va a regañar".

Lám. 10 : "La mamá quiere bañar al perrito, pero no se deja, ...le gusta estar sucio, la mamá le dice que así no puede salir sino se baña primero, entonces recién se deja."

3.-) Historias del CAT-A 3 .-

Lám. 1 : "Ellos dicen que tienen hambre. La mamá les dice que les va a servir porque sino ellos le van a tirar...él no tiene el mantelito...".

Lám. 2 : "Aquí están peleando por este lazo y pues van a ganar ellos (los dos) porque son dos y él es uno".

Lám. 3 : "Aquí hay un león y un ratón....quiere comer porque tiene mucha hambre pero el león lo puede morder".

Lám. 4 : "¿Estos son canguros?.....se están peleando muchos humanos (señala el fondo de la lámina)...porque tienen mucha hambre...".

Lám. 5 : "Es una casa, una cama y una lámpara. Hay dos niños...y nada más."

Lám. 6 : "Aquí es una cueva y están dormidos.....está lloviendo...ya."

Lám. 7 : "Aquí es la selva, aquí este chango está espantado porque el tigre se lo va a comer...le da mucho miedo",

Lám. 8 : "Aquí es una reunión, hay changos, la mamá y su chanquito...su casa es pequeña y todos están juntos".

Lám. 9 : "Aquí está un cuarto y en esa cuna está el conejito y su mamá no lo escucha y se pone a llorar".

Lám. 10 : "Aquí está el baño, la cortina y el perrito, la mamá le pega, tiró el papel...".

4.-) Historias CAT-A.4 .-

Lám. 1 : "La mamá gallina mira a sus hijitos, le preocupa que les de hambre porque no tiene para comprar comida...sólo les pudo dar espagueti. Los pollitos hicieron una travesura y tienen miedo que su mamá se de cuenta y los castigue, pero la mamá no se dió cuenta".

Lám. 2 : "Los osos pelean por la cuerda. Los grandotes la quieren para jugar y el pequeño ayuda a éste, pero el otro está más fuerte, mira sus ojos (indica con el índice), y va a ganar".

Lám. 3 : "El león está preocupado, su hijito se ha perdido, él le dió una paliza... y se fue (se refiere al hijito). Piensa que no debió pegarle tan feo, está arrepentido. El ratón está viendo si el león está de buenas o si está enojado para salir a comer. El león no lo ve y el ratoncito pasa corriendo muy rápido".

Lám. 4 : "La mamá cangura lleva a sus hijos a la escuela. Están corriendo porque se retrasaron mucho, el de la bicicleta estuvo jugando y no quería vestirse, por esto la maestra lo va a regañar feo".

Lám. 5 : "Los niños no pueden dormir, tienen mucho miedo porque está oscuro, sólo hay luz de la luna...es que estuvieron viendo películas de terror. La mamá está bien dormida y no les hace caso".

Lám. 6 : "En la cueva están durmiendo los osos, el hijito se quiere salir a jugar pero le da miedo porque se pueden enojar y lo pueden castigar, pero él se está arrastrando y poco a poco logrará salirse".

Lám. 7 : "El tigre está muy furioso porque el chango se estuvo burlando de él, pero cuando lo atrape lo va a deshacer con sus dientes".

Lám. 8 : "Es una reunión, la mamá le dice a sus hijito que sea educado con sus modales, pues a veces es bien grosero. Las de atrás son sus tías y se creen las muy...se burlan de ellos, son muy malas, pero no les hacen caso".

Lám. 9 : "El conejito se despertó y busca a su mamá, pero le da miedo. La mamá se fue al mandado, pero regresará rápido a cuidar a su bebé. Todos sus hermanitos se fueron a la escuela y no hay quien lo cuide".

Lám. 10 : "La mamá está muy enojada porque a la hijita le ganó en la noche y mojò toda la cama, es que la niña es muy floja y no se levanta al baño. Su mamá le dice cosas feas y a la niña le da pena".

5.-) Historias CAT-A 5 .-

Lám. 1 : "Una gallina y sus hijitos están comiendo...tienen a su mamá...quieren más comida...y les dará la comida. El ya no quiere...la mamá le dirá ¡comel... El tampoco quiere".

Lám. 2 : "(Acerca mucho la lámina)..Es mi lazo dice el lobo...y el otro dice es mío dice el otro y el hijito...y se pelean...se rasguñan...gana el que tiene el hijito.

Lám. 3 : "Es el león...qué me pasa en la silla y se muere...y se bota...y se quemán sus pies...era malo."

