

**Universidad Autónoma de Entre Ríos**  
**Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales**  
Licenciatura en Psicología

*Relación del juego, los niños enfermos de cáncer y la hospitalización desde la teoría de Donald Winnicott.*

Autora: Marcela Soledad Pérez Alfonso

Dirección: Daniela Martínez

Paraná, 7 de septiembre de 2023



Este obra está bajo una licencia de Creative Commons  
Reconocimiento-Compartirigual 4.0 Internacional

**RIDA**

Repositorio Institucional  
Digital Abierto



**FHAyCS**

Facultad de Humanidades,  
Artes y Ciencias Sociales

# Relación del juego, los niños enfermos de cáncer y la hospitalización desde la teoría de Donald Winnicott.



---

**Autora: Marcela Soledad Pérez Alfonso**

**DNI: 24.042.035**

**E-mail: [marcela.perezalfonso@hotmail.com](mailto:marcela.perezalfonso@hotmail.com)**

**Directora: Lic. Daniela Martínez**

**Carrera: Licenciatura en Psicología**

## INDICE

|                                                            |    |
|------------------------------------------------------------|----|
| PAGINAS PRELIMINARES .....                                 | 3  |
| Trabajo Final Integrador .....                             | 3  |
| Agradecimientos. ....                                      | 4  |
| Dedicatoria .....                                          | 5  |
| INTRODUCCION .....                                         | 6  |
| TÍTULO: .....                                              | 6  |
| RESUMEN: .....                                             | 6  |
| PRESENTACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA: .....           | 8  |
| DISEÑO METODOLÓGICO Y MODALIDAD: .....                     | 11 |
| RELEVANCIA SOCIAL Y ACADÉMICA: .....                       | 12 |
| PLANTEO DE INTERROGANTES: .....                            | 13 |
| HIPÓTESIS: .....                                           | 13 |
| OBJETIVOS: .....                                           | 13 |
| Objetivo general: .....                                    | 13 |
| ANTECEDENTES – ESTADO DEL ARTE: .....                      | 14 |
| ENCUADRE TEÓRICO CONCEPTUAL .....                          | 17 |
| INFANCIA .....                                             | 17 |
| CANCER .....                                               | 19 |
| HOSPITALIZACION .....                                      | 26 |
| JUEGO .....                                                | 31 |
| EFECTOS TERAPEUTICOS .....                                 | 33 |
| ANÁLISIS Y PROBLEMATIZACIÓN .....                          | 34 |
| JUEGO .....                                                | 34 |
| <b>SIGMUND FREUD</b> .....                                 | 34 |
| <b>MELANIE KLEIN</b> .....                                 | 37 |
| <b>ANNA FREUD</b> .....                                    | 40 |
| <b>DONALD WINNICOTT</b> .....                              | 41 |
| EL NIÑO Y SU RELACIÓN CON EL CÁNCER .....                  | 51 |
| LA FANTASÍA EN EL NIÑO HOSPITALIZADO .....                 | 53 |
| EL JUEGO EN EL NIÑO HOSPITALIZADO .....                    | 55 |
| CONCLUSIONES .....                                         | 59 |
| ACERCA DE MI EXPERIENCIA EN EL DISPOSITIVO ARCO IRIS ..... | 62 |
| BIBLIOGRAFÍA TEMÁTICA: .....                               | 66 |

## **PAGINAS PRELIMINARES**

### **Trabajo Final Integrador**

Título: “Relación del juego, los niños enfermos de cáncer y la hospitalización desde la teoría de Donald Winnicott”

Modalidad: Investigación de carácter bibliográficacentrada en el campo del Psicoanálisis, principalmente desde los desarrollos Teóricos de Donald Winnicott, dado que aportan un criterio particular acerca del valor del juego y la comprensión del psiquismo infantil siendo sus conceptualizacionesvaliosas para el trabajo terapéutico.

Tesista: Marcela Soledad Pérez Alfonso.

D.N.I: 24.042.35

E-mail: marcela.perezalfonso@hotmail.com

Directora: Lic. Daniela Martínez

Lugar y fecha: 7 de Septiembre de 2023

### Agradecimientos.

*A mi directora Daniela Martínez, a quien aprecio por su generosidad en el acompañamiento de este proceso de aprendizaje.*

*A mis amistades, en especial a Abelardo, Norma y Doris fieles e incondicionales personas, quienes me acompañan en todo momento, incluso durante la producción de este trabajo.*

*A Roxana por su colaboración en los detalles finales y de diseño.*

*A Olga Gordon, mi profesora de psicoanálisis II que hizo de las clases de Winnicott, un gran juego permitiendo dar rienda suelta a la creatividad de sus alumnos.*

*Agradecer también a la Universidad Autónoma de Entre Ríos, universidad pública y gratuita, lugar que continúo transitando desde diferentes lugares, y me ha permitido tener mis primeras experiencias pres profesionales y acceder a títulos universitarios.*

### Dedicatoria

*A mi familia, a mis hermanos por estar siempre presentes, en particular a mi papá Marcos quien a través de su amor me ayudo a descubrir mi vocación, a mi mamá Alicia por haberme dado la vida y sus enseñanzas.*

*A mi hija Triana quién ha sido mi mayor motivación para nunca rendirme en los estudios.*

*Al padre Ignacio Peries por brindarme su cariño y fortaleza en este camino.*

*A Ser, mi amor, por su incondicionalidad.*

*A Bautista, que me acompaño en las madrugadas y noches de desvelo.*

## **INTRODUCCION**

*“El simple aleteo de una mariposa, puede producir fuertes vientos, al otro lado del planeta”*

*Proverbio Chino -Efecto mariposa*

### **TÍTULO:**

Relación del juego, los niños enfermos de cáncer y la hospitalización desde la teoría de Donald Winnicott

### **RESUMEN:**

El motivo principal que me orienta a investigar e indagar acerca de la temática del juego en los niños enfermos de cáncer y hospitalizados, surgió en un viaje a Italia en el año 2015, cuando visité el Hospital SollevodellaSofferenza, en San Giovanni Rotondo. Observé allí a familiares de niños oncológicos que llegaban del interior del país y recorrían los pasillos del hospital, en busca de respuestas, contención y consuelo por la situación que estaban atravesando. Esta vivencia me permitió reflexionar, acerca de esta enfermedad que provoca reacciones múltiples en el entorno de los pacientes y de las familias.

Por lo cual, al regresar a Argentina me incorporé como voluntaria a la Fundación Arco Iris realizando una capacitación con integrantes de la Fundación y del Hospital San Roque de la Ciudad de Paraná.

Arco Iris, es una Asociación Civil donde se propone principalmente procurar que el paso por el hospital sea lo menos traumático posible, brindando apoyo, contención y asistencia al paciente oncológico y su familia a través de actividades lúdicas y recreativas. Es una Asociación Civil sin Fines de Lucro que realiza sus actividades en el Servicio de Oncohematología del Hospital Materno Infantil San Roque de Paraná.

La Asociación se llama Arco Iris porque está formada por colores, cada integrante representa un color como parte de un Arco Iris que da matiz a la vida, con una mirada más humana, creando un nuevo espacio que va dando sentido, ya que la vida y la muerte es una constante de cada momento, día a día, hora tras hora, minuto a minuto.

Tal es así, que todas las semanas un grupo de voluntarios de la fundación, en la cual también me encontraba, concurrían al Hospital a participar de diferentes actividades lúdicas con los niños internados que no se encontraban en aislamiento ese día, dado que por los diversos tratamientos que deben llevar adelante sus defensas son muy vulnerables.

Estar aislado es percibido por los niños como un castigo, porque ese día no podrán ingresar a sus habitaciones los integrantes de Arco Iris para jugar o compartir alguna actividad. Esta situación

genera en el niño tristeza, ira y dolor pero frente a eso que se presenta en ese momento, surgen posibilidades de improvisar algún recurso, hacer bromas a través del vidrio de la ventana, expresarles cariño, hacerles llegar libros de cuentos, material para pintar y dibujar, para hacer manualidades, etc.

La dinámica de las actividades son muy intensas y cambiantes, no sólo por el poco tiempo disponible para llevarlas a cabo, sino el estado de ánimo de ese momento de cada niño.

A partir de esta experiencia en la fundación, surgieron interrogantes acerca de la relación del juego en los niños enfermos de cáncer y hospitalizados, y de esta manera surge la pregunta problema y el tema que orienta a investigar. Se considera, además, la importancia de la relevancia académica sobre esta temática.

Por tal motivo, el propósito de este trabajo consiste en un análisis conceptual sobre los desarrollos teóricos de Donald Winnicott, en el cual se buscará estudiar las particularidades del juego en los niños oncológicos y hospitalizados, donde teoría y clínica encuentren su vínculo posible.

Según la clínica Psicoanalítica con niños, el juego ocupa un lugar central, allí donde la palabra falta, el juego adviene como un modo de comunicación y expresión. Se entiende que el juego es la vía regia para el acceso al inconsciente infantil, con lo cual el jugar forma parte de la evolución psíquica del niño.

El diseño metodológico para la elaboración del TIF es bibliográfico, decisión pertinente para el estudio del tema a abordar y el contexto actual de Pandemia COVID- 19- Emergencia Sanitaria, Decreto 260/2020. Por tal motivo, el trabajo se desenvuelve dentro del ámbito exclusivamente teórico ligado a un análisis documental con un recorte pertinente de la obra de Donald Winnicott principalmente de “Realidad y Juego” (1971). La elección de este autor y su obra fue seleccionada por la relevancia académica en sus aportes sobre el juego en el análisis con niños.

De esta manera, y teniendo en cuenta la pregunta problema y los objetivos planteados, las categorías teóricas centrales a partir de las cuales se organizará el trabajo, serán las de infancia, cáncer, hospitalización, Juego, Efectos Terapéuticos.

Palabras claves: **Infancia –Cáncer- Hospitalización- Juego- Efectos Terapéuticos**

## PRESENTACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA:

Uno de los propósitos principales para trabajar la temática sobre el juego con niños enfermos de cáncer y hospitalizados desde el desarrollo teórico de Donald Winnicott, es porque se considera al juego y al jugar como central en la Clínica Psicoanalítica con niños. El juego sería la vía regia para el acceso al inconsciente infantil y el jugar forma parte de la evolución psíquica del niño.

La categoría infancia se ha ido modificando a lo largo de la historia, ello nos permite afirmar que tiene sus particularidades y diferencias con la adultez, con lo cual la clínica con niños no es una aplicación de la clínica adulta a la clínica infantil. Una estrategia posible es el juego, donde la palabra falta, el juego adviene como medio de expresión y comunicación.

Por su parte Melanie Klein plantea la necesidad de una clínica diferencial, dando lugar a nuevas posibilidades en lo referente al psicoanálisis con niños. Klein (1926) en sus teorías propone el juego en análisis con niños, argumentando que a través de esta técnica lúdica se podría trabajar con el inconsciente infantil. La autora postula que mediante el juego, el niño puede desplegar sus fantasías inconscientes, aliviar sus ansiedades y conseguir cierto alivio del malestar subjetivo que está padeciendo. Esto sería posible dado que plantea la existencia de un inconsciente desde el inicio de la vida con particularidades propias, y diferente de los adultos.

Según lo que se ha podido indagar la influencia de Melanie Klein en los desarrollos de Donald Winnicott, dieron lugar a nuevas posibilidades de teorización del juego en el campo del psicoanálisis de niños.

Retomando los aportes de Winnicott (1971) en su trabajo presentó una nueva perspectiva y relevancia donde pone énfasis más que en el juego mismo en la capacidad de jugar, como una actividad creativa, placentera y con rasgos de universalidad. A su vez el jugar es un potencializador para que el niño desarrolle experiencias culturales. Por otro lado, en aquellos niños que no están en condiciones de jugar es un indicador de detención en los procesos individuales. Con lo cual, la experiencia del juego creativo es una manifestación de salud mental y de una satisfactoria constitución psíquica del niño, siendo el jugar una demostración de subjetividad. Pero cabe destacar que la relación entre salud mental y juego no es lineal, sino más bien un indicador de la activación de recursos Psíquicos que operan en sentido positivo respecto de la posibilidad de establecer una condición de salud mental benigna para el sujeto. En lo referente a este punto, resulta interesante para el presente trabajo tomar en cuenta que en los niños oncológicos esta capacidad creadora se ve alterada por su calidad de vida. A raíz de las diferentes circunstancias que atraviesan.

En relación a la presente investigación, en el trabajo de Silvia Penón (2006) plantea que cuando un niño ingresa al hospital por patologías oncológicas, generalmente ingresan por períodos

prolongados. Este tipo de tratamiento supone grandes exigencias para los niños y sus familias. Los cambios bruscos en la vida diaria no son fáciles de asimilar, más aún si se ven inmersos en un entorno desconocido y hostil. Según la autora estar hospitalizado, es una de aquellas experiencias que puede resultar traumática para los niños, separándolos de su ambiente familiar, amigos y juegos.

Un niño hospitalizado es, ante todo, un niño y merece ser tratado como tal. Por eso la autora hace un recorrido de las necesidades de juego en las etapas evolutivas y como estas pueden ser alteradas por alguna enfermedad prolongada, que requiera un período de hospitalización.

Siguiendo a esta autora, entre los 0 a los 6 años es una etapa fundamental en el crecimiento infantil. Los niños a esta edad no cuentan con suficientes recursos para poder afrontar la enfermedad y su tratamiento. Los cambios que surgen en estas circunstancias son la base de su personalidad futura. Cuando un niño es hospitalizado, cambia su vida abruptamente, el quiebre que se produce repercute en varios aspectos que afecta lo físico, lo emocional y lo social. En cuanto a la familia se produce una ruptura de los vínculos y ritmos familiares. Por ello es imprescindible que los niños dispongan de recursos lúdicos y espacios que den respuesta a sus necesidades evolutivas.

A partir de los 3 años el niño ha desarrollado ciertas habilidades que le permiten ir construyendo su autonomía como sentarse, levantarse, guardar, esconder. El hospital pasa a ser su espacio vital y sus pautas pueden generar en el niño dependencia e inseguridad. A partir de los 2 años comienza el juego simbólico. Por su parte Piaget (1973) en esta etapa el niño no sólo asimila la realidad, sino que la incorpora para poder revivirla, dominarla o compensarla.

S. Penón (2006) también ha referido que a partir de los 4 años comienza un período de gran creatividad. El niño reproduce por imitación, aprende a interactuar con el medio que lo rodea. Desarrolla curiosidad y aprende cuales son los límites y cuales sus capacidades. En el nuevo ambiente, el niño se ve obligado a asimilar múltiples cambios. De pronto, tiene que interactuar con muchas personas a quienes no conoce. Entre ellos están los profesionales de la salud (médicos, enfermeras), quienes examinan su cuerpo y lo someten a diversas intervenciones, que en ocasiones se tornan molestas o dolorosas. El niño en esta etapa comprende las explicaciones que se le hagan sobre su enfermedad.

La autora señala que de acuerdo a la teoría de Piaget a partir de los 7 años el niño comienza a desarrollar el pensamiento lógico. Esto significa que es capaz de distinguir entre lo que es real y lo que es ficticio. Es importante que el niño tenga otros compañeros con quienes jugar y poder compartir en esta etapa. Esto le permite comprender, reflexionar y objetivar su enfermedad.

Por último, en el caso de la adolescencia, es un momento de cambios por lo que el chico atraviesa y en el caso de la hospitalización no resulta fácil. En esta etapa se va construyendo la identidad y el énfasis está puesto en el aspecto físico, esto puede provocar depresiones dependiendo de las consecuencias de la enfermedad.

Se conoce que la permanencia en un medio institucional restrictivo, como el hospital, hace que el niño asuma diferentes actitudes, se siente enfermo, abandonado por su familia, se siente solo propenso a estar triste, se desarrollan estrés y ansiedad. Muchos de los niños sometidos a hospitalización se sienten con dolor, con desconcierto, depresión, miedo, rabia y aislamiento social.

La autora concluye que el juego permite al niño conocer el medio y desarrollarse en él. Es una necesidad vital inherente al ser humano, una herramienta de crecimiento y desarrollo. Sin embargo, la hospitalización niega a esta necesidad, por falta de espacios de juego, material lúdico adecuado o debido a la propia enfermedad.