Lám. 4 : "Sale con su hijito y se muere (la mamá) porque se le sale (de la barriga) y se muere...ella no quería al hijito... Se quedan sólo la niña y el hijito...se quemán sus pies (la mamá)...La niña y el hijito también se mueren...El hijito se queda solito.

Lám. 5 : "Es un bebé y se muere...su mamá...y se quema su pie y la cuna y la mamá también se muere...El papá también se muere... Sus papás se mueren y su hijito ahí queda".

Lám. 6 : "El chiquito se muere y también la mamá y el papá...y se quema eso (señala el derredor de la Lámina).

Lám. 7 : "El león se muere y viene otro que lo mató, es malo. También se muere el malo...y se quema su pie (el tigre).

Lám. 8 : "El chiquito se muere y también la mamá y el papá, y también la mamá y el hijito...y se quema la casa y también eso (el cuadro y los sofás)...ya se quema el hijo.

Lám. 9 : "Y se muere ese, el cachorrito y se quema la cama y se quema toda la casa y la puerta también...su mamá se murió y él estaba solito."

Lám. 10 : "Y se muere el hijito y se muere su papá (el perro grande)...está jugando con su hijito...y se muere el hijito y se quema la casa."

6.-) Historias CAT-A 6 .-

Lám. 1 : "Los pollitos van a desayunar, tienen mucha hambre...la mamá está mirando si acában todo...pero cuando se va, tiran la comida y hacen un tiradero...la mamá se enoja feo y les pega".

Lám. 2 : "¿Son osos?...están peleando por la cuerda...estos dos son hermanos y no tienen tanta fuerza como el otro, va a ganar y los va a jalar duro y se van a caer hasta abajo y el otro no los va a levantar, se va a reír y se va a ir con sus otros amigos".

Lám. 3 : "Este era un rey león, era muy malo, pero ahora ya no, usa este bastón...estaba en su casa, antes era bonita pero ahora hay ratones, una vez yo agarré una lagartija".

Lám. 4 : "La mamá lleva a sus hijos al doctor, está muy enojada y les dice ¡apúrense! o ya no los llevo...éste (se refiere al del triciclo) tiene mucha velocidad para que su mamá no lo deje, pero cuando llégan ya no está su doctor".

Lám. 5 : "Los niños están jugando y no déjan dormir a su mamá...hacen mucho ruido y la mamá se despierta, viene y los regaña y les dice que ya se salgan de ahí".

Lám. 6 : "Los osos están en su cueva, este tuvo una pesadilla muy fea y tiene mucho miedo... no puede respirar, pero le darán su medicina y ya podrá...cuando vaya afuera ya no le dará miedo porque se va a encontrar con sus amigos".

Lám. 7 : "Este tigre es muy malo, se quiere comer al chango...él (se refiere al mono) quiere escapar pero no puede saltar y el tigre lo va a atrapar".

Lám. 8 : "Están en una fiesta...la señora le dice al niño que vaya para afuera porque es sólo de mayores, pero él niño no se quiere ir...entonces los hijos de estas otras señoras lo van a llevar a jugar afuera".

Lám. 9 : "El conejito se ha despertado y ve que no hay nadie, por eso le da mucho miedo, pero vendrá su hermana...la mamá se fue al trabajo y vendrá después".

Lám. 10 : "La señora está enojada porque el niño dejó sucio el baño, tiró todo y no limpió y se fue a jugar...la mamá le pegó fuerte y le dijo que no lo haga más porque ella está cansada y no puede estar limpie y limpie...el niño se quedará castigado y no saldrá a jugar con sus amigos".

APENDICE 3

HORA DE JUEGO DIAGNOSTICA

1.- Hora de Juego Diagnóstica 1 (David) -

Encontramos al niño en la sala de espera del consultorio que funciona como sala de juego en el área de Consulta Externa de Pediatría, le pedimos que nos acompañe y a la mamá que espere en el mismo lugar. David acepta alegre cuando le decimos que va a jugar. Antes de marcharnos le señala a la mamá la nariz con el dedo índice, ya que al parecer la tiene congestionada por un catarro, y ésta acude apresurada con un pañuelo y se la limpia.

Ya en el interior de la sala de juego, previamente acomodada (ver Antecedentes Teóricos), le comunicamos la consigna. Al inicio, David se acerca curioso a la mesa donde están acomodados los juguetes y se pone a inspeccionar los cochecitos, para luego llevarlos al piso; pero antes de empezar a jugar, de forma intempestiva, toma los juguetes y corre a la puerta, la abre y desde allí se los muestra a la mamá. Cuando vuelve deja la puerta entreabierta. Luego inicia un juego en el que lanza los cochecitos, en una especie de carrera, contra la pared, de manera repetitiva y con expresión de júbilo y gritos cuando los coches se estrellan. Toma luego plastilina y la aplana y golpea contra el piso, llegando incluso a pisarla con los pies. A continuación va metiendo toda la plastilina junto con los cubos en un camión, primero en la carrocería y luego en la cabina, por la fuerza y sin importarle que se vayan saliendo cubos y pedázos de plastilina por las ventanas. Hace todo esto sin pronunciar una sola palabra.