Interesa investigar la implicancia del juego en los niños oncológicos hospitalizados en un sentido más allá de la simple actividad recreativa, de distracción o de entretenimiento. Esto permitirá abrir un nuevo espacio para reflexionar diferentes posibilidades en la clínica psicoanalítica, y de esta manera poder concebirlo como un elemento significativo a la hora de observar el jugar de los niños.

Se considera importante seleccionar los desarrollos originales de Donald Winnicott siendo estos de gran relevancia en la clínica con niños, teniendo en cuenta los diferentes procesos psíquicos implicados en la temática y los aportes que brinda a la conceptualización del juego y del funcionamiento psíquico infantil.

## DISEÑO METODOLÓGICO Y MODALIDAD:

El diseño de investigación para el presente Trabajo Integrador Final es de carácter bibliográfico, decisión que resulta concerniente a la pregunta problema y el tema a abordar. El estudio está centrado en el campo del Psicoanálisis, principalmente desde los desarrollos Teóricos de Donald Winnicott. Realidad y Juego (1970), dado que aportan un criterio particular y sus conceptualizaciones son muy valiosas. Para ello, se indaga en sus aportes para la comprensión del psiquismo de los niños y el valor del juego en el trabajo terapéutico. Sin embargo, se toma en cuenta a otros autores como fuentes secundarias que aportan y permiten profundizar algún aspecto de la temática elegida. A fin de poder generar mayor comprensión y conocimiento especializado en el abordaje del juego en niños enfermos de cáncer y hospitalizados. De esta manera, se hará una revisión de las perspectivas teóricas para arribar a una conclusión propia.

El enfoque que se toma es cualitativo, Hernández Sampieri (2014), plantea que las investigaciones cualitativas se basan sobre todo en una lógica y proceso inductivo, donde lo primero es explorar y describir para luego generar una perspectiva o postura teórica. El investigador puede utilizar diversas técnicas para la recolección de datos, entre ellas la revisión de documentos, y es así que se opta por utilizar la revisión y sistematización de la obra y escritos principalmente de Donald Winnicott para llevar a cabo la recolección de datos.

El análisis de la información tiene que ver con una lectura pormenorizada de la bibliografía seleccionada, centrada en el análisis exhaustivo sobre las categorías teóricas a trabajar en el presente trabajo de investigación. De esta manera, se logra poder poner dichas categorías teóricas en tensión para poder investigar acerca de la hipótesis de trabajo.

### RELEVANCIA SOCIAL Y ACADÉMICA:

En cuanto a la relevancia social y académica esta investigación intentará explorar y aportar nuevas comprensiones sobre el juego con niños oncológicos, una temática en particular que convoca. El presente trabajo pretende ser un material para crear nuevos interrogantes y contribuir a futuras investigaciones en la clínica con niños oncológicos y hospitalizados desde la lectura que el Psicoanálisis ofrece, respecto a la dimensión del juego.

A su vez, realizar un aporte desde las posibilidades que una perspectiva teórica brinda a las familias que atraviesan estas situaciones, y al personal de salud para comprender al niño como sujeto, más allá de la enfermedad y poder brindarle apoyo para poder sobrellevar mejor la enfermedad.

### PLANTEO DE INTERROGANTES:

Teniendo en cuenta la problemática planteada surge la pregunta problema que se intentará responder durante la presente investigación:

- ✓ ***¿Qué lugar ocupa el juego y cuál es la oferta que se les brinda a los niños hospitalizados que reciben tratamiento oncológico?***

### HIPÓTESIS:

***“Partiendo desde la Teoría de Donald Winnicott, el lugar que ocupa el juego contribuye en la vida emocional de los niños, dado que la posibilidad de que un infante desarrolle la capacidad de jugar permite pensar, que las operaciones psíquicas que dan lugar al desarrollo se van realizando y permitiendo el acceso a la salud mental, que puede verse favorecida u obstaculizada de acuerdo al papel fundamental que el ambiente propicie para el desarrollo emocional del bebé. Asimismo, el buen funcionamiento de la diada madre-bebé ha permitido la existencia de recursos psíquicos que se activan para elaborar situaciones de la vida cotidiana como traumáticas. Pero cabe destacar que la relación entre salud mental y juego no es lineal, sino más bien, indicador de la activación de recursos psíquicos que operan en sentido positivo respecto de la posibilidad de establecer una condición de salud mental benigna para el sujeto. De modo que, la oferta de espacios de juego en el ámbito hospitalario entendiendo estos como un medio que facilita la subjetivación de la realidad, es decir que permite elaborarla, puede producir efectos terapéuticos en los niños en tratamiento oncológico”***

### OBJETIVOS:

Objetivo general:

- ✓ Conjeturar nuevas posibilidades en la relación del juego con niños enfermos de cáncer y hospitalizados.
- ✓ Objetivos específicos:
  - ✓ Desarrollar y analizar el juego desde la perspectiva de los desarrollos teóricos de Donald Winnicott.
  - ✓ Identificar y analizar el juego como técnica diagnóstica y terapéutica en la clínica con niños considerando los desarrollos psicoanalíticos de Donald Winnicott.

## **ANTECEDENTES – ESTADO DEL ARTE:**

La selección de antecedentes del presente trabajo fue realizada teniendo en cuenta el modo en que estos se relacionan con la temática a investigar. Es importante tener en cuenta el estado del arte dado que, a partir de allí se puede realizar una revisión de trabajos previos sobre el tema de estudio a abordar.

El primer antecedente del trabajo *“Dos Interpretaciones sobre el jugar y el juego: de Freud a Winnicott, ¿ruptura o continuidad?”* escrito por Julieta Bareiro (2017), y publicado en la Revista Lúdicamente, este artículo permite reflexionar acerca las diferencias teóricas en lo referente al juego que postula por un lado Freud, y por el otro Winnicott. Dicho trabajo pone de manifiesto varios puntos de desencuentro entre los autores. Cabe resaltar que para Freud el juego no es un recurso analítico, sino como actividad propia de la infancia para enfrentar lo que le está sucediendo. Las escenas traumáticas sentarían bases para la segunda escena que las hará resurgir con más o menos intensidad de acuerdo a los recursos de los que el niño haya utilizado en ese momento.

Por otro lado, Winnicott elabora su teoría acerca del juego como una condición para la clínica con niños. Para este autor el juego es un fin en sí mismo, porque remite a la capacidad creadora propia de la subjetividad. Es mediante el juego que el niño va a poder ir apropiándose de la realidad, sin sentirlo traumático porque va invistiéndola de sentidos personales al encuentro con el mundo externo y objetivo. Se puede inferir que el juego adquiere valor diagnóstico, y es posible pensar que la clínica de Winnicott apunta a que el sujeto advenga creador de lo que sucede allí.

Por último, si bien son marcadas las diferentes concepciones teóricas de Freud y de Winnicott en lo referente al juego, la autora concluye que se establece una relación de continuidad más que de ruptura entre ambos autores. Si bien presentan diferencias conceptuales no son excluyentes las teorizaciones sobre el juego que ellos postulan.

Silva Penón (2006) *“El Juego y el juguete y el niño hospitalizado”* su desarrollo teórico plantea que un niño hospitalizado por patologías oncológicas, ingresa por períodos prolongados. Este tipo de tratamiento puede resultar traumático para los niños porque supone grandes exigencias para él y sus familias. Un niño hospitalizado es, ante todo, un niño. Por eso la autora hace un recorrido de las necesidades de juego en las etapas evolutivas y como estas pueden ser alteradas por alguna enfermedad prolongada, que requiera un período de hospitalización. Concluye, que el juego permite al niño conocer el medio y desarrollarse en él. Siendo el juego una necesidad vital inherente al ser humano, una herramienta de crecimiento y desarrollo. Sin embargo, algunos hospitales no dan cuenta de esta necesidad o no se encuentran preparados para afrontar esta problemática, aludiendo la falta de espacios de juego, material lúdico adecuado u otras cuestiones de organización e implementación.

El artículo publicado en acta académica (proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto), de Bachmann y Babiszenko (2009) *“Lo terapéutico para Melanie Klein*

y *Donald Winnicott*”, aporta al presente trabajo de investigación ya que, en el artículo concluye en que ambos autores concuerdan en el efecto terapéutico que tiene el jugar y el juego dentro del dispositivo analítico. Se produciría a través del juego analítico cierto alivio de los síntomas presentados en el paciente. Sin embargo las diferencias concernientes al juego para ambos autores se enfatiza en que Melanie Klein (1926) toma al juego como medio de expresión con el que cuenta el niño para poder expresar los conflictos de su mundo interno. A diferencia de Winnicott (1971) que desarrolla una teoría más sistematizada sobre el jugar en los niños, destacando el aspecto saludable en la capacidad de jugar y como esta contribuye a un sano desarrollo emocional.

Por otro lado, en el artículo no explicita como sería el desarrollo del juego en los niños con cáncer, pero brinda un material interesante para poder pensar la clínica, especialmente como se da el juego con niños enfermos de cáncer y hospitalizados. Además, permite reflexionar si en todos los niños podría darse esta capacidad de jugar, que parece ser condición fundamental para llevar adelante el tratamiento analítico que Klein y Winnicott proponen.

Por último, en el caso de que un niño enfermo de cáncer y hospitalizado no pueda jugar ¿de qué manera se podría abordar analíticamente sus síntomas?, ¿cómo se podría tratar dentro del dispositivo analítico? Según evidencian, estas preguntas planteadas por los autores resultan significativas para retomar en un momento posterior del trabajo de investigación.

En la lectura del artículo “*Winnicott, un modo particular de leer psicoanálisis*”, publicado en el Anuario de Investigaciones vol. XXI por Mena (2014), resulta de suma importancia porque permite comprender su pensamiento acerca de la teoría psicoanalítica, y desde donde se posiciona para teorizar. Así mismo, es interesante que Winnicott, al tener formación en medicina, reúne en su modo de pensar la Clínica Psicoanalítica y los saberes de la Clínica médica. Dado que, una mirada desde una formación solo médica es sesgada y para abordar la complejidad de la oncología infantil es indispensable que se lleve a cabo de manera integral. Esto permite pensar en un trabajo interdisciplinario como un gran desafío para lograr resultados favorables.

Winnicott a diferencia de Freud o Klein, va a entender al niño como miembro de una primera unidad indivisible madre-hijo a partir de la cual el niño podrá o no desarrollar lo heredado, es decir cierto potencial que trae consigo. El despliegue de dicho potencial dependerá de un ambiente propicio para que el pequeño pueda adaptarse a sus necesidades.

El autor considera desde su recorrido conceptual que Winnicott le da un papel preponderante al ambiente, y es a partir de allí que elabora sus conceptos para entender la construcción del psiquismo infantil. Entre ellos los conceptos más relevantes, objeto transicional, zona transicional, fenómeno transicional, función maternante, etc.

Es interesante considerar la importancia que Winnicott hace del ambiente y de la dimensión intersubjetiva del desarrollo, dado que resulta fundamental a la hora de entender el desarrollo normal

de un infante. Este artículo permite reflexionar acerca de la relevancia del ambiente en lo que concierne al desarrollo del juego como fenómeno transicional siendo posible de desarrollarse gracias a un “ambiente facilitador” que permitirá la simbolización, operación psíquica fundamental para el desarrollo del juego. En este punto los desarrollos teóricos de Winnicott en torno al juego, comprenden un gran aporte al pensamiento psicoanalítico de esa época realizando un giro en sus teorizaciones acerca del jugar infantil como dimensión metapsicológica.

En artículo “*El Estatuto del juego en la Clínica Psicoanalítica*”, Asturizaga, E. y Unzueta, C. (2008) Contextualiza el juego como desarrollo de la creatividad y presenta históricamente la importancia del juego en el desarrollo del individuo frente a diferentes facultades y habilidades. Por otro lado, expone el juego como una posición del goce del niño relacionándolo con diferentes terapias para a niños enfermos.

En la lectura de “*El juego y la fantasía en el niño hospitalizado con diagnóstico de cáncer*”, Dulcini, S. (2018) es muy interesante como expone la importancia del juego y la fantasía para el desarrollo de los niños. Fundamenta además la necesidad de tiempos y espacios de juego en quienes se encuentran hospitalizados por estancias prolongadas como sucede con los niños con patología oncológica. Por otro lado estudia y muestra como el diagnóstico del cáncer se transforma en una rutina del niño hospitalizado.

En la Tesis “*Experiencias de mediación artísticas en oncología pediátrica y el sentido existencial de la persona enferma en los procesos serigráficos*”, Stimoli, A. (2021) expone la arteterapia como una corriente presente en diferentes ámbitos sociales. Además, investiga sobre experiencias de campo en lo posible con niños hospitalizados y acerca al profesional con la arteterapia como forma de ayuda a los niños hospitalizados. Por otro lado, investiga y realiza un análisis de contenido y de material para analizar la meditación oncológica desde los efectos de la arteterapia.

En el artículo “*¿Quién es Donald Woods Winnicott?*” Mena, I. (2013) el autor estudia las ideas de Donald Woods Winnicott y plasma sus ideas sobre el psicoanálisis desde una perspectiva de trabajo bibliográfico a través de la búsqueda de información.

En el libro “*Clínica psicoanalítica infantil Winnicott, D. W., & Gorsd, B. (1980)* se relaciona las contribuciones al psicoanálisis, desarrollando la vinculación que el autor hace entre trastorno mental y fracaso en el desarrollo infantil; es un su enfoque de la díada niño-madre como una unidad. Resaltando su visión del crecimiento emocional como pasaje de la dependencia hacia independencia y de la maduración como un producto de la calidad del cuidado materno. El autor refiere sus aportes al psicoanálisis desde la lectura de importantes influyentes en el desarrollo de teorías. A partir de ello, realizó una reconstrucción frente a una nueva visión del psicoanálisis.

Si bien los antecedentes seleccionados no son específicos de la temática a investigar, contribuyen a pensar, reflexionar y construir el objeto de estudio del presente trabajo.

### **ENCUADRE TEÓRICO CONCEPTUAL**

El desarrollo de la presente investigación se realiza con el fin de brindar una contextualización centrada en el juego, con niños enfermos de cáncer y hospitalizados desde una perspectiva psicoanalítica, en particular desde la teoría de Donald Winnicott considerándola como la más relevante para llevar a cabo la elaboración de la problemática en cuestión.

El tema de este trabajo hace referencia al juego, por tal motivo se desarrollará desde la perspectiva que el autor propone. Será necesario para ello, tomar la noción de infancia y diferenciarla de la etapa de la adultez teniendo en cuenta que Winnicott se apoya en esto para elaborar sus teorizaciones y pensar de manera diferente la etapa de la niñez con la adultez. Además, se incorporarán otras categorías teóricas que se considera fundamentales para esta investigación.

Por lo tanto, las categorías teóricas en la presente investigación que se consideran fundamentales para este trabajo son las de:

- ✓ Infancia
- ✓ Cáncer
- ✓ Hospitalización
- ✓ Juego
- ✓ Efectos terapéuticos

### **INFANCIA**

Para el desarrollo del presente trabajo es necesario abordar la categoría de infancia dado que a partir de los siglos XIV a XVII aparece produciendo una de las transformaciones más profundas de la sociedad occidental. La infancia deja de ocupar su lugar como residuo de la vida comunitaria e indiferenciada del mundo adulto.

Phillipe Aries (1987) afirma que la infancia es una construcción histórica moderna. Destaca que el “sentimiento de infancia” surge a partir del siglo XIV en Europa, debido a las nuevas formas del tráfico comercial y la producción mercantil. Estos hacen eclosión finalizando la Edad Media, con una lenta transformación de actitudes, sentimientos y relaciones frente a la infancia. La niñez comienza a ser percibida como una etapa en sí misma, con necesidades y posibilidades diferentes a las de la vida adulta. Empieza de esa manera a surgir un nuevo interés en la infancia como objeto de estudio y normalización.