Pasa luego a la mesa y abre las bolsas de los animales domésticos y salvajes, y los va ordenando sobre el piso haciendo un círculo que lo rodea. A continuación sale del círculo, construye torres con cubos de madera y coloca en la punta de cada una un animal, una vaca, un dinosaurio, para luego tirar todas las torres de un solo golpe.

A continuación me dice que va a hacer un dibujo y realiza uno con lápiz y acostado sobre el piso, cuando le preguntamos de qué se trata nos dice que son "techos buenos y malos".

Para terminar le pido que guardemos el material y me ayuda muy entusiasmado. Al salir se lanza sobre la mamá y la abraza jubiloso de verla nuevamente.

Como dato debemos mencionar que la mamá de David nos comunicó que la tarde anterior tuvo una crisis de asma porque se encontraba muy resfriado.

2.- Hora de Juego Diagnóstica 2 (David) -

David inicia la Hora de juego muy entusiasmado, debido a que considera a que ésta es su oportunidad para jugar sólo con la terapeuta después de haber compartido los juegos con

todo el grupo. A continuación señala "...son otros juguetes. ¿verdad?...¿y qué hiciste con los otros?", a lo que le respondo que se encuentran bien guardados en nuestro cuarto del "pasaje secreto" (refiriéndome al significante elaborado por el grupo para dar cuenta del proceso terapéutico que experimentaron).

Juega primero con un coche que se transforma en robot y lo hace volar y pelear con otros muñecos, como en una serie conocida de televisión, dramatiza una lucha entre los "buenos" y los "malos" que el robot "bueno" gana.

A continuación me pide que juguemos a construir una granja (con el juego de construir casas); por mi parte, le digo que me diga qué debo hacer, entonces me encarga que le ayude a construir la cerca mientras él construye las casas (les coloca techos), planta los árboles y coloca los animales dentro del cercado (pollitos, vacas, puercos, caballos). Por último, introduce a los granjeros (hombres, mujeres y niños) y juega a que el papá pide al niño que monte un caballo para "domarlo". Termina la unidad muy contento y admira su propia construcción; luego me pide que lo deje así y que no permita que otro niño destruya su juego.

Para terminar realiza un dibujo tapándolo con una mano para que yo no lo vea; cuando le pregunto qué dibujó me contesta con su ya habitual "adivina", se rió y luego me lo muestra, me dice que es "el pollito con el huevo con el pollito dentro". Por último, me dice que quiere escribir y en una hoja y escribe varias palabras como "nana, pepe, pepa", hasta terminar en "papá".

Antes de irse me pide que le permita llevarse plastilina a lo cual accedo.

3.-) Hora de Juego Diagnóstica 3 (Jéssica) .-

Al entrar a la sala de juego Jéssica saluda y sonríe muy seductora. Revisa muy entusiasmada todos los juguetes que se encuentran sobre la mesa, mientras no deja de decir que todos están muy bonitos. Acaba interesándose de forma especial por los muñecos de la familia, revisa su ropa. A la figura femenina le quita los zapatos, trata de hacerle un nuevo peinado pero no puede terminarlo y la abandona de forma descuidada.

Repentinamente se interesa por los cajones de la mesa de escritorio y se pone a revisarlos, mientras dice "...y aquí qué hay...". Cuando observamos que comienza a sacar fuera los diferentes materiales de escritorio que encuentra, le pedimos que mejor deje de hacerlo y que cierre los cajones, porque el material de juego con el que puede jugar es el que se encuentra sobre la mesa; sin embargo, continúa haciéndolo mientras dice "...yo tengo una...igual a ésta", respecto de diferentes objetos que va encontrando, o nos pregunta "...y esto para qué sirve...". Manipula tanto los cajones que termina quitándole la perilla a uno de ellos, y sin añadir más nada lo guarda dentro del mismo cajón, en un intento "ingenuo" de ocultar lo que hizo.

A continuación se interesa por la plastilina, saca todas las barras de la caja y las amasa con fuerza, formando pedazos aplanados que pega sobre una hoja, hasta que queda casi

completamente llena de plastilina de todos colores. LLama a esta especie de collage "el mar".

Al terminar nos pregunta cuándo volverá a jugar.