Esta mutación va acompañada de una revolución demográfica de la Europa del siglo XIX. En esos momentos se producen cambios en las responsabilidades atribuidas a los más pequeños, inspirando amor, ternura y preocupación. El niño comienza a ser percibido como un ser inacabado y carente, con necesidades de resguardo y protección. Todos estos deberes tienen como responsables a la familia. Anterior a estas transformaciones era muy difícil comprometerse afectivamente con un niño, porque existía una alta mortalidad infantil. La razón es que era preferible no comprometerse afectivamente con el niño hasta que hubiera un mínimo de garantía de sobrevivencia.

John Illick (1987) comenta que: *“en la Edad Media se ponía el mismo nombre a dos hermanos, que se distinguían después por el apelativo de mayor o menor. En los comienzos de la Edad Moderna esta costumbre había caído en desuso, pero se ponía el nombre de un niño que había muerto, al niño que había nacido después. La perspectiva moderna de la niñez produjo un rechazo a la enfermedad infantil y se comienza a prodigar los cuidados necesarios a los niños enfermos, con lo cual baja la mortalidad.”*

De acuerdo a lo expuesto por Aries (1987), surge una nueva mirada para poder considerar a la infancia como una etapa en sí misma, propia e independiente a la adultez, modificando de esta manera la perspectiva que sin duda repercute en todo el campo del saber médico – científico, y también en el del psicoanálisis.

En este mismo sentido, R.E Levin (1995) expone que en el Siglo XIX se produciría un cambio abrupto respecto a la significación que se tenía de la niñez hasta entonces. A partir de diferentes factores políticos, sociales, económicos y científicos contribuyeron a un nuevo concepto de infancia más cercano a la actualidad. En este contexto surge el Psicoanálisis con Freud, marcando un nuevo paradigma a la niñez reconociendo una inscripción en la cultura de la época como continuidad de la vida adulta, dando lugar a una sexualidad específica, una estructuración de la vida psíquica constitutiva y perdurable a lo largo de la vida del adulto. La niñez a través del psicoanálisis fue revalorizada, jerarquizada fundamentalmente para entender la vida adulta.

Si bien Freud, toma al niño únicamente como objeto de estudio de sus teorizaciones sin ser tratables analíticamente por que reconocía que el niño era distinto psicológicamente a un adulto, fueron analistas posteriores al padre del Psicoanálisis principalmente de la escuela inglesa quienes contribuyen al análisis infantil. Winnicott fue uno de ellos, que con sus desarrollos teóricos revolucionarios aportaron una nueva forma de entender la infancia para esa época. Este autor a diferencia de Freud le otorgará importancia a los primeros meses de vida del niño y a la forma de relacionarse en esta diada madre- lactante. De este modo lo que existe en un principio no es un bebé en sí mismo, sino una pareja de crianza. Así pues, la perspectiva de Winnicott ubica en estos tempranos momentos del desarrollo emocional y en el aspecto vincular del mismo, todo factor causante de patologías graves posteriores en el niño. Se trata de un período muy importante y complicado a la vez, que de acuerdo al éxito que se obtenga sentará la base para la salud mental.

El psicoanálisis ha sido un aporte fundamental a la historia de la infancia reconociendo el problema de la niñez en su complejidad. De esta manera se abre en el campo psicoanalítico una nueva posibilidad, siendo Winnicott quien realiza un giro al teorizar acerca de la importancia de los primeros momentos del desarrollo del niño, como así también el papel crucial que tiene la teoría del juego.

Por otro lado, se considera como temática central para el desarrollo del presente trabajo de investigación, al niño y su relación con el cáncer. Por tal motivo, a continuación, se desarrollará como categoría al cáncer, para comprender la importancia y entendimiento de los síntomas que atraviesan estos infantes.

## CANCER

Bajo la denominación cáncer, de acuerdo a la definición de la Organización Mundial de la salud (OMS)

***“«Cáncer» es un término genérico utilizado para designar un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de «tumores malignos» o «neoplasias malignas». Una característica definitoria del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, en un proceso que se denomina «metástasis». La extensión de las metástasis es la principal causa de muerte por la enfermedad.»<sup>1</sup>***

Dulcini(2018), el cáncer es una enfermedad que aparece en la población en general, siendo así, se pronuncia cada vez en más escala y, aunque el cáncer infantil aparece en porcentajes no tan altos como en el caso de los adultos, la enfermedad en los niños, es la más temida por los especialistas y por la población a nivel global.

La diferencia entre el cáncer pediátrico y el cáncer en adultos radica en que su naturaleza, distribución y pronóstico es diferente, ya que en los niños los factores genéticos tienen más peso que los ambientales en el desarrollo de una neoplasia. Por ello, el cáncer es una enfermedad infrecuente en niños y adolescentes, pero aun así es la segunda causa de muerte infantil después de los accidentes. (Fernández Yélamos, Pascual y Medin, 2006).

---

1 Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer> recuperado 7/6/2023

De acuerdo al Ministerio de salud / instituto Nacional del Cáncer, en Argentina, la sobrevivencia de los menores de 15 años con cáncer promedia el 67%, inferior a los países desarrollados, debido a la demora en el diagnóstico y tratamiento.<sup>2</sup>

Sin embargo, informa la OMS, que en los últimos años se han registrado avances muy importantes en el tratamiento del cáncer infantil, y la curación es posible en más del 80% de los casos cuando el niño puede recibir atención oncológica.<sup>3</sup>

Los cánceres en niños tienen características propias y muy diferentes a las de los adultos, los más frecuentes en pediatría son las leucemias, los tumores del sistema nervioso central, los linfomas, los tumores de Wilms y los neuroblastomas.

En Argentina, más del 80% de los casos registrados se tratan en hospitales públicos, y 4 de cada 10 (44%) de los niños en algún momento de su tratamiento deben trasladarse a centros de mayor complejidad. El Programa Nacional de Cuidado Integral del Niño y Adolescente con Cáncer (PROCUINCA) del Instituto Nacional del Cáncer (INC) y la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) organizan capacitaciones en diagnóstico oportuno del cáncer en los niños en diferentes provincias de Argentina.<sup>4</sup>

Además, la Organización Mundial de la Salud (OMS) puso en marcha en 2018 la Iniciativa Mundial contra el Cáncer Infantil, que ofrece a los gobiernos pautas y asistencia técnica para ayudar a establecer y mantener programas de calidad contra el cáncer infantil.<sup>5</sup>

Por otro lado, El cáncer infantil tiene en la mayor parte de los casos un mejor pronóstico que el de adultos. Es importante entonces que todos los niños accedan al tratamiento adecuado en el tiempo indicado.

El tratamiento supone grandes exigencias para los niños y sus familias: durante un tiempo más o menos prolongado deben armar su rutina familiar en función del hospital, de los horarios y de los cuidados que requiere el niño enfermo. El niño debe soportar procedimientos dolorosos, tomar

---

2 Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/mejoro-el-pronostico-del-cancer-infantil-en-nuestro-pais>– recuperado 18 de Julio de 2023

3 Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer-in-children> recuperado el 18 de julio de 2023

4 Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/mejoro-el-pronostico-del-cancer-infantil-en-nuestro-pais>–recuperado 18 de Julio de 2023.

5 Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer-in-children> recuperado el 18 de julio de 2023.

medicaciones, hacerse estudios, soportar restricciones a lo que eran sus actividades cotidianas antes del diagnóstico y ver limitada su vida infantil.

Los padres deben asimilar gran cantidad de información, explicarles a familiares y amigos la evolución del niño, cuidar a los hermanos sanos en caso de que los hubiera, resolver su situación laboral, seguir funcionando como soporte de su hijo, etc. Muchos de los pacientes diagnosticados en el interior del país deben tratarse en las capitales de las provincias, viéndose obligados a separarse de su lugar habitual, de su cotidianeidad y sus seres queridos.

Los tratamientos oncológicos son muy intrusivos, largos, agresivos, costosos y requieren continuas visitas hospitalarias y numerosos cuidados en el hogar. Los principales métodos de tratamientos realizados con niños son la quimioterapia que cuenta con efectos secundarios importantes como náuseas, vómitos, anemia y la pérdida del cabello; la radiación que suele emplearse junto al procedimiento anterior; la cirugía, combinada con la quimioterapia y la radioterapia; el trasplante de médula, es decir, implican la acción coordinada de cirugía, quimioterapia y radioterapia, cuyos objetivos son extirpar el tumor (cirugía), impedir la reproducción de las células cancerígenas (quimioterapia), reducir el tamaño del tumor antes de su extirpación (radioterapia) y eliminar los restos tumorales después de la intervención quirúrgica (radioterapia).<sup>6</sup>

Liberman & Takatori, (2005), en cualquiera de los casos, un diagnóstico de cáncer, es devastador para el paciente como para los familiares, tanto así, que genera sentimientos negativos llegando a afectar de manera considerable el estado anímico del paciente, incluso, ser diagnosticado puede llevarle al punto de amenazar su integridad, genera incertidumbre, en tanto, la mayoría de diagnósticos llevan consigo la recurrencia o la muerte. Expresa Noboa Parreño (2015), además de sufrir una serie de necesidades fisiológicas, psicológicas y espirituales que pueden llegar a desmejorar la calidad de vida del paciente.

Como se ha mencionado, la experiencia de un niño con cáncer y su familia es altamente estresante. Sin embargo, es una oportunidad para reconocer fortalezas, cambiar roles, aceptar ayudas, aprender de otros que transitaban por la misma situación y compartir intensamente el tiempo en familia. Para que esto suceda, además de los recursos internos de la familia es importantísimo el soporte que la comunidad puede brindar, perdiendo el miedo a acercarse, el temor a impresionarse, valorando que más allá de estar enfermo de cáncer es un NIÑO que necesita jugar, ir a la escuela, distraerse, relacionarse, insertarse socialmente, crecer y desarrollar sus potencialidades.

Por otro lado, cuando se trata de diagnóstico y tratamiento del cáncer infantil es un proceso complejo, que requiere la intervención de un equipo médico especializado. A continuación, se presentan algunos aspectos claves sobre el diagnóstico y tratamiento del cáncer infantil.

---

<sup>6</sup> Disponible en: Fundación Natali Dafne Flexer: <https://www.fundacionflexer.org/acerca-del-cancer-infantil.html> recuperado el 23/06/2022.

## Diagnóstico y Tratamiento

En cuanto al diagnóstico de la enfermedad, es uno de los momentos más importantes que atraviesa tanto el paciente como su grupo familiar.

El paciente debe transitar por numerosas pruebas que caracterizan por ser de alta complejidad, y que permitirán tener conocimiento del tipo de cáncer que tiene el niño y determinar, de esta manera, cuál será el camino para el tratamiento. Entre los estudios más frecuentes tenemos extracciones de sangre, estudios radiológicos y biopsias según cada caso particular. Una vez que se obtiene el diagnóstico, el equipo médico es el responsable de dicha información a los familiares.

Aquí es importante el rol de la familia ya que son los encargados de decidir junto con el equipo interdisciplinario del hospital cómo brindar la noticia al niño.

Es un momento muy difícil que atraviesa toda la familia por eso el equipo de médicos, junto con el equipo terapéutico, debe estar muy presente y utilizar todas las herramientas necesarias para su contención.

Estamos en presencia de una familia que sufre, que se angustia, que tiene miedo de cómo será el tratamiento, que tiene la fantasía de muerte del niño, el sentimiento de culpa ante el diagnóstico.

Según el listado realizado en el año 2004 por la Fundación Natali Dafne Flexer (Cáncer Infantil-Diagnóstico y tratamiento), los padres pueden y deben hacer tantas preguntas como necesiten acerca de la enfermedad, de su tratamiento y de los efectos secundarios de la enfermedad, tienen el derecho a saber todo acerca del tratamiento, para esto deben asesorarse y recibir toda la información necesaria. Los padres deben involucrarse activamente en el cuidado integral de su hijo.

El pediatra o el médico de Atención Primaria juegan un papel de primordial importancia en la supervivencia al cáncer infantil en la instauración de un diagnóstico precoz.

Durante el tratamiento, se debe continuar en contacto con el niño y su familia después de su diagnóstico para potenciar el apoyo médico- psicológico que ofrece el hospital. Su aporte es fundamental para:

- Dar apoyo emocional al niño y su familia
- Controlar su desarrollo
- Orientar y reforzar a la familia en cuanto se refiere al cuidado, higiene y alimentación.
- Reconocer posibles signos o síntomas relacionados con los efectos secundarios del tratamiento quimioterapéutico o radioterápico administrado.
- Descubrir metástasis o recaídas.

(Según trabajo de grado realizado por la Prof. Ana M. ÁlvarezSilvan. “Signos y síntomas de alarma en el cáncer infantil. España.”<sup>7</sup>

Cuando se recibe la noticia de un diagnóstico confirmado, lo que es beneficioso en primera medida es que el hospital cuente con los recursos para realizar todos los estudios pertinentes para el tratamiento.

El equipo médico especializado es quien diseñará un plan adaptado a la complejidad del caso y al paciente en particular.

Estos tratamientos apuntan a la curación de la enfermedad; de no ser esto posible, apuntará a la disminución desaparición de los síntomas.

En el año 2004, la Fundación Natali Dafne Flexer (Cáncer Infantil-Diagnóstico y tratamiento expresó en sus escritos que existen distintas fases en el tratamiento del niño con cáncer. Estas pueden variar según el tipo de enfermedad y no todas son aplicables a cada tipo de cáncer.

- **Inducción de la remisión** que intenta establecer una remisión "clínica", en la cual el cáncer detectable ha sido eliminado. Se puede lograr por medio de la cirugía, radiación o quimioterapia.
- **La fase de consolidación** que intenta eliminar el residuo no visible de la enfermedad. La terapia es similar en magnitud a la inducción y, en algunos casos, se complementa con radioterapia.
- **Terapia de mantenimiento** que apunta a llegar a las células cancerosas no detectables que pueden permanecer en el cuerpo. Se utiliza quimioterapia, a veces inmunoterapia u otras formas de tratamiento y puede durar sólo algunos meses o continuar por varios años. La mayoría de los pacientes que sobrevivan cinco o más años se consideran curados.

Dependiendo del tipo de cáncer, el niño puede ser operado para extirpar un tumor o puede ser tratado con quimioterapia o radioterapia o una combinación de ambos tratamientos. Al existir tantos tipos diferentes de cáncer infantil, existen también diferentes maneras de tratar el cáncer.

Según un informe realizado por la Organización Panamericana de la Salud en el año 2014 se expuso los tipos de intervenciones que puede atravesar el paciente oncológico, las cuales se detallan a continuación:

---

<sup>7</sup>Disponible en: [https://spaoyex.es/sites/default/files/tumores\\_infantiles.pdf](https://spaoyex.es/sites/default/files/tumores_infantiles.pdf)

**Cirugía:** Es el tratamiento de elección en los tumores sólidos infantiles. En determinados casos, si la extirpación ha sido completa, puede ser incluso la única opción de tratamiento.

**Quimioterapia:** Este tratamiento quimioterápico es muy importante, aunque se puede omitir en determinados casos, cuando la extirpación tumoral ha sido completa. Por lo general se administra después de la cirugía. No obstante, está indicada preoperatoriamente, cuando el tumor es muy grande al diagnóstico, para reducir su tamaño y conseguir la exéresis completa en el momento de la intervención quirúrgica (quimioterapia de reducción tumoral).

**Radioterapia:** Su uso es cada vez más limitado en los niños, por las graves secuelas que produce.

### **Tipos de cáncer más comunes en edad infantil**

|                                             | <b>ETIOLOGIA</b>                                                                                | <b>SINTOMAS</b>                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>LEUCEMIA</b>                             | Aumento no controlado de glóbulos blancos en la médula ósea                                     | Cansancio, desgano, dolores óseos, excesiva sudoración nocturna.<br>Triada: fiebre, anemia y manifestaciones de sangrado.                                                                                                |
| <b>LINFOMA DE HODKING</b>                   | Afecta al Sistema Linfático, de crecimiento rápido. Se lo llama Tumores Sólidos Hematológicos.  | Cansancio, pérdida de apetito, anemia, pérdida de peso. Varía de acuerdo a su localización (dificultad respiratoria, distensión abdominal).<br>Cuadro con mucho dolor.                                                   |
| <b>TUMORES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL</b> | Tumores dentro de la cavidad craneal apareciendo particularmente entre los 5 y 10 años de edad. | Cefalea, náuseas, vómitos, alteraciones visuales o auditivas.<br>Hay otros cuadros de alteración del estado mental provocando cambios súbitos de ánimo, de conducta (irritabilidad) disminuyendo el rendimiento escolar. |
| <b>TUMOR DE WILMS</b>                       | Tumor maligno de las células de riñón. También se puede dar por malformaciones congénitas.      | Manifestación clínica habitual, palpitación de una masa abdominal.<br>Puede acompañarse de dolor, anemia, fiebre, constipación e hipertensión.                                                                           |

|                                       |                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>NEUROBLASTOMA</b>                  | Tumor maligno fuera del cráneo. Suele localizarse en glándulas suprarrenales como así también en otras partes del cuerpo como cuello, tórax y médula espinal. Ocurre normalmente en niños menores a 5 años. | Dolor y sensibilidad en los huesos, dificultad respiratoria, agrandamiento del abdomen, entre otros síntomas dependiendo su localización.                                                                        |
| <b>OSTEOSARCOMA Y SACORMADE EWING</b> | Tumores malignos primarios más comunes en el hueso. Suele afectar en mayor medida a hombres, adolescentes o adultos jóvenes.                                                                                | Dolor, aumento de volumen en la zona afectada, suele localizarse en zonas propensas a la metástasis como (fémur, tibia y húmero)                                                                                 |
| <b>RETINOBLASTOMA</b>                 | Tumor maligno que se origina en las células primitivas de la retina. Suele afectar a niños menores de 3 años.                                                                                               | Se presenta la leucocoria (ojo blanco u ojo de gato), ausencia del reflejo normal de la retina cuando se ilumina con la luz.                                                                                     |
| <b>RABDOMIOSARCOMA</b>                | Tumor maligno de los tejidos blandos de origen músculo esquelético. Suele aparecer en los primeros 8 años de vida.                                                                                          | Crecimiento local acompañado de mucho dolor. Los síntomas varían acorde al área afectada.                                                                                                                        |
| <b>TUMOR DE CELULAS GERMINALES</b>    | Neoplasias benignas o malignas constituidas por células germinales que crecen en los ovarios o testículos o en otras partes del cuerpo.                                                                     | Fiebre, vómitos, pérdida del peso, anorexia. Si se localiza en el ovario puede presentarse estreñimiento, ausencia de menstruación. Si se presenta en testículos se manifiesta como una masa dura poco dolorosa. |

En este sentido, Dulcini (2018), tras el diagnóstico de cáncer el paciente se ve obligado a enfrentar varios sentimientos de miedo, desasosiego o situaciones estresantes que le pueden dificultar su adaptación con la sociedad. Por tal motivo, Cock Moncada (2017), expresa que los pacientes deben ser abordados desde la comprensión y entendimiento de sus síntomas, tanto físicos como Psíquicos, contribuyendo a facilitar el entorno social para su recuperación. En consecuencia, manifiesta Noboa Parreño (2015), este diagnóstico afecta a su bienestar espiritual y, por ende, a un encuentro del propósito de vida.

Según, Sandoval Mijares (2019) si esta postula que especialistas en psicoanálisis que han estudiado el sufrimiento psicológico en personas diagnosticadas de cáncer, concuerdan en que el

diagnóstico puede ocasionar reacciones emocionales de carácter negativo, además de preocupaciones frente a las altas posibilidades de dolor durante el tratamiento, de lo cual, se desencadenan sintomatologías como la depresión y la ansiedad.

No obstante, pese a todas las consecuencias que hay tras el diagnóstico, existen situaciones que hacen el trauma más difícil de superar, como es el caso del cáncer infantil terminal, Cock Moncada, (2017). Aunque muchos de los tratamientos realizados para pacientes diagnosticadas se suelen tener resultados exitosos, el sentimiento incierto por el futuro, la vulnerabilidad frente al miedo de una nueva recaída o, incluso, del surgimiento de complicaciones más adelante, hace que el malestar físico y psicológico empeoren en la vida del paciente Cela (2022).

Si bien Winnicott no trabajó con niños diagnosticados con cáncer, desarrollo parte de sus investigaciones con niños que estaban hospitalizados y desarrolló una técnica llamada el juego del garabato.

### HOSPITALIZACION

Respecto a la hospitalización y retomando lo expuesto anteriormente en otras categorías acerca de la concepción que se tenía de la infancia antes del S.XIX, no es de extrañar que niños y adultos compartiesen un mismo espacio en los hospitales. Por tal motivo, resulta importante mencionar como era concebida la hospitalización para comprender el lugar que ocupaba el niño en un hospital.

Silvia Penón (2006) manifiesta que los primeros hospitales infantiles nacieron en Londres y en París alrededor de 1802 y en España en 1867. Durante la primera guerra mundial comenzaron a estudiar los trastornos emocionales que eran provocados por la separación de las madres de sus hijos cuando eran hospitalizados. Estos informes que se llevaron a cabo para estudiar la situación de los niños hospitalizados permitieron mejoras en la hospitalización como el acceso de los padres a estar con sus hijos.

A la tristeza que siente el niño, por la ruptura con el ambiente que le es familiar, se une el aburrimiento. El medio hospitalario es pobre en estímulos, su ritmo de actividades es monótono y repetitivo. Los horarios se establecen atendiendo casi exclusivamente a las exigencias de atención de la enfermedad y sin tomar en cuenta con frecuencia las necesidades fundamentales de los niños, su interés por jugar, aprender, movilizarse, explorar, comunicarse con otras personas de su misma edad, etc. Muchos niños manifiestan el deseo de tener algún juguete con qué ocuparse, de leer o escuchar la música que les gusta, de salir al aire libre o recibir recreación de algún tipo. Desafortunadamente, la única alternativa de los niños, es que deben sentarse o permanecer acostado durante largas horas frente a un televisor.

Silvia Penón (2006) afirma que la hospitalización significa una interrupción en el proceso de crecimiento que los puede afectar en todos los niveles. Si a esta situación de hospitalización agregamos que el niño debe permanecer durante un período prologando, dado que su diagnóstico es cáncer, el impacto podría ser aún mayor dependiendo la edad del infante y de la situación de los familiares directos que lo acompañen.

Cuando un niño es ingresado a un hospital se presentan de manera repentina sentimientos de temor ante la llegada a un lugar no conocido por él y ante la presencia de especialistas que se dirigen de una manera particular, ya que se le practican determinados estudios acordes a los síntomas con los que se presente a dicha institución.

Luego de finalizada la etapa de control y una vez que es detectado el tumor maligno, el niño deberá transitar por determinados tratamientos que indiquen tanto el médico oncólogo como así también su equipo de profesionales de la salud.

De acuerdo al caso, el paciente deberá realizarse quimioterapia diariamente vía oral o endovenosa según el diagnóstico y en aquellas situaciones en las que la enfermedad cuente con un grado de mayor complejidad. En aquellas situaciones en las que los pacientes provengan del interior del país y no puedan trasladarse a una vivienda se le ofrecerá la hospitalización o también podrán ser derivados a sus propias fundaciones hasta lograr una estabilidad en dicho proceso de curación.

Esta situación lleva al niño a preguntarse, y a preguntarles a sus padres, el porqué de estar allí, como así también el motivo de los estudios que se le practican.

Toda enfermedad irrumpe de manera negativa en la vida de cualquier persona, más aún cuando se trata de un infante o adolescente, a diferencia de un adulto, no posee los conocimientos sobre la enfermedad o en aquellos adolescentes a los que se les informa sobre su diagnóstico, suelen desbordar de angustia.

El impacto de la enfermedad en los niños, según Salcedo (2012), está determinado por la edad; en función de la misma pueden presentar una prevalencia mayor algunos factores u otros:

Preescolares: los niños/as más pequeños/as son más vulnerables a las secuelas neuropsicológicas y pueden ser más susceptibles a desarrollar trastornos de ajuste.

- Escolares: son más vulnerables a los cambios a nivel del desarrollo físico, a presentar trastorno de estrés postraumático y a experimentar más ansiedad social y timidez.

- Adolescentes: la principal vulnerabilidad está en la búsqueda de un sentido de identidad, siendo más susceptibles a problemas de ajuste y a las secuelas psicosexuales que generan repercusiones físicas, psicológicas e interpersonales. Entre ellas la pérdida de los hitos previamente adquiridos, tales como la

pubertad, la fertilidad, la menstruación, la libido, la erección y el vello púbico (Grant y DeDemetriou, 1988; Woolverton y Ostroff, 1998 citado por Salcedo, 2012).

### Cómo percibe el niño su propia enfermedad

En la actualidad, mediante los medios de comunicación es posible acceder a cualquier tipo de información acerca de las enfermedades oncológicas.

No sólo la familia es quien sufre por la noticia de un diagnóstico a temprana edad, sino principalmente el paciente, el niño; cuando tiene conocimiento de su diagnóstico lo primero que piensa es si sobrevivirá o va a morir, por eso es muy importante la edad evolutiva que atraviesa el infante para poder trabajar de manera conjunta con el equipo de salud que forma parte del hospital.

Los niños más pequeños manifiestan principalmente su preocupación por el dolor y el miedo de separarse de sus padres y de su entorno durante las hospitalizaciones. En cambio, en los pacientes de más edad surgen sentimientos de soledad. (Xavier Méndez 2004. Pág. 140).

Los niños muy pequeños no saben expresar verbalmente las sensaciones dolorosas y cuando adquieren la capacidad de expresar o reconocer la fuente del dolor, no tienen autonomía suficiente para llevar a cabo acciones para eliminarla.

En oncología infantil se diferencia entre el dolor procedente de la propia enfermedad y el dolor causado por los procedimientos de diagnóstico o del tratamiento médico.

Según Silvia Penón (2006) la hospitalización significa una interrupción en el proceso de crecimiento que los puede afectar en todos los niveles (físico, psíquico, social e intelectual). La gran ruptura que se produce en su vida puede tener distintas repercusiones.

El niño entra en un medio desconocido y hostil. En nuestra sociedad aséptica y que aleja a los niños de los hospitales y los enfermos, cuando este sufre una enfermedad con frecuencia nace un sentimiento de culpabilidad. La enfermedad es vivida como un castigo por alguna conducta que no ha sido adecuada.

Según, Xavier Menéndez, (2004) además de las diferentes situaciones que deben enfrentar los niños enfermos y hospitalizados, se adicionan alteraciones que se presentan en el plano físico, social, emocional.

### **Alteraciones:**

**Físico:** entorno extraño y agresivo (inyecciones, curas, medicaciones).

Tratamientos que pueden provocar dolor, vómitos, cefaleas. Limitaciones propias de la enfermedad como la inmovilidad. Trastornos en las respuestas psicofisiológicas (sueño, comportamiento).

**Social:** ruptura con el vínculo familiar habitual y con su grupo de amigos.

Esto genera un alto nivel de ansiedad ya que el niño ve interrumpida su vida diaria a consecuencia de su internación en la cual se deben separar de sus padres, hermanos, etc.

Durante el tratamiento, el niño se expone a intervenciones muy dolorosas, las cuales son relatadas por los pacientes como más fuertes que la propia enfermedad y por ello es muy común que en dichas intervenciones aparezcan conductas oposicionistas, acompañadas de llantos, irritabilidad, gritos, etc.

Como consecuencia de la enfermedad y de la hospitalización, suelen aparecer una serie de trastornos emocionales que, en muchas ocasiones, influyen en su estado de salud y en los tratamientos y evolución de la enfermedad y, a la vez, influyen de forma negativa en su bienestar y su calidad de vida.

**Emocional:** angustia, ansiedad, apatía, miedo, frustración. La pérdida de autonomía y actividad puede derivar en regresiones en los hábitos y en los comportamientos. Es posible que al manifestarse la enfermedad, nazca un sentimiento de culpabilidad.

Ante el ingreso al hospital pueden reaccionar con una respuesta de protesta activa (irascibilidad, oposición) o una respuesta excesivamente adaptada (silencios, vergüenza, pasividad).

Aparece el temor a la cura, las batas blancas de los profesionales sanitarios y a todos los instrumentos e intervenciones médicas que deba atravesar.

No debemos olvidar que muchos pacientes, dependiendo del tipo de enfermedad, suelen ser intervenidos quirúrgicamente y esto se convierte en una situación estresante en la cual no solo sufre el niño, sino toda una familia que lo acompaña en la preparación a la entrada al quirófano y luego el post quirúrgico brindando toda la contención asistencial y emocional que necesite el niño.

La hospitalización y el tratamiento del cáncer pueden tener efectos significativos en los niños y sus familias, desde una perspectiva psicoanalítica, según Lic. Sol Barutta - Lic. VictorAndenoché (2008) algunos de estos efectos incluyen:

- Temor a la pérdida de una parte importante del cuerpo: Los niños pueden experimentar angustia de castración debido al temor de perder una parte importante de su cuerpo.

- Temor a vivir la intervención como un castigo por alguna mala conducta que creen haber merecido.

- En niños mayores temor a la anestesia no dormirse, no poder despertar, a despertar durante la operación, lo cual remite al temor a la muerte.

-En niños púberes se relaciona con el pudor, temiendo ser expuesto en su desnudez ante la mirada de los otros.

-Temor al dolor, al sufrimiento.

Por otro lado, los tratamientos y requisitos médicos pueden cambiar las rutinas familiares, lo que puede ser estresante y emocionalmente negativo para los padres, como así también los efectos secundarios de la quimioterapia, como las náuseas, los vómitos, la estomatitis y la alopecia, pueden tener un impacto emocional en los niños.

De la misma manera, en los familiares como en los niños enfermos, la hospitalización puede ser vivida como una experiencia traumática, especialmente si se someten a procedimientos dolorosos.

Además, los niños y adolescentes que se enfrentan al cáncer pueden experimentar síntomas ocasionales de depresión. En algunos casos, estos síntomas pueden ser más graves y duraderos, y pueden afectar la vida diaria. La psicoterapia y los tratamientos farmacológicos pueden ser útiles para tratar la depresión.

Es importante tener en cuenta que cada niño y su familia es única, y puede experimentar estos efectos de manera diferente. Los profesionales de la salud, psicoanalistas y psico-oncólogos pueden trabajar con los niños y sus familias para ayudarlos a comprender y manejar estos efectos emocionales que producen el cáncer y la hospitalización.

Por otro lado, Winnicott (1971) manifiesta la importancia de la presencia de los padres en el hospital para el bienestar emocional del niño. El autor ha señalado que la separación del niño de sus padres puede ser traumática, y que su presencia es de vital importancia en esos momentos que debe atravesar el niño.

Winnicott, ha desarrollado la terapia del juego, que se basa en la idea de que el juego es un recurso para establecer una relación con el niño, siendo esta una herramienta importante en el psicoanálisis infantil. En el caso de los niños hospitalizados, creó la técnica del garabato para establecer contacto con el paciente, permitiendo al niño expresar sus sentimientos y pensamientos de una manera segura y creativa.

## JUEGO

El juego, en la historia emerge como actividad cultural privilegiada en los niños. El juego es inherente al ser humano representa una actividad una práctica necesaria y esencial.

Huizinga (en Lebovici y Diatkine, 1969) en su obra *Homo ludens*, es citado por los autores cuando define al juego como:

Acción libre, sentida, como ficticia y situada fuera de la vida corriente, capaz, no obstante, de absorber totalmente al jugador, acción despojada de todo interés material y de toda, utilidad, que se realiza en un tiempo y en un espacio expresamente circunscriptos, se desarrolla con orden, según reglas establecidas y suscita, en la vida, relaciones de grupo que gustosamente se rodean de misterio, o que acentúan, mediante el disfraz, lo ajenas que son al mundo habitual. (Lebovici y Diatkine, 1969. p.11).

En palabras de Winnicott:

“Jugar es hacer, el juego compromete al cuerpo, el jugar tiene siempre una implicancia corporal, implica una acción sobre el mundo externo y modifica a la vez el “mundo interno”, (Winnicott, 1979b).

El "Jugar es hacer" no solo en el sentido material, sino también en un sentido subjetivo. El juego es responsable de aquello que termina por constituir toda experiencia imaginativa y creadora.