4.-) Hora de Juego Diagnóstica 4.(Jéssica) .-

Jéssica llega a la Hora de juego muy arreglada y elegante. Prácticamente se lanza sobre la mesa en la cual se encuentran los materiales de juego y me pregunta si son nuevos. Luego de revisar varios, como los animales domésticos, elige una muñeca que representa la figura femenina y los muñecos pequeños que representan a un niño, una niña y un bebé, e inmediatamente comienza a dramatizar un juego en el que personifica a una doctora que cura a los niños, quienes son acostados en sus camas, inyectados y atendidos de otras formas hospitalarias (los hace ingerir jarábes que saben muy feo pero de manera muy creativa). Me pide luego que personifique a la mamá de uno de los niños y que pregunte sobre su estado de salud, así lo hago y ella aprovecha para tratarme muy duramente, como algunas veces debió escuchar que los médicos tratában a su madre cuando ella o su hermano se enfermaban, "...señora debe ser más cuidadosa con su hijo...está muy enfermo y quizás hasta se muera...debe comprar estas inyecciones (hace como que escribe la receta en una hoja y me la alcanza)...y vuelva rápido para que pueda salvarlo...".

Pasa luego a atender al bebé, lo cambia, lo alimenta "como si" fuera una madre muy cariñosa. En este juego personifica tanto a la madre como al bebé, llora, succiona la mamila, la prepara, cambia los pañales.

Por último, se dedica a recortar prendas de vestir para el bebé utilizando papel de colores y termina haciendo manteles como se lo enseñaron en la escuela para regalarme uno.

5.-) Hora de Juego Diagnóstica 5.(Josué) .-

Cuando Josué entra en la sala de juego, la primera impresión que recibimos es la de un niño "pegado" a su madre, rehuye la mirada del terapeuta y se niega a través de ademanes (con la mirada y moviendo la cabeza) a separarse de la mamá; de tal forma, que ésta debe quedarse durante la prueba.

En un primer momento, el niño mira a distancia los juguetes colocados sobre la mesa, sin demostrar interés alguno, permanece apoyado sobre la madre, sólo a instancias de ésta se aproxima y toma un cochecito desarmable que traslada donde se encuentra la mamá y se sienta en el piso, a los pies de ella. A continuación comienza a desarmarlo utilizando la llave de tuercas que trae el juguete (observamos que reconoce su función y la utiliza correctamente), pero en medio de la actividad busca constantemente la mirada aprobatoria de la madre, quien le responde animándolo a continuar con lo que hace. Resulta llamativo el hecho de que la relación se caracteriza porque el niño no habla y es la madre quien habla por él. Al terminar de desarmar el coche lo abandona despedazado en el suelo y pregunta a la mamá cuándo se van a ir, a lo cual ella responde que todavía tiene que jugar con otros juguetes; por nuestra parte le preguntamos si ya se quiere ir, él nos responde

afirmativamente sólo con un movimiento de cabeza. A continuación vuelve a acercarse a los juguetes, observa y revisa algunos, y termina preguntándonos si puede tomar una hoja para dibujar, interviene, entonces la madre, quien también habla por nosotros, y le dice: "...claro hijo si la doctora te lo dijo...toma lo que gustes...".

De la misma forma, el niño trae la hoja y los lápices donde está sentada su mamá y realiza unos garabatos. Observamos que agarra correctamente los lápices pero los trazos son muy suaves, como si temiera hacer algún daño y provocar la desaprobación de la terapeuta y la mamá. Cuando le preguntamos qué es lo que dibuja nos responde que se trata de una rata que se metió en su casa (se refiere a su domicilio) y que tuvieron que matarla.

Por último, se acerca nuevamente a la mesa y trae consigo varios juguetes en un montón, los coloca sobre el piso y pasa a revisarlos, sin realizar juego alguno.

Al terminar no manifiesta interés por guardar los juguetes y sólo lo hace cuando solicitamos su ayuda.

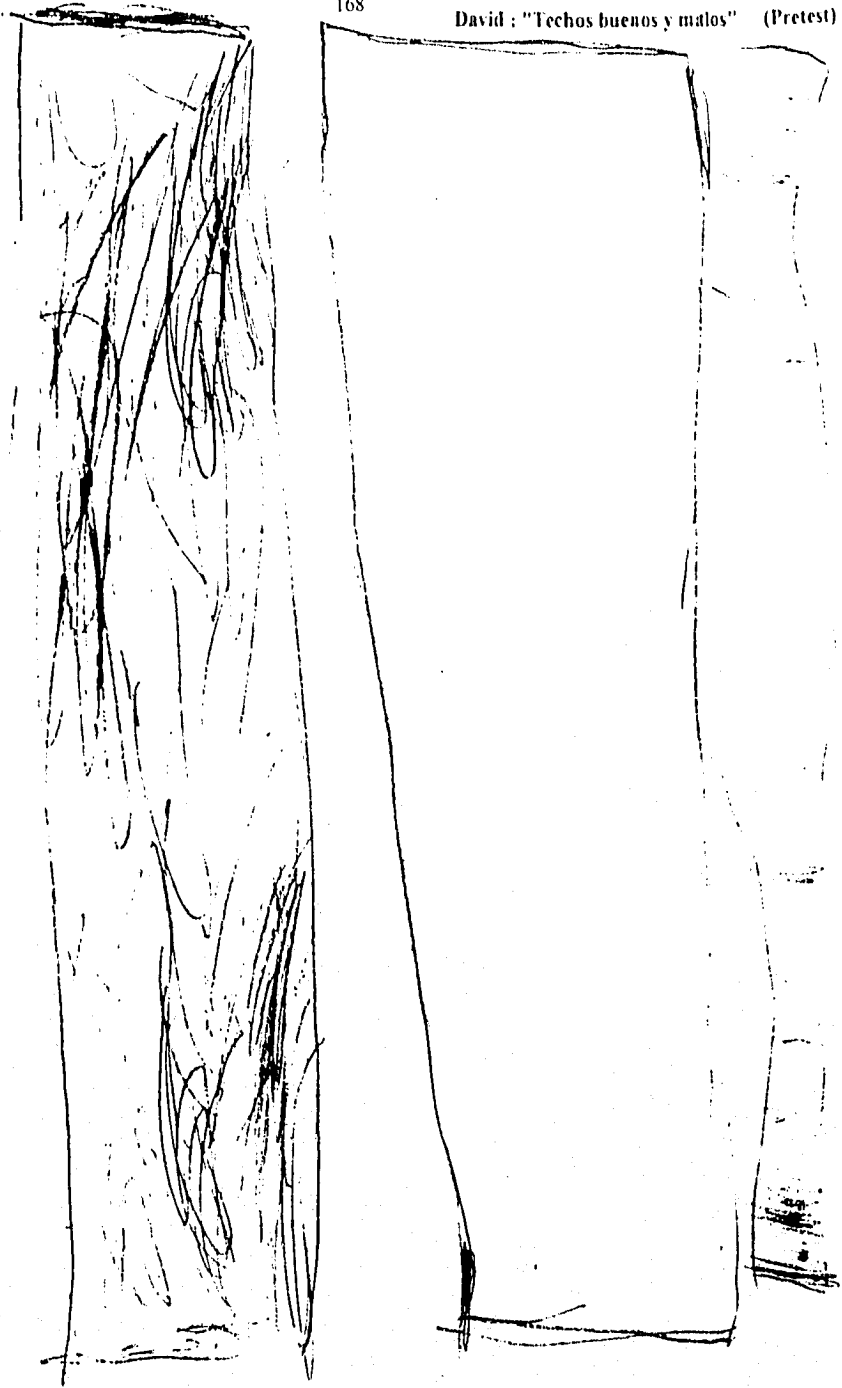
6.-) Hora de Juego Diagnóstica 6 (Josué) .-

Josué entra muy tranquilo a la sala de juego, se dirige inmediatamente a la mesa sobre la cual se encuentran los juguetes y da muestras de mucho entusiasmo. Elige las plastilinas y los cochecitos, con la primera modela en el piso caminos con muchas dificultades (curvas, obstáculos, puentes) y empieza a dramatizar una carrera de coches con muchos accidentes (choques, volcaduras) y conductores heridos que salen volando.

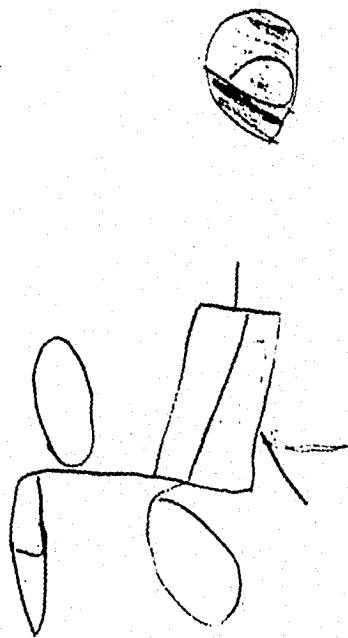
En medio de todo esto interrumpe las carreras para colocar otro coche como una ambulancia para auxiliar a los heridos; modela, también, árboles que coloca cerca del camino. Así mismo, pone dinosaurios en distintos lugares que atacan a los coches.