Winnicott (1942) El juego es un espacio donde el niño puede ser libre y creativo, y donde puede desarrollar su personalidad.

El autor señala que todos los niños tienen la capacidad para jugar, lo propio del niño es el juego; le da una singular importancia en la vida emocional, y como indicador de salud mental.

Por ello Winnicott(1971) desarrolla para su trabajo terapéutico con sus pacientes niños, el juego en sí mismo como recurso analítico, como indicador de salud mental en la medida que contribuya al desarrollo del psiquismo infantil y de esta manera permite la posibilidad de acceder a la realidad compartida.

Para esto Winnicott(1971)introduce a sus estudios dos conceptos fundamentales el de objetos transicionales y fenómenos transicionales, ubicando al juego dentro de este último.

El jugar tiene un lugar y un tiempo. No se encuentra adentro (mundo interior) en relación con la asociación psicosomática y tampoco está afuera (mundo exterior) que tiene sus propias realidades y se puede estudiar en forma objetiva. El contexto es fundamental para generar las condiciones del jugar en relación con el ambiente, se puede jugar en un marco de confianza dado que el jugar implica correr riesgos.

El bebé va circulando de una no experiencia del juego a la capacidad de jugar solo y con otros. Es una actividad creativa y creadora que incluye desde el juego del niño con la madre hasta las experiencias culturales. El jugar tiene rasgo de universalidad. Es decir que, en tanto potencialidad, el juego es la experiencia de ser y hacer. Se podría decir que jugar es aquello que se ubica entre la madre y el bebé, por lo tanto, permite separar a uno y otro.

El autor para asignar un lugar al juego, postula la existencia de un espacio potencial entre el bebé y la madre que varía de acuerdo a las experiencias vitales del infante, en relación con la madre o la figura materna.

Winnicott ubica a la actividad lúdica dentro de los fenómenos transicionales, dado que el jugar es una demostración misma de producción de subjetividad y la capacidad es fundamental en este autor para dar cuenta de ella, porque no la considera como dada, sino como un logro a los que todo sujeto debería llegar en condiciones de salud.

En referencia a lo expuesto anteriormente, podríamos inferir que el autor da cuenta que la zona transicional sería aquel tercer espacio, entre realidad subjetiva y realidad objetiva, en que el niño puede ir invistiendo el mundo externo con sus propias significaciones, y de esta manera ir apropiándose del mismo en la experiencia del jugar.

Siguiendo la misma línea de pensamiento del autor, lo universal es el juego y corresponde a la salud, facilita el crecimiento y conduce a relaciones de grupo, es de interés poder relacionar el juego con los niños oncológicos. Si bien Winnicott no trabaja con niños enfermos de cáncer, pero sí con infantes hospitalizados, esta experiencia le permitió tener otra perspectiva y relevancia al jugar, considerando que sus aportes permiten ampliar el desarrollo del juego en el trabajo analítico.

Los fenómenos transicionales son entendidos como todo fenómeno que permite hacer una transición, en tanto tercera área de la experiencia humana, terreno que se sitúa entre el yo y el no-yo, entre el cuerpo de la madre y el del bebé; espacio de la ilusión y la creatividad primaria. Los objetos transicionales y otros fenómenos como el juego se dan en el espacio transicional, se construye una zona de experiencia intermedia que da origen a los fenómenos que se desarrollan en el campo de la cultura, del arte y en el espacio potencial que es también, el lugar propio de la clínica.

## EFFECTOS TERAPEUTICOS

En relación a los efectos terapéuticos, Winnicott (1971), plantea el juego en sí mismo como terapéutico, como indicador de salud emocional y mental en los niños en la medida en que les permite acceder de manera adecuada a la realidad compartida y objetiva.

El juego como dispositivo analítico permite alivio de tensión que genera la realidad, se da en la superposición de dos zonas de juego, la del paciente y la del analista. Se relaciona con dos que juegan juntos, niño – analista, y cuando el juego no es posible o se dificulta, el analista se orienta a llevar al niño de un estado en que no puede jugar a uno en que le es posible hacerlo.

El juego permite crear un espacio de transición entre el mundo interno y el mundo externo, donde el niño puede jugar y experimentar roles e identidades. En esta zona de transición el niño puede expresar sus emociones, pensamientos y deseos de forma libre, sin miedo a juicios o castigos.

Del mismo modo, a través del juego los niños pueden expresar sus emociones, la creatividad e imaginación y a su vez establecer relaciones con los demás.

La psicoterapia se da en la superposición de dos zonas de juego: la del paciente y la del terapeuta, el analista crea un ambiente seguro y de confianza para que el niño pueda desplegar sus emociones.

## **ANÁLISIS Y PROBLEMATIZACIÓN**

### **JUEGO**

Como se hace mención anteriormente, acerca de las diferentes categorías utilizadas para el presente trabajo, se pretende en este apartado analizar los resultados tras la consulta y recopilación de datos de la literatura analizada. Se decide trabajar con la noción de juego, dado que constituye una técnica esencial para la clínica Psicoanalítica con niños.

El juego ha tenido un papel fundamental a lo largo de la historia, con lo cual también fue objeto de estudio desde el psicoanálisis, fue Freud quien comenzó a teorizar acerca de esta actividad privilegiada en la infancia.

Bareiro(2017) expresa que es conveniente hacer un recorrido teórico conceptual acerca del juego, desde las primeras conceptualizaciones brindadas por Freud hasta los hallazgos originales que teorizó Winnicott. De esta manera se podrá comprender y analizar cómo se fueron desarrollando los diferentes conceptos desde la mirada psicoanalítica. Por ello, se destaca lo mencionado por este autor que las diferentes teorías psicoanalíticas sobre el juego, se deben estudiar de manera conjunta dado que se nutren entre sí.

Por tal motivo, para dar comienzo al recorrido teórico se comenzará con el padre del psicoanálisis, Sigmund Freud.

### **SIGMUND FREUD**

Cuando hablamos de juego dentro del campo psicoanalítico, nos remite en un momento inicial a las investigaciones y estudios realizado por Freud que, a lo largo de su teoría, el juego adquiere dos perspectivas en relación a la primera y segunda tópica freudiana.

Para este autor, el juego en la primera tópica no es un recurso analítico sino como una actividad propia del niño. En la *Interpretación de los sueños (1900)*, el juego es un modo que tiene el niño y está ligado a la búsqueda de placer sexual no genital, sino excitación corporal donde procesa sus afectos, deseos y objetos, siendo el cuerpo el lugar de esas exploraciones.

En *Tres ensayos de la teoría Sexual (1905)* Freud sigue desarrollando su teoría acerca de la sexualidad y el jugar de los niños. El infante elabora la energía sexual en el jugar, encuentra placer en los llamados juegos de movimientos, como mecerse, y lo lleva a cabo a través de la repetición, donde la fantasía cumple un papel importante. El juego crea nuevas significaciones del mundo y no se trata

solo de inventar y transformar, sino de elaborar e imitar. El niño reproduce lo que hacen los adultos y lo que sucede a su alrededor, va asimilando el mundo a través del jugar. En este momento teórico para el autor existe una relación directa entre el juego y el placer.

Justamente, en el texto *El creador Literario y el fantaseo (1908)*, Freud profundiza la temática del juego. El sostiene que el juego es la ocupación preferida y más intensa del niño. Hace una analogía entre el jugar del niño y la creación poética en la vida adulta. "Todo niño que juega se comporta como un poeta, creándose un mundo propio, o, más exactamente, situando las cosas de su mundo en un orden nuevo, grato para él", dice Freud (1907).

En este sentido, el niño en su jugar al igual que el poeta, se crea un mundo nuevo donde la capacidad del jugar transforma el entorno y le da un nuevo sentido. Emplea en el juego grandes montos de afectos, apuntalando sus objetos y situaciones imaginativas, de su realidad interna, en objetos y circunstancias del mundo externo. El juego es tomado muy seriamente por el niño, si bien sabe que lo que ocurre allí, es parte de su propia ficción. Ese apuntalamiento es el que diferencia el jugar del fantasear. A medida que el niño crece va experimentando la dualidad conflictiva entre el principio del placer versus principio de realidad, al punto que debe renunciar sus fuerzas contra la búsqueda de placer en pos de la realidad efectiva.

Para Freud, en la adultez el jugar no se renuncia, sino que sería permutado por el fantasear, esto implicaría una formación de un sustituto o subrogado, del jugar público al fantaseo privado.

En este primer momento teórico, el autor no se interroga por los procesos psíquicos implicados en el juego, que motivan al niño a desarrollar su actividad lúdica. Posteriormente, cuando desarrolla la segunda tópica del aparato psíquico, va a ampliar sus formulaciones sobre el juego y tomará a este como modelo vital para la constitución subjetiva del niño.

En *Más allá del Principio del placer (1920)* Freud describe una observación de su nieto, Ernest, cuando juega.

En palabras del autor:

*Ahora bien, este buen niño exhibía el hábito, molesto en ocasiones, de arrojar lejos de sí, a un rincón, o debajo de una cama, etc., todos los pequeños objetos que hallaba a su alcance, de modo que no solía ser tarea fácil juntar sus juguetes. Y al hacerlo profería, con expresión de satisfacción e interés, un fuerte y prolongado "o-o-o-o", que según el juicio coincidente de la madre y de este observador, no era una interjección, sino que significaba "fort" {se fue} ... El niño no hacía otro uso de sus juguetes que el de jugar a que "se iban". Un día hice la observación que corroboró mi punto de vista. El niño tenía un carretel de madera atado con un hilo... con gran destreza arrojaba el carretel, al que sostenía por el hilo tras la baranda de su cunita con mosquitero; el carretel desaparecía*

*ahí dentro, el niño pronunciaba su significativo "o-o-o-o", y después, tirando del hilo, volvía a sacar el carretel de la cuna, saludando ahora su aparición con un amistoso "Da" {acá está}. Ese era el juego completo, el de desaparecer y volver. La mayoría de las veces sólo se había podido ver el primer acto, repetido por sí solo incansablemente en calidad de juego, aunque el mayor placer, sin ninguna duda, correspondía al segundo (Freud, 1920: 14-15).*

Para Freud este juego es la elaboración activa de un sufrimiento vivido pasivamente, admitía sin protestar la partida de la madre y entonces escenificaba con sus objetos (que sí estaban a su alcance) las idas y regresos de ésta. No escenificaba la partida ("fort") porque le diera placer, pero parecía necesitar la representación de la partida porque era "la condición previa de la gozosa reaparición ("da") en donde se encontraría el propósito más genuino de su juego. En este caso la ausencia temporal de la madre, como la aceptación de la renuncia del objeto de amor que se encuentra elaborado en el juego mismo. Plantea el autor que la salida de la madre no le era indiferente al niño, entonces se cuestiona como se podría conciliar una vivencia penosa como ésta con el principio del placer.

La respuesta que esboza es que el niño centraba el juego en la partida, que era escenificado con una frecuencia muchísimo mayor y sin ser acompañado de la escena completa que integra el final placentero del regreso.

Lo que se puede concluir de estas observaciones partiendo de que el *fort* insistentemente se repite en calidad de juego y el placer se aprecia en el retorno del objeto que se asocia al exclamativo *da*, placer y juego no se presentarían en forma enlazada. De esto se deduce que el primer acto está más allá del principio del placer. Con el acto del *da* cesa el juego y el niño alcanza el placer, relacionado para Freud con la disminución de la tensión.

Pero este empuje pulsional no cesa y aparece como una fuerza constante. Esta renuncia pulsional encierra algo paradójal porque el empuje de la pulsión realiza un desplazamiento y surge insistente en la repetición del *fort*. Frente a esto, el autor reflexiona planteando que hay una repetición que no se da en el plano del principio del placer, sino que se trata de cierto empuje que intenta hacer una elaboración psíquica de una situación que ha sido difícil para el niño. En el capítulo III, Freud, S.(1920) plantea que la pulsión de repetición que destrona el principio del placer, aparece como más originaria y más pulsional que éste.

Dicha estructura lúdica propuesta por Freud es de gran importancia, dado que es uno de los modelos vitales en la constitución subjetiva del niño, puesto que en este período se presenta una lógica de ausencias y presencias. Todo niño juega el re-encuentro con su objeto amado, para sí, en el mismo juego, lograr perderlo. Es necesario destacar esto, puesto que todos los desprendimientos y pérdidas vivenciadas por el niño serán de alguna manera tramitadas a nivel lúdico.

Respecto a la vivencia de su nieto y el juego del FORT DA, Dice Freud:

*En la vivencia era pasivo, era afectado por ella; ahora se ponía en un papel activo repitiéndola como juego, a pesar de que fue displacentera. Podría atribuirse este afán a una pulsión de apoderamiento que actuara con independencia de que el recuerdo en sí mismo fuese placentero o no.(Freud, 1920: 16).*

El niño necesitará tramitar aquello que en su vida le ha impactado, adueñándose de la situación y pudiendo moldearla y manipularla a su necesidad y antojo. Es en este manejo de la situación donde se vuelve activo y se beneficia con una ganancia de placer que no le fue posible en la pasividad de la situación vivida.

Entonces podemos decir que para Freud implica una actividad simbólica, en la medida en que el niño puede poner en escena una situación angustiante de desaparición de su madre. La posibilidad de simbolizar, hace esa ausencia soportable, permiten una espacialidad fuera del cuerpo materno. El fort-da introduce esta dimensión simbólica pues más allá de la madre real, el niño encuentra a través del vocablo a la madre simbólica.

Freud no rechaza las condiciones anteriores del jugar de la primera tópica, sino que lo complejiza al otorgarle placer en lo lúdico a partir de situaciones displacenteras. En el juego se expresa algo más que lleva a la repetición. Estas postulaciones teóricas dieron lugar a posteriores desarrollos como los de Melanie Klein, quién considera que el análisis con niños es posible a través del juego como dispositivo análogo de la asociación libre.

## **MELANIE KLEIN**

Las primeras actividades de Melanie Klein como analista, según la “*Biografía breve de Melanie Klein*” (Etchegoyen, 1981) data del año 1919, en esta época comienza a desarrollar sus trabajos con niños y presenta un estudio académico sobre Psicoanálisis, “El desarrollo de un niño” en la Sociedad Húngara de psicoanálisis, donde obtiene un mérito y el título de miembro de la sociedad. Un año más tarde, radicada en Berlín, desarrolla su técnica del juego para el análisis de niños, uno de sus mayores aportes.

En 1923 hubo un cambio definido en su técnica que le permitió enriquecer sus investigaciones, Klein analiza una niña, Rita, de dos años y nueve meses, que presentaba terrores nocturnos y miedo a los animales, aunque no era sólo esto lo que padecía esta infanta, y comprende que no era posible llevar a cabo el análisis en la casa de la niña, dado que sólo podría comprender el niño el valor del análisis, si este se realizaba fuera de su vida cotidiana. Klein afirmaba que de esta

manera se podría sostener la transferencia. Tal es así, que propone como encuadre en el análisis de niños, que este se realice en un consultorio, en una actividad entre analista y niño, sin la presencia física de los padres como se acostumbraba en esa época.

En posteriores análisis a otros niños, pudo observar que en el caso de una niña de siete años que era retraída y muy callada, le ofreció una caja con diferentes juguetes para poder acercarse y establecer comunicación y a partir de allí la niña comienza a jugar. Dada esta situación, Klein sostiene que es muy importante que cada niño cuente con su propia caja de juegos, ya que esta representaría la relación transferencial propia entre pacientes y analista. De esta manera Melanie Klein, va desarrollando sus teorías y avanzando en sus estudios sobre el análisis en niños.

En sus escritos *“Principios Psicológicos del análisis infantil”* Klein (1926), traza ciertas diferencias entre la vida mental de los infantes y la de los mayores, estableciendo de esta manera una técnica que difiere entre los niños y los adultos. En este sentido, propone al juego analítico como técnica para abordar la vida mental de los niños. Afirmar que a través del juego puede ser posible, dado que los niños establecen relaciones con el mundo externo dirigiendo la libido que casi exclusivamente se encuentra ubicada en el yo, hacia objetos externos de los cuales se obtiene placer. Estos objetos propuestos por Klein, serían representados por los materiales de juegos y escenas lúdicas que los niños elaboren con ellos.