Nos llama la atención la gran actividad que despliega. Personifica a personas heridas, muertas, a otras que auxilian y a dinosaurios feroces que atacan sin piedad a los coches.

Al término de la Hora de juego me pide llevarse plastilina para continuar jugando.



David : "El pollito con el huevo con el pollito dentro"
Hora de Juego Diagnóstica (Postest)



David
Hora de Juego Diagnóstica (Postest)

10.11.11

10.11.11

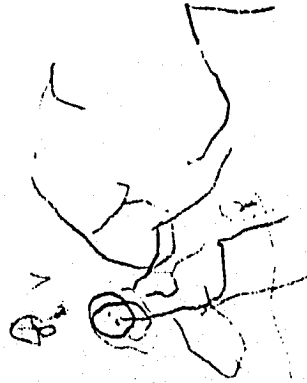
10.11.11

10.11.11

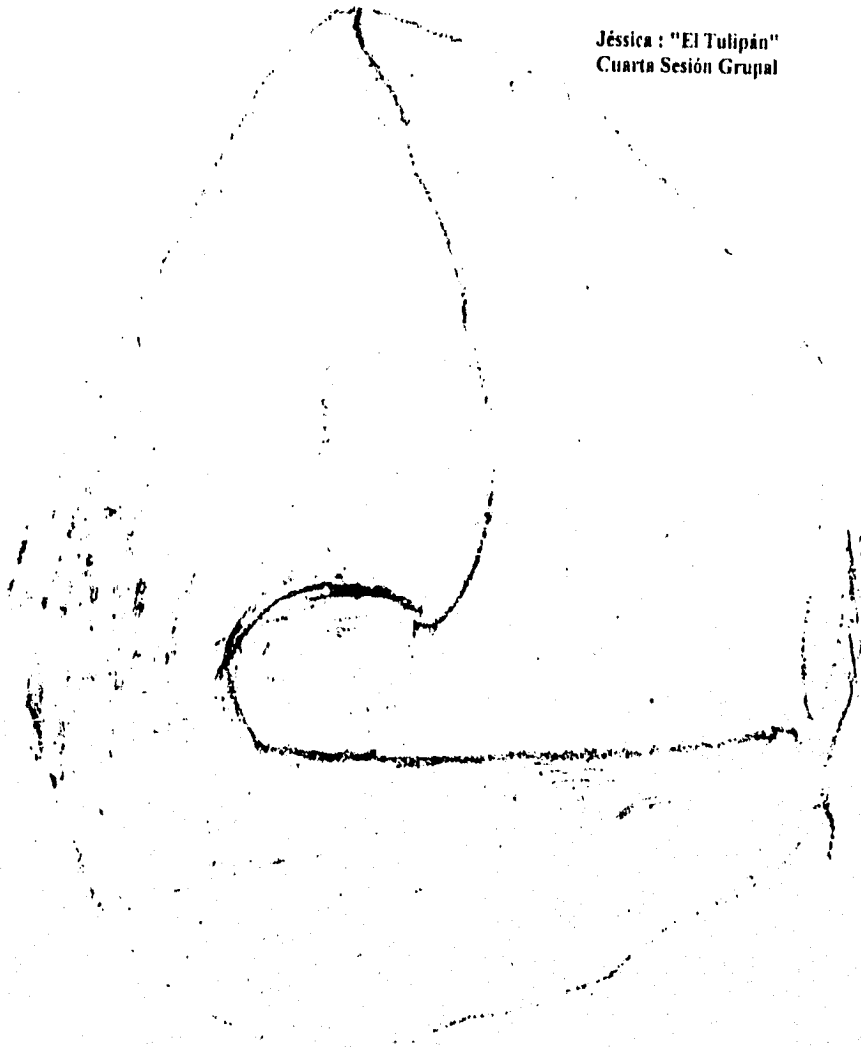
APENDICE 4

**DIBUJOS REALIZADOS DURANTE EL PROCESO
PSICOTERAPEUTICO GRUPAL**

Josué : "La mosca"
Segunda Sesión Grupal



Jéssica : "El Tulipán"
Cuarta Sesión Grupal

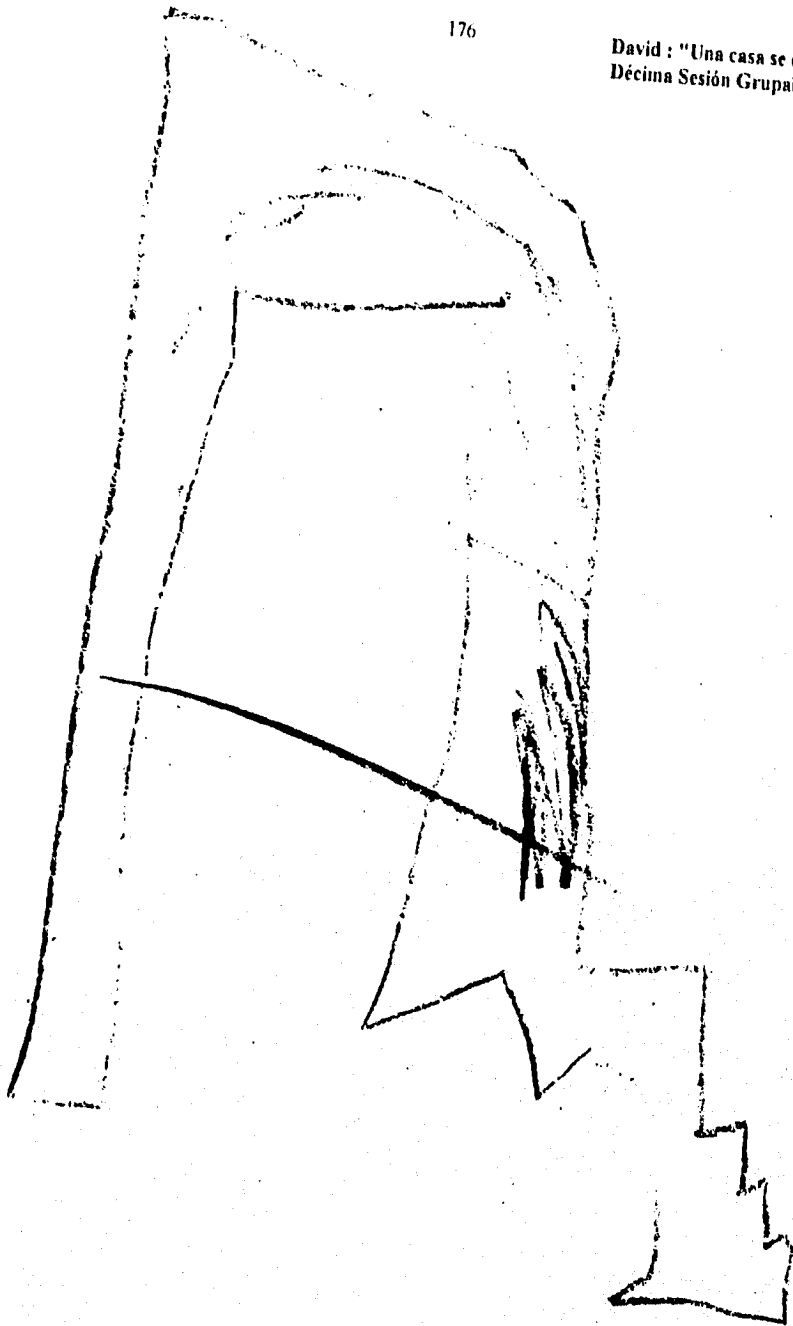




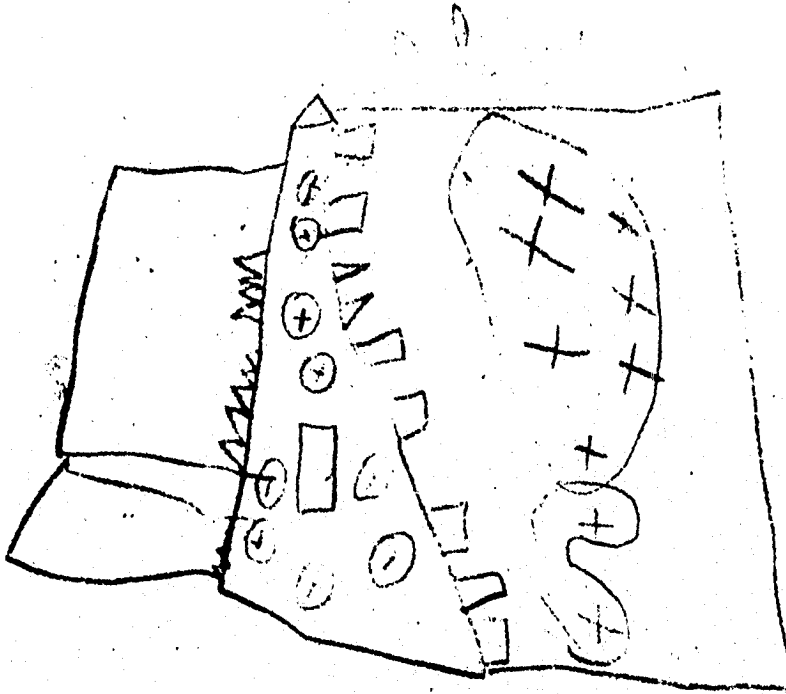
David : "Un bosque quemándose"
Décima Sesión Grupal



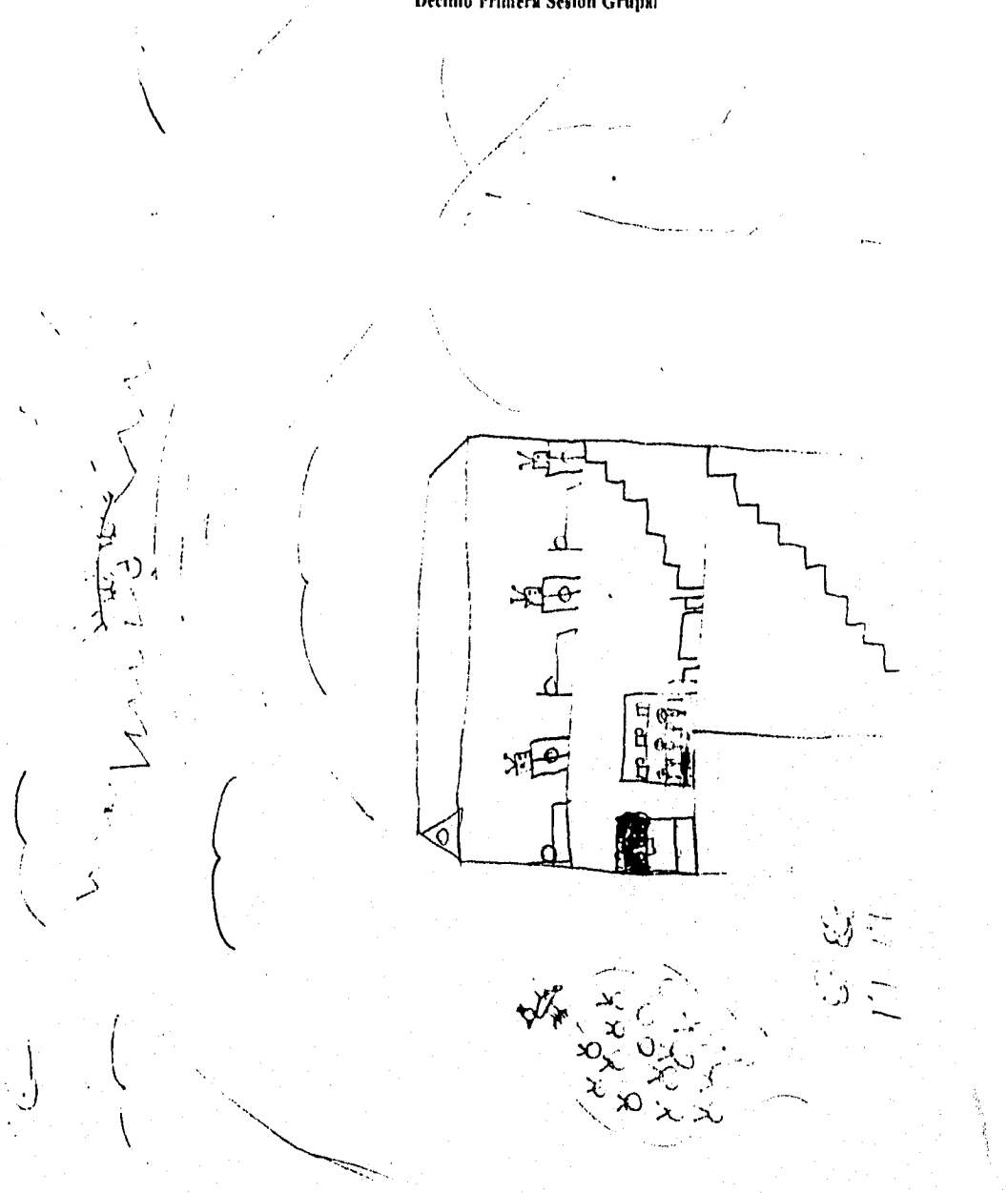
David : "Una casa se está quemando"
Décima Sesión Grupal



David : "Una ambulancia que lleva dentro
todos los animalitos heridos.....
todos se sanan"
Décima Sesión Grupal



Jéssica : "La casa a la que nunca le pasó nada"
Décimo Primera Sesión Grupal



COLLAGE

Josué : "Campo de luchas donde se enfrentan dos robots, uno bueno y otro malo"
Décimo Quinta Sesión Grupal



COLLAGE
David : "Los Techos"