En este sentido, se podría pensar en una analogía con el padre del Psicoanálisis, Freud, referente a la primera tópica, en lo que respecta al juego como una actividad privilegiada en la infancia en tanto placentera. Tanto Klein como Freud en la segunda tópica, el juego analítico permitiría al infante elaborar sus ansiedades mediante una acción placentera como lo es el juego. Para Melanie Klein, los niños en el espacio terapéutico podrían elaborar privaciones y conflictos que el mundo externo les impone, esto se lograría mediante la técnica lúdica y la relación con objetos que sean placenteros para el yo.

Klein (1926) refiere que a través de juego los niños representan fantasías, deseos y experiencias, expresando de este modo el mismo lenguaje y modo de expresión arcaica en los juegos que se adquiere en los sueños, tales como el desplazamiento, la condensación y simbolización. Por lo tanto, si se quiere comprender el juego del niño, se debe tener en cuenta no solo el simbolismo que aparece en sus juegos, sino también los mismos medios de representación y los mecanismos que se emplean en el sueño.

De acuerdo a lo planteado por la autora, si se realiza la técnica del juego las asociaciones que producen los niños no distan de aquellas que pueden hacer los adultos. Teniendo en cuenta, el modo arcaico de representación que tienen los niños y considerando que emplean otro mecanismo primitivo,

sustituyendo esta manera a las palabras por acciones. Es así, como el actuar representa un lugar prominente.

Klein considera que por este medio de la técnica del juego se pueden alcanzar las experiencias y fijaciones reprimidas más profundas, permitiendo influir en el desarrollo de los niños. Además, aclara que solo se trata de una diferencia de técnica, no de principios.

Sin embargo, Winnicott (1971) irá más allá en el alcance del juego respecto a lo planteado por estos dos autores. La teoría del juego de este autor sostiene que el juego es una experiencia creadora y una forma básica de vida, que es un espacio transicional donde el niño puede experimentar y explorar el mundo de manera segura, siendo una actividad libre que permite tanto al niño como al adulto ser creadores de subjetividad.

En *“La personificación en el juego de los niños”* Klein (1929), plantea aquí, que tanto en el juego como en el sueño se utilizan los mismos mecanismos psíquicos, condensación, desplazamiento y simbolización. Tal es así, que una de las precursoras del Psicoanálisis infantil, propone emplear el mismo método de comprensión que en los sueños, el desciframiento por parte del analista. De esta manera juego y sueño sería así la vía regia para acceder al inconsciente infantil.

De acuerdo a lo que propone Klein, tanto en el sueño como en el juego, se genera una realización de deseo, dado que se produce una descarga de fantasías masturbatorias del niño mientras juega. Por otro lado, agrega el alivio del niño que logra mediante la actividad del juego, esto se debe a un mecanismo especial que allí se emplea, a través del cual el pequeño inventa y asigna roles. Se trata de un mecanismo fundamental y universal, específico del juego, este sería la personificación.

Klein (1929), establece que el hecho de representar un papel sirve para separar identificaciones operantes en el niño que tienden a formar un todo. Mediante la personificación el niño asigna en la sesión de análisis los roles más diversos y contradictorios al analista, según la situación mental en la que se encuentre. Es decir, se puede adjudicar rápidamente por ejemplo una madre buena y al instante mala. Estos cambios constantes, dice Klein, se deben a la liberación de grandes montos de ansiedad como consecuencia de las interpretaciones que se le van haciendo al niño en el juego. La interpretación según la autora genera efectos de por sí, sin importar si el niño es consciente o no.

El mecanismo de la personificación es una sensación de alivio mediante el desplazamiento, y a su vez de la escisión, del conflicto intrapsíquico hacia el exterior que contribuye al placer extraído del juego. Así, Klein considera a la personificación como un mecanismo complejo integrado por dos submecanismos: escisión, es decir que el niño al jugar escinde, separa y disocia imagos y la proyección, en la que esos imagos son proyectados, ya sea en el analista, un juguete, un rol, entre otros.

El mecanismo de la personificación que establece Klein, le permite al niño plasmar una determinada conflictiva intrapsíquica, tanto en los juguetes como en los relatos, dibujos, etc. y proporcionar así cierto alivio al yo. En este mismo texto, Klein ilustró diferentes ejemplos aquello que planteó en relación a este mecanismo de personificación, dando cuenta también de que el niño representa por medio del juego a las diferentes instancias psíquicas, es decir al ello, yo y superyó. Decir que hay inconsciente desde el inicio implicaría un yo, capaz de establecer relaciones objétales mediadas por la fantasía, con un ello que reclama satisfacción pulsional y con un Super Yo temprano, ya no heredero del Complejo de Edipo, sino que se va desarrollando simultáneo a este. Esta autora postula la existencia de un complejo de Edipo temprano, pregenital previo a la latencia.

La autora reformula lo planteado por Freud, tomando de este la segunda tópica del aparato psíquico para desarrollar su propia concepción de la constitución subjetiva. Si bien no es el propósito de este trabajo hacer un análisis profundo de la teoría Kleniana ni de sus lineamientos técnicos y teóricos fundamentales, ya que escapa a los alcances de este estudio, se puede plasmar que la autora plantea que hay un inconsciente desde los inicios de la vida. Si bien, este inconsciente es rudimentario pero potencial y con capacidades que permiten abordar en el espacio analítico, y así de esta manera se pueda brindar al niño recursos subjetivos con los que pueda hacer frente a la realidad en el mundo interno como también externo. El analista en el análisis infantil, según Melanie Klein, le interpretaría al niño el contenido inconsciente de sus juegos y esto le permitiría al niño una disminución en sus ansiedades. De esta manera se podrían levantar inhibiciones, síntomas y angustias.

Estas nuevas propuestas metapsicológicas propuestas por Melanie Klein, si bien contribuyeron al estudio de desarrollos teóricos posteriores sobre el análisis infantil, produjeron resistencias y distanciamientos de parte de Freud y de su hija Anna Freud.

## **ANNA FREUD**

Para el análisis de Anna Freud se tomará como referencia el material presentado en el décimo “Congreso Psicoanalítico Internacional de Innsbruck” de 1927, recopilado en el libro *Psicoanálisis del Niño* (1964). Aquí la autora plantea ciertos cuestionamientos frente a la posibilidad de un verdadero análisis con niños. Ella sostenía que el análisis era posible a partir de los seis años de edad, luego de atravesar el complejo de Edipo, piensa que en la mayoría de los casos no se puede lograr demasiado con el niño porque considera, por un lado, la imposibilidad que tiene de establecer una alianza terapéutica y la falta de representación del fin que tiene un análisis, por lo cual sería necesario un trabajo previo a modo de introducción.

A diferencia de Klein, para Anna el juego es una técnica secundaria en el análisis, con el paso del tiempo lo estimaba como un instrumento técnico que guardaba cierta importancia. Nunca lo equiparó como un sustituto de la asociación libre y no lo considera como un dispositivo de trabajo

analítico válido, como sí los son la interpretación de los sueños, trabajos con sueños diurnos infantiles, análisis de dibujos.

Esta autora sostenía, que si un niño presentaba dificultades a temprana edad el trabajo se debía realizar con los padres por el impedimento del niño de aportar datos de su vida, por tal motivo era necesario recurrir a los miembros de la familia para obtenerlos. Por otro lado, Annaa través del análisis brindaba consejos, sugerencias a los padres del infante y el trabajo con el niño era solo directivo, porque se basaba en un Super Yo aún en formación y sólo se limitaba buscando educar las pulsiones del niño, y lo hacía a través del modo en la que se ubicaba y actuaba el analista como Ideal del Yo.

Desde su concepción, Anna Freud aplicaba en su clínica la combinación de técnicas de análisis como así también pedagógicas. Para ella, podría ser perturbador en el desarrollo someter al niño a interpretaciones inconscientes. A diferencia de Melanie Klein, quien estaba en contra de una orientación pedagógica que traería dificultades en el análisis. Klein, sostenía de manera radical que el analista sólo debía actuar analíticamente por fuera de la pedagogía, ya que análisis y pedagogía debían ir por caminos separados.

En medio de tantas controversias, la Sociedad británica de Psicoanálisis en 1927 organiza un debate sobre psicoanálisis infantil siendo las exponentes más importantes Melanie Klein y Anna Freud, esto permitió ampliar las concepciones de cada autora.

El valor de ambas teorías desde la perspectiva de Anna Freud como así también de Melanie Klein son innegables, si bien hubo analistas que fueron orientando sus teorías y desarrollos teóricos con más afinidad por una u otra, fue Donal Winnicott quien inclinó su balanza tomando algunos aportes de Melanie Klein para desarrollar sus teorías e importantes aportes desde el juego.

## **DONALD WINNICOTT**

Por lo anteriormente mencionado acerca de la necesidad del juego en los niños, es que tomamos a Donald Winnicott ya que a partir de su práctica como médico pediatra, se interesa por investigar a los niños, aquellos pacientes que quedaban por fuera del alcance del Psicoanálisis Freudiano y la actividad favorita de ellos: el juego. Este interés se puede observar en sus artículos de (1941,1942) como en su último escrito “Realidad y Juego (1971), quien da cuenta de la importancia del juego en su pensamiento, donde presenta una teoría del juego acabada y enriquecida. Winnicott a lo largo de su recorrido teórico, plantea diversas definiciones sobre el juego que va ampliando la perspectiva en sus distintas épocas. En principio, el juego es natural y universal, y “una forma básica de vida “.

Para este autor, todos los niños poseen la potencialidad para poder jugar y que lo propio del niño es el juego. Le confiere al jugar una marcada importancia en la vida emocional de los niños y como indicador de salud, que puede verse favorecida u obstaculizada de acuerdo al papel fundamental

que el ambiente propicie en el desarrollo emocional infantil. Así es, que considera importante la relación madre-lactante para una adecuada constitución psíquica.

Por tal motivo, antes de hacer un análisis sobre el juego se cree pertinente hacer un recorrido del desarrollo emocional del niño como de vital importancia para el desarrollo de la actividad lúdica en el infante.

Winnicott (1960), afirma que “el potencial heredado por un infante no puede convertirse en un infante a menos que esté vinculado con el cuidado materno) (p. 55). Para el autor las tendencias al desarrollo y al crecimiento son heredadas. De acuerdo a como sean las condiciones que brinde el medio serán favorables o desfavorables. El autor plantea ciertas categorías que todo individuo debe atravesar en relación a la dependencia con el medio. A saber, según Winnicott se deben dar estas tres categorías: dependencia absoluta, dependencia relativa y hacia la independencia.

Para Winnicott es muy importante el papel que desempeña el medio en el que el bebé se encuentra inserto para que pueda desarrollarse subjetivamente de forma óptima. Para el autor es imposible pensar al infante independientemente de la diada madre- lactante.

En la categoría de Dependencia Absoluta o Doble dependencia, Winnicott le da un valor muy significativo, por la importancia en la constitución psíquica de estos primeros momentos de desarrollo del bebé. Esto dependerá de fallas o no en su proceso. En esta etapa el bebé tiene necesidades que deben ser satisfechas y depende de forma absoluta de quien se las brinde, depende de un ambiente facilitador, a saber, la madre, quien responderá e irá adaptándose a satisfacer las necesidades. En este punto es que Winnicott denomina a la madre como “madre medio ambiente” por la función que ésta cumple, diferenciándola de otros postulados psicoanalíticos donde sólo era objeto de pulsiones.

Esta adaptación en el desarrollo del infante en el rol materno, según señala Winnicott (1956), pareciera ser dado naturalmente, esta adaptación suficientemente buena de la madre a las necesidades del niño se va a ir dando como consecuencia de un estado psicológico en el que se encuentra la madre, a la que el autor denomina preocupación maternal primaria. La madre durante el embarazo y finales desarrolla una sensibilidad marcada que le permite identificarse con el bebé y responder a todas las necesidades del infante que se van presentando. Sin embargo, este estado lo asemeja a un estado casi de enfermedad de la manera en cómo se desarrolla, es un episodio casi esquizoide. Se podría decir que es patológico si transcurriera en otro momento de la vida. Cuando un niño nace, las preocupaciones y ocupaciones son centradas en el recién nacido.

Por otra parte, la madre debe ser lo suficientemente sana para poder recuperarse de estos cambios de estados. Esto es importante para que el bebé pueda desarrollarse de manera satisfactoria, gracias a que todas sus necesidades son respondidas, interpretadas y comprendidas por la madre. Esto es posible ya que la madre puede identificarse con el bebé. Esto sucede ya que tiene origen en una

regresión de esta madre a su propio estado de dependencia relativa, cuando ella en ese momento también fue un bebé, esto le permite identificarse como se siente ahora su hijo.

Para llevar adelante este desarrollo, no se debe desestimar el papel que Winnicott le otorga al padre, ya que desempeña un rol muy importante para que ese medio ambiente suficientemente bueno de lugar a un hogar que brinde las condiciones para que la madre pueda cuidar de su hijo de manera óptima.

Winnicott(1960) en obra “La pareja madre – lactante” teoriza tres funciones maternantes con las que responderá una madre suficientemente buena a las necesidades de su bebé en las primeras etapas de vida, a saber:

- *Sostén*

-*Manipulación*

-*Mostración o presentación objetal.*

Las denominó así (como funciones) porque las puede realizar otra persona que no sea su madre biológica, si bien el autor lo considera recomendable, en la medida de lo posible que la realice la mamá, ya que generalmente se encuentran en un estado de preocupación maternal primaria que les permite identificarse con el recién nacido, adaptándose a sus necesidades únicas y particulares. En la medida que puedan desempeñarse de forma efectiva y esperable contribuirán al desarrollo del psiquismo del infante.

Cada una de estas funciones, tienen que ver con las respuestas sensibles que la madre “suficientemente buena”, como la denomina el autor, tienen con su bebé. Esto no implica que debe ser una madre insuperable, pues el bebé innatamente es capaz de tolerar y corregir fallos moderados maternos y así atemperar el déficit adaptativo de su mamá.

El *sostén* es la forma en que la madre sostiene al recién nacido, tanto física como psicológicamente, tomarlo en brazos al bebé está relacionado con su capacidad de identificarse con él. El sostenerlo de manera adecuada constituye un factor básico de cuidado, es también poder adaptarse a las diferentes situaciones que el bebé deberá transitar, llantos, necesidad de estar en brazos de forma constante, acondicionar la temperatura e iluminación, atemperar los ruidos. Existen también necesidades más sutiles como sentir el ritmo respiratorio de la madre, los latidos de su corazón, su olor. Aquí cualquier falla posible provoca una intensa angustia al niño. A partir del sostén empieza a delimitarse una forma de relación tridimensional a la que se le va incorporando la dimensión tempero espacial.

Con respecto a la *manipulación*, refiere al contacto físico (exclusivamente) de la madre hacia el bebé, con la presión con que la madre lo toma, ya sea de manera global (todo el cuerpo) o parcial (una parte de él). Como lo mueve, lo acaricia, lo viste y desviste, tratando de adaptarse al niño.

Lo podemos observar cuando una madre alza a su hijo sin apretarlo demasiado, teniendo en cuenta, además otros detalles como por ejemplo la temperatura de sus manos. Muchas veces en la experiencia se da simultáneamente con el sostén, lo que lo diferencia una función de otra es el resultado que genera en el psiquismo del bebé.

Y por último La *mostración o presentación objetal* refiere a la manera en que la madre le presenta el mundo a su bebé, como lo pone en contacto con ella misma y con lo que lo rodea, principalmente con lo que él necesita. El primer acto de presentación de objeto es el contacto del bebé con el pecho en el momento de la alimentación. Lo ideal es que sea de manera gradual y dosificada, adecuándose a sus necesidades.

De acuerdo a la manera en que la madre responda a las funciones antes mencionadas, de forma adaptativa a las necesidades del niño, permitirá tres efectos de constitución del sí mismo (self) del niño, los cuales Winnicott (1960) los denominó:

*-Integración*

*-Personalización o integración psicosomática*

*- comprensión, acceso al juicio de realidad o capacidad de objetivar lo percibido en la realidad compartida*

El transcurso del desarrollo del psiquismo infantil, se genera a temprana edad del niño. Estos procesos constitucionales se dan en el primer año de vida del infante. Si bien el autor, hace un recorrido teórico para una mejor comprensión y distinción esto en la realidad fáctica se da de manera simultánea con otros.

Winnicott (1958) en su obra “El primer año de vida”, manifiesta que se puede observar cualidades y procesos mentales que se van desarrollando en el psiquismo del pequeño y dan lugar a ciertos efectos, producto de la adaptación de la madre a las necesidades del bebé.

El *sostén* consolida la *integración* que se relaciona con la captación de la existencia (el sentir que uno es). Winnicott expresa, que en el inicio de la vida ningún ser humano tiene un sentido de unidad, que esto se va logrando en el transcurso del tiempo. En un primer momento el bebé tendrá estados fugaces del orden del “estar vivo” o “ser algo”. Esta experiencia de existencia es de forma esporádica al comienzo. El bebé no se siente integrado, carece de identidad, la identidad en este sentido se la da la madre por eso el sostén de ella le permite al pequeño esas experiencias fugaces de integración que se

van repitiendo en tiempo y espacio. De esta manera, el bebé va accediendo a un desarrollo posterior de esa unidad del ser, la conciencia de existir y ser él mismo en la continuidad de su existencia, estova transcurriendo aproximadamente alrededor de los 6 meses.

Por otro lado, la *manipulación* permite a lo largo del tiempo que el niño desarrolle su *personalización o integración psicosomática*, es decir que las sensaciones corporales como el hambre, el frío, se correspondan con una expresión en el nivel del psiquismo. Esta capacidad que adquiere el bebé de establecer una relación entre la psique y el soma, es gracias a un ambiente suficientemente bueno como así también, el bagaje constitucional de las tendencias heredadas al desarrollo que el bebé trae y que le permite integrar las sensaciones corporales con las expresiones psíquicas que estas generan. En relación a la manera en que la madre presenta el mundo al bebé y esta lo hace de manera adaptativa, el pequeño va sintiendo que vive en su propio cuerpo y sus experiencias corporales las puede sentir como propias.

La *presentación de objeto* da lugar al *juicio de realidad* que permite poder diferenciar lo subjetivo, lo perteneciente a nuestro interior de aquello objetivo perteneciente a la realidad compartida. Esta capacidad se va desarrollando con el tiempo, al comienzo el bebé no distingue lo propio de lo externo, no hay diferencia entre el yo y no yo, por lo que tampoco hay en un inicio la capacidad de objetivar. En estos momentos iniciales el bebé no diferencia su propio ser de los cuidados que recibe, éstos son considerados como propios, por lo tanto, el bebé tiene la ilusión de que él crea lo que necesita. Esta experiencia de omnipotencia es saludable y necesaria en esta primera etapa. Si todo va bien, después de un tiempo el niño se dará cuenta que estos cuidados que recibe no provienen de él. Esta experiencia de desilusión le permitirá reconocer la existencia del no yo, la presencia de una realidad compartida.

Dice Winnicott:

*“Un bebé es sostenido y manipulado de manera satisfactoria, y dado esto por sentado se le presenta un objeto en tal forma, que no se viola su legítima experiencia de omnipotencia. El resultado puede ser el de que el bebé sepa usar el objeto y sentir que se trata de un objeto subjetivo, creado por él.” (Winnicott, 1971:148)*

Winnicott, D. W. *Realidad y juego*. Barcelona. Gedisa, 1971. P. 148

El bebé tiene la ilusión, gracias a la madre, de que existe una realidad exterior que responde a su propia capacidad de crear, esto operaría a través de una creatividad primaria. En este acto de creatividad primaria, de poder crear el pecho cuando requiere satisfacción a su necesidad, supone al niño en un estado que Winnicott (1971) denomina, experiencia de omnipotencia. El bebé todo lo puede y a raíz de su falta de percepción de la dependencia y de la presencia del medio ambiente

suficientemente bueno es que estas experiencias de ilusión y omnipotencia forman parte, siendo estas sanas y necesarias para el curso del desarrollo emocional saludable del lactante.

En esta etapa del desarrollo el contacto de lo externo, se reduce al contacto con el objeto pecho materno. Por lo tanto, es importante estar atento a estas primeras experiencias tempranas del bebé con el ambiente, que le permitirán la constitución del sí mismo, sin olvidar que el resultado de esta constitución está sujeto a muchas vivencias que el niño tendrá a lo largo de su vida.

A medida que el tiempo transcurre, la madre gradualmente va desilusionando al bebé en el sentido de no adaptarse a todos sus requerimientos de necesidades, esto permite al lactante ir saliendo de ese estado de omnipotencia mágica en el que podía crear al pecho cuando quisiera. A partir de aquí comenzarán momentos de frustración, esto ocasionará que el pequeño comience a percibir cada vez más el mundo de manera objetiva, como externo y distinto a él.

Winnicott (1949) subraya la importancia de que la madre aporte estos fallos graduales de adaptación materna, así de esta manera el niño aprende a tolerar las deficiencias y comienza a reconocer la participación en los cuidados que recibe de otra persona, de la cual aún depende. Esta desilusión y disminución de su sentimiento de omnipotencia van de la mano de su confirmación de ser un ser integrado, pero también de la comprobación de la existencia de un mundo exterior distinto de él, a sabiendas, que lo que necesita del ambiente puede estar o no estar.

De esta manera se transforma en un medio suficientemente bueno, dando lugar al desarrollo de la mente como función psique soma, y se convierte en un terreno fértil para el despliegue del psiquismo infantil.

Winnicott (1971) plantea la importancia de como el bebé comienza a delimitarse poco a poco y a diferenciarse en estos dos espacios de realidad interna y realidad externa, es decir que el infante comienza a relacionarse con los primeros objetos no-yo, para esto el autor manifiesta que debe tenerse en cuenta:

- 1- La naturaleza del objeto
- 2- La capacidad del niño para reconocer el objeto como un “no yo”.
- 3- La ubicación del objeto: afuera, adentro, en el límite.
- 4- La capacidad del niño para crear, idear, imaginar, producir, originar un objeto
- 5- La iniciación de un tipo afectuoso de relación de objeto.

Introduzco los términos “objetos transicionales” y “espacios 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 esta (p.28)

Winnicott, postula que esta primera posesión no-yo del bebé, permite el pasaje de la dependencia absoluta a una dependencia relativa. A medida que avanza esta etapa, el infante reconoce y acepta la dependencia que tiene respecto al objeto materno que está fuera de su alcance y de su control omnipotente, aceptando que él no crea el objeto y que no podrá obtener satisfacción cuando lo desee, sino que depende de otro. Winnicott, incorpora aquí los conceptos de objetos transicionales y fenómenos transicionales.

Así las cosas, el autor se refiere al objeto transicional como la primera posesión no-yo que tiene un valor afectivo para el bebé y que le permitirá establecer relaciones con otros objetos distintos a este. Estos objetos, como osos de peluche, mantas o muñecos, representan el pecho materno o la figura de cuidado primaria y ayudan al niño a transitar de una dependencia absoluta a una mayor autonomía y diferenciación del entorno. El objeto transicional ocupa un espacio intermedio entre lo subjetivo y lo objetivo, entre lo interno y lo externo, y facilita el desarrollo emocional normal.

El objeto transicional es pre- simbólico dado que el niño necesita apoyarse en un objeto que sea concreto de la realidad externa para poder representar la ausencia de la madre. El objeto real mamá le da vida al objeto interno bueno, y el objeto interno le aporta vitalidad al objeto transicional. Por ello, al representar al objeto pecho de una manera pre-simbólica, el objeto transicional debe evocar las mismas características de este. Los conceptos de objetos y fenómenos transicionales dan cuenta del tránsito del mundo interno, subjetivo al mundo objetivo.

Los fenómenos transicionales son entendidos como todo fenómeno que permite hacer una transición, en tanto tercera área de la experiencia humana, terreno que se sitúa entre el yo y el no-yo, entre el cuerpo de la madre y el del bebé; espacio de la ilusión y la creatividad primaria. Los objetos transicionales y otros fenómenos como el juego se dan en el espacio transicional, se construye una zona de experiencia intermedia que da origen a los fenómenos que se desarrollan en el campo de la cultura, del arte y en el espacio potencial que es también, el lugar propio de la clínica.

El autor plantea, que el desarrollo del infante es posibilitado a través de la relación con la persona encargada de sus cuidados y se dirige, si todo va bien, de la dependencia hacia la independencia.

Una vez que estos aspectos han quedado establecidos, es que se va “hacia la independencia” y el niño puede gradualmente avanzar y enfrentar el mundo que se le presenta. Si bien siempre se tiende hacia la independencia nunca se alcanza completamente, es un proceso no lineal, pero continuo, que tiene avances y retrocesos.

Hacia la independencia:

*“El infante desarrolla medios para pasar sin cuidado real. Lo logra gracias a la acumulación de recuerdos de cuidado, a la proyección de las necesidades personales y a la introyección de detalles de cuidado con el desarrollo de confianza en el*

*ambiente. Debe añadirse el elemento de la comprensión intelectual, con sus enormes consecuencias.”*(Winnicott, 1993:59).

A su vez, los vínculos afectivos seguros y estables durante la primera infancia promueven un óptimo desarrollo, es gracias al cuidado materno cálido y permanente que se establecen en el vínculo temprano, el que da comienzo a la vida psíquica del bebé.

En Palabras de Winnicott:

*“El hecho de convertirse con el tiempo en individuos adultos, sanos, independientes y positivos para la sociedad depende en forma absoluta de un buen comienzo que la naturaleza asegura por medio del vínculo entre el bebé y su madre, lo que se llama amor. De manera que si usted ama a su bebé, éste ya tuvo un buen comienzo.”* (Winnicott, 1994:6)

Para dar lugar al juego desde la perspectiva de Winnicott, que es el objetivo de esta investigación se hace hincapié en que el juego es la actividad que caracteriza la infancia. Jugando, los niños exploran, conocen el mundo que los rodea, encontrando diversión y aprendiendo de manera integral.

El juego también tiene fines comunicativos, ya que permite la expresión del mundo interno y la interacción con el mundo externo. Comparte la idea de Melanie Klein que el juego es la comunicación en el análisis de niños pequeños, en lugar del lenguaje adulto, y constituye el modo de comunicación por excelencia en la niñez: el juego lo contiene todo. El juego es un logro, y en él adquiere un papel fundamental el ambiente y son necesarias condiciones ambientales suficientemente buenas, para que el desarrollo emocional del bebé pueda alcanzar el logro psíquico que implica el jugar infantil.

Winnicott (1942) señala que todos los niños poseen la potencialidad para poder jugar, lo propio del niño es el juego; le da una singular importancia en la vida emocional, y como indicador de salud mental.

Una de las primeras preguntas que se formula Winnicott (1942), respecto al juego es ¿por qué los niños juegan?, y ensaya diferentes respuestas: porque se obtiene placer, permite expresar la agresión, controlar la ansiedad, adquirir experiencia y establecer relaciones sociales.

Entonces, ¿qué implica el jugar para este autor? Para él, el jugar podría definirse como la cualidad del aparato psíquico de las personas, cualidad que se construye ya desde la relación inicial de la madre con su bebé. Esta relación primordial con la madre irá construyendo su experiencia subjetiva del mundo. Se destaca, relacionado con la observación que Winnicott realiza a los niños y a sus madres, que para éste el juego alcanza su desarrollo a partir de la confianza, correspondiente a ese espacio potencial que se da en la existencia entre el bebé y la madre.

Para este autor, el bebé no cuenta con un aparato psíquico al nacer, sino que lo irá construyendo a partir de los cuidados de madre quien posibilitará el movimiento de estados de no integración a otros de mayor integración, movimientos que luego de internalizados van a permitir el funcionamiento psíquico del niño. En base a la confianza se podrá pasar a través de la experiencia y la exploración de un espacio poco integrado a otro integrado. Esta observación abre otros horizontes al pensar en el juego, ya desde los inicios está dado el lugar a lo lúdico y su desarrollo dejará huellas en el psiquismo del niño.

En sus escritos *Realidad y Juego*, Winnicott (1971) establece una diferencia entre el juego como sustantivo y el verbo jugar, o “el jugar”, esto implicaría un proceso en el devenir de la subjetividad. Winnicott pone el acento más que en el juego mismo, en la capacidad de jugar y plantea acerca de la zona en que se desarrolla el jugar infantil.

Esta aclaración la realiza remitiéndose a Klein y manifestando que quizás ella, se centró en el contenido del juego del niño y no tanto en el niño jugando, en el proceso que realiza mientras despliega su juego.

El autor toma el jugar y le da un nuevo significado desde el desarrollo de sus conceptos de fenómenos transicionales. Plantea que los fenómenos transicionales son universales porque lo poseen todos los niños y adultos.

El jugar tiene un lugar y un tiempo que no se encuentra ni afuera ni adentro. Le asigna un lugar al juego postulando la existencia de un espacio potencial entre el bebé y la madre, que varía de acuerdo a las experiencias vitales del bebé en relación con la figura materna. A su vez lo vincula al mundo interior que se relaciona con la asociación psicosomática y la realidad exterior que tiene sus propias realidades y se las puede estudiar en forma objetiva, según el estado del individuo que la observa.

Winnicott (1971) intenta dar una descripción de la secuencia del desarrollo infantil y situar allí donde comienza el jugar:

- A. El niño y el objeto se encuentran fusionados. La visión que el primero tiene del objeto es subjetiva, y la madre se orienta a hacer real lo que el niño está dispuesto a encontrar.
- B. El objeto es repudiado, reaceptado y percibido en forma objetiva. Este complejo proceso depende en gran medida de que exista una madre o figura materna dispuesta a participar y a devolver lo que se ofrece.

En el estado de confianza que se forma cuando la madre puede hacer bien esta cosa que es tan difícil (pero no es incapaz de hacerla), el niño empieza a gozar de experiencias en un “matrimonio” de la omnipotencia de los procesos intrapsíquicos con su dominio de lo real. La confianza en la madre constituye entonces un campo de juegos intermedio, en el que se origina la idea de lo mágico, pues el niño experimenta en cierta medida la omnipotencia

yo lo denomino campo de juego porque el juego empieza en él. Es un espacio potencial que existe entre la madre y el hijo, o que los une.

- C. La etapa siguiente consiste en encontrarse sólo en la presencia de alguien. El niño juega entonces sobre la base del supuesto de que la persona a quien ama y que por lo tanto es digna de confianza se encuentra cerca, y que sigue estándolo cuando se la recuerda, después de haberla olvidado. Se siente que dicha persona refleja lo que ocurre en el juego.
- D. El niño se prepara ahora para la etapa que sigue, consistente en permitir una superposición de dos zonas de juego y disfrutar de ella. Primero, por supuesto, es la madre quien juega con el bebé, pero cuida de encajar en sus actividades de juego. Tarde o temprano introduce su propio modo de jugar, y descubre que los bebés varían según su capacidad para aceptar o rechazar la introducción de ideas que les pertenecen.

Así queda allanado el camino para jugar juntos en una relación (p.71-72)

Para Winnicott el juego es en sí mismo terapéutico y es signo de salud mental del niño no por ausencia de síntomas, sino de acuerdo a su capacidad de vivir creativamente habitando la zona transicional.

En palabras de Winnicott:

*“Esa zona de juego no es una realidad psíquica interna. Se encuentra fuera del individuo, pero no es el mundo exterior. En ella el niño reúne objetos o fenómenos de la realidad exterior y los usa al servicio de una muestra derivada de una realidad interna o personal.*

*En el juego y sólo en él pueden el niño o el adulto crear y usar toda la personalidad, y el individuo descubre su persona solo cuando se muestra creador” (Winnicott, 1971, p.76-80)*

Aspectos importantes se desprenden de este fragmento que refleja el pensamiento de Winnicott (1971). Por un lado, la paradoja relación entre el mundo interno y externo del niño, relación que interpela, la paradoja es un indicador de que una capacidad psíquica se ha establecido en el desarrollo emocional del niño. Por otro lado, el autor plantea que el juego es una actividad creadora y sólo se podrá vivir creativamente si se logra habitar la lógica paradójal, la zona transicional, y poner en el juego algo de la creatividad primaria. El espacio transicional se conserva a lo largo de la vida, es donde se articulan las relaciones entre naturaleza, individuo y cultura.

Para Winnicott (1971) la creatividad es uno de los pilares fundamentales y lo define así: «La creatividad es, pues, el hacer que surge del ser», Considera que la creatividad es la actividad básica de todo ser humano, es sinónimo de estar vivo. El autor en su obra, describe que el concepto de creatividad está asociado directamente a la idea de la creatividad primaria, al vivir creador, que diferencia de la creatividad artística o más sofisticada. Winnicott se interesa por la capacidad creadora, que se expresa en la capacidad de jugar, que es la base del vivir y de la salud. Al mismo tiempo, sostiene que el juego es un "logro", y es aquí donde adquiere un papel fundamental el ambiente. Para que un niño juegue, para que su potencialidad se desarrolle, son necesarias experiencias suficientemente buenas, como así también la ilusión y la confianza. La ilusión es necesaria para dejarse experimentar por lo transicional, para permitirse vivir en una paradoja y la confianza se adquiere en la primera relación con la madre, en la relación con el ambiente que en el inicio configura la madre y luego se amplía, deja de reducirse sólo a la madre y abarca a otras personas aceptando su otredad y sus propios modos de jugar. La confianza permitirá aceptar la realidad compartida.

En relación con la creatividad es interesante que este autor brinde un lugar de relevancia a la capacidad de jugar juntos. En este sentido, pero desde el plano en el trabajo analítico solo podía darse en donde se superpone el lugar de juego del paciente y el del psicoanalista, esto también es creatividad, porque el desarrollo del juego se va creando desde dos subjetividades que se encuentran en un espacio particular de análisis. Desde el momento en que cada encuentro con ese niño es único en el despliegue de su singularidad, como así también en el proceso de trabajo terapéutico va a estar signado por una cuota del ser creativo del analista.

Como se deduce de lo expresado hasta aquí, hay al menos dos aspectos o puntos en el desarrollo de su trabajo: rescata la capacidad de jugar, jugar con otros, así como el despliegue de la creatividad.

El juego en sí mismo es importante para llevar adelante el trabajo terapéutico con infantes, ya que le permite al niño descargar todo aquello que suele reprimir y provee mucha información al terapeuta. Por otro lado, es importante rescatar que durante el juego puede emerger información relevante para analizar a un niño y sobre como ellos perciben la situación que viven.

### EL NIÑO Y SU RELACIÓN CON EL CÁNCER

Dulcini (2018), dice que recibir un diagnóstico de cáncer es arrasador, sin importar la edad, la enfermedad en el niño constituye un hecho innovador frente a la rutina de lo cotidiano debido a que los tratamientos usados para el cáncer son altamente invasivos, en pacientes jóvenes es más difícil de asimilar, en tanto están expuestos a constante sufrimiento físico, más aún, cuando los diagnósticos exigen hospitalización y supervisión de médicos especialistas. Así pues, la hospitalización implica cambios en la cotidianeidad del niño y de los familiares, una noticia de estas características produce mucho sufrimiento y desestabilización frente a la probabilidad de experimentar situaciones de

separación o muerte. Por eso es muy importante la edad evolutiva que atraviesa el infante para poder trabajar en forma conjunta con el equipo de salud que forma parte del hospital.

La hospitalización siempre constituye una crisis en la familia, tanto el paciente como los padres experimentan incertidumbres y cambios, debido al carácter significativo de la enfermedad que amenaza la calidad de vida y el bienestar del infante.

Anaya(2022), afirma que el malestar emocional del niño, requiere de tratamiento mientras se encuentra hospitalizado, en tanto, Bareiro, (2016) sugiere que en esta etapa en la que el infante atraviesa la enfermedad, el juego es una de las formas en las que el niño es capaz de expresar sentimientos, emociones y creencias internas que se relacionan con la situación actual en la que se encuentra.

Penón (2006), considera que el niño aunque se encuentre hospitalizado sigue siendo un niño, de tal modo, el juego representa uno de los factores más importantes en la vida del infante, siendo así, no se puede olvidar que es esta una parte esencial en la vida del niño.

Freud ya indicaba que los problemas físicos u orgánicos eran resultado de las situaciones conflictivas psíquicas, en este proceso aparece el mecanismo de la represión. Para la formación de síntomas debe la angustia aparecer como un factor desencadenador, visto como un síntoma de la neurosis; además los síntomas aparecen según Freud para evadir los niveles de angustia; toda esta energía psíquica se descarga en algunos de los órganos del sujeto.

En la primera infancia se estructura el mundo interno del sujeto, viene a partir del período de latencia la dinámica de dicha construcción, hay un contenido mnémico almacenado en el inconsciente que con las circunstancias de la vida actual del individuo puede presentarse una transferencia de los conflictos no resueltos en aquella etapa infantil. (Luna Echeverría, 2012, p. 1)

En este sentido, la infancia es un tiempo de constitución subjetiva única donde las huellas de la experiencia se inscribirán en la psiquis infantil. La presencia de la enfermedad representa un impacto subjetivo en el niño muy fuerte, se suele reservar este impacto sólo a nivel físico dejando el dolor psíquico por fuera de la afección. Los niños tienen conciencia de su enfermedad, de este dolor físico y psíquico que les ocasiona y no pueden verbalizar.

A raíz de la urgencia y de la espera, con una enfermedad donde ya no queda ni lugar ni tiempo para jugar, es necesario recordar las palabras de Winnicott (1942):

"El juego es una porción muy grande de la vida para el niño. Las experiencias externas e internas pueden ser ricas para el adulto, pero para el niño las riquezas se

encuentran principalmente en la fantasía y en el juego. Así como la personalidad de los adultos se desarrolla a través de su experiencia en el vivir, del mismo modo la de los niños se desarrolla a través de su propio juego, y de las invenciones relativas al juego de otros niños y de los adultos. Al enriquecerse, los niños aumentan gradualmente su capacidad para percibir la riqueza del mundo externamente real. El juego es la prueba continua de la capacidad creadora, que significa estar vivo."

### LA FANTASÍA EN EL NIÑO HOSPITALIZADO

Cock Moncada (2017), nos describe que cuando un niño se enfrenta a espacios nuevos o a situaciones inesperadas experimenta emociones que le llevan a sentimientos y reacciones que varían de acuerdo al sostén y acompañamiento que tenga en el momento de asimilar el nuevo espacio. En este sentido, Dulcini afirma que en el caso de la hospitalización, el niño requiere de la cercanía de un acompañante que lo oriente y le permita entrar en mundos de fantasía en los que el niño pueda sentirse cómodo, puesto que los primeros pensamientos que llegan a la mente del niño son la culpa, esto debido que piensan que su condición ha sido producto de algo que pudo hacer de manera previa a la hospitalización.

Noboa Parreño (2015), describe que el niño asocia usualmente estos procesos de hospitalización como castigo por su comportamiento lo cual, le puede llevar a estados de frustración y de depresión.

Cela(2022), afirma que el niño percibe que esta situación causa dolor, en tanto, los procesos en la hospitalización le resultan dolorosos e invasivos, por este motivo, es importante que el terapeuta acompañe al infante a transitar estos espacios, profundizando en la importancia de llevar al niño al mundo de fantasía, mediante el cual, pueda enseñarle sobre la realidad para no perder su proceso de adaptación a la sociedad.

(...) la fantasía es un guion imaginario desde el cual se ubica el sujeto y que representa de manera más o menos deformada por los procesos defensivos, la realización de un deseo y de deseos inconscientes. En alemán fantasía se enuncia: "Phantasie". Esta palabra da significado a la imaginación, no al hecho de imaginar en sí mismo sino la actividad creadora que lleva a la imaginación. Por esto, Lagache (1971) propone utilizar el término fantasía designando a la actividad creadora y a sus producciones. La palabra fantasía posee suma importancia para el psicoanálisis. Desde los inicios Freud denominó "Phantasie" ante todo a los sueños diurnos, escenas, episodios, novelas, ficciones que el

sujeto se narra a sí mismo en estado de vigilia. Por el otro lado, la fantasía aparece en una relación mucho más íntima con el inconsciente. (Dulcini, 2018, p. 14)

Para Freud (1900), la fantasía implica una parte consciente y otra inconsciente, en el caso de los niños hospitalizados, se encuentra que estas se asocian, en su mayoría, con sentimientos y experiencias negativas, debido a la tensión que se vive en estos ambientes para el infante; según Dulcini, “es posible afirmar que la falta de información médica apropiada a cada edad evolutiva puede producir tensión y fantasías perturbadoras” (2018, p. 16).

Liberman & Takatori (2005), advierten que además de la falta de información médica, la decisión de los padres y cuidadores frente a guardar el secreto en relación a la enfermedad también puede ocasionar este tipo de tensiones en el menor, debido a que la información médica frente a sus terapias y tratamientos puede mejorar la aceptación de la realidad, sin embargo, la decisión de esto, está siempre en los padres y cuidadores.

Licata (2022), no obstante, dice que la comunicación con los padres y los niños es siempre un factor favorable en la terapia del infante, en tanto permite que el terapeuta pueda ahondar sobre temas relacionados al diagnóstico del niño, preparándolo de una mejor manera, a diferencia de quienes mantienen el secretismo de la enfermedad, puesto que se pueden aclarar dudas, evitando que se tengan ideas erróneas a causa de la fantasía; así, ni la enfermedad ni la muerte serán causantes de malos pensamientos en el infante. Por eso, el juego permite al niño poder expresar sus miedos, sus angustias y preocupaciones.

(...) bajo el origen del jugar infantil se comprende el talento del poeta adulto. Freud realiza aquí una serie de oposiciones. El jugar responde a la simiente del artista, que son a su vez, los contrarios de la realidad efectiva y la fantasía del neurótico. A medida que el niño crece, la realidad muestra sus fuerzas contra la búsqueda de placer. Ello implica un proceso que ya en Tres ensayos había anunciado que es el problema entre principio de placer vs principio de realidad, como dualidad conflictiva y excluyente. Al punto tal que se debe renunciar al placer en pos de la potencia de la realidad efectiva que, hasta etapas tempranas, eran la razón del entusiasmo del niño. Sin embargo, bien aclara que en lo que se refiere al placer no es posible una renuncia cabal, sino permutaciones y transformaciones. (Bareiro, 2017, p. 4)

En Winnicott (1971), el juego es parte de los fenómenos transicionales, es esa tercera zona de la experiencia humana, terreno donde se sitúa el yo y el no-yo.

El juego se da en el espacio transicional, se construye una zona de experiencia intermedia que da origen a los fenómenos que se desarrollan en el campo de la cultura, del arte y en el espacio potencial que es también, el lugar propio de la clínica.

La terapia se basa en la comprensión del juego del paciente, donde el terapeuta puede jugar mediante la relación simbólica, similar a la que el bebé adquiere con la madre. Por lo tanto, el juego permite que se transiten procesos en donde los temores y la ansiedad puedan expresarse.

### EL JUEGO EN EL NIÑO HOSPITALIZADO

Según Dulcini (2018), la hospitalización infantil ha generado grandes movimientos nacionales e internacionales en los que se reclamaba por los derechos del niño hospitalizado, siendo este uno de los procesos más traumáticos en el caso de los niños a quienes se les cambia del espacio al cual están acostumbrados y en donde sienten la confianza y seguridad. Estos movimientos luchan por los derechos de los niños, en donde se destacan los siguientes:

Derecho a recibir tratamiento

Ingresar al hospital solamente cuando no pueden recibir los tratamientos ambulatorios

Hospitalización gratuita

Estar acompañado de padre, madre o cuidador principal

Recibir información comprensible sobre su situación

Recibir atención individualizada y tener un profesional de referencia

Ser atendido por personal cualificado que conozca sus necesidades físicas y emocionales

Ser hospitalizado junto a otros niños

Espacios dentro del hospital equipados con material necesario para que los niños puedan ser atendidos, educados y puedan jugar

Seguir estudiando durante su permanencia en el hospital y contar con el material didáctico necesario que aporte su colegio, sobre todo si la hospitalización es larga disponer de juguetes, libros y medios audiovisuales adecuados a su edad. (Dulcini, 2018, p. 12)

Por todo lo anteriormente mencionado, Murillo (2015), el juego es inherente al ser humano, así como alimentarse, en el niño las actividades mediante el juego representan una actividad una práctica necesaria y esencial, de tal modo, es esta la manera en lo que aprende de la realidad y del mundo externo, siendo el primer contacto con el mundo externo la madre. Así pues, Penón (2006) expresa que el niño siente ansias por conocer y explotar el mundo que le representa su madre, la

simbología del mundo interno del niño es creada particularmente por el vínculo que adquiere con su madre.

(...) plantea que la fantasía no es algo que el individuo crea para hacer frente a frustraciones de la realidad externa, sino que es más primaria que la realidad. Existe en las personas “sanas” una interacción entre la vida interior y el mundo exterior, el primero es enriquecido por el propio mundo interno, y a su vez el último es modificado por el contacto con la realidad externa. A continuación, el autor plantea que a medida que transcurre el tiempo llegamos a sentirnos más seguros de nosotros mismos, en el sentido de tener más clara la distinción entre las dos “realidades”. Esto empieza a suceder fundamentalmente en la infancia y la etapa preescolar, aunque no cesa a lo largo de toda la vida. (Dulcini, 2018, p. 17)

Para Winnicott & Gorsd, (1980), es el juego en el niño la forma mediante la cual adquiere control frente a las frustraciones que la realidad externa le ocasiona, con ello, es capaz de afrontar los temores y las ansiedades que se le presentan como obstáculos en su realidad, por tal motivo, el juego permite la proyección de los miedos ocultos en el infante.

Además, para Klein (1952), el juego es el medio por el cual el niño entra a su mundo fantástico, en el cual, proyecta de mejor manera sus sentimientos, por ello, es importante que los padres acompañen al niño con el juego desde el nacimiento, resolviendo sus traumas emocionales. Ahora bien, según Lavín Henríquez (2014), el inicio del juego en el niño aparece como forma simbólica, es la madre quien representa este juego con el bebé y este, repite lo que su mamá le enseña, convirtiéndose en la necesidad mediante la cual el bebé se comunica con la madre.

Asimismo, para Klein (1926), el juego es sinónimo de confianza, cuando el niño se encuentra en un ambiente que le genera confianza y placer hace suya la realidad del exterior, en el que sus emociones están conectadas directamente con la madre, creando así, un efecto en el que se produce la catarsis y en la cual la madre es capaz de comprender las emociones del bebé, proyectándolo en un lugar seguro y libre de miedos, en el que le lleva a ocultar sus inseguridades, de forma tal que la mamá se convierte en el objeto de protección del bebé.

El juego además de ser la forma de expresión y manifestación de pensamientos, sentimientos y deseos conscientes como inconscientes del niño, también posee otros grandes beneficios. Estos deben ser tenidos en cuenta para entender por qué resulta tan importante la existencia de espacios y tiempos de juego en el hospital para el desarrollo de los niños. Primero, la actividad lúdica es indispensable para la formación del Yo. Esta permite al niño conocer y adaptarse al mundo que lo rodea y es indispensable para que el niño aprenda a vivir en él. A su vez, el juego es un medio educativo muy significativo ya que enriquece la imaginación apoyando el proceso creativo, desarrolla la observación,

ejercita la atención, la concentración y la memoria. También favorece la maduración psíquica a través de tres funciones que son: la asimilación, la comprensión y la aceptación de la realidad externa. (Dulcini, 2018, pp. 20-21)

No obstante, este lugar seguro que encuentra el bebé para ocultar sus miedos, no corresponde ni al mundo interno, ni el mundo externo, es un canal intermedio que se proyecta entre los dos mundos, el inconsciente y el consciente, por eso, para Winnicott, (1945), el juego es ese canal que no está ni en un extremo ni en el otro, siendo este canal o medio donde el niño es capaz de proyectarse en sus sentimientos más ocultos.

Teniendo en cuenta a Stimoli (2021), el juego es la forma en la que el niño manipula los elementos del mundo externo y los de su mundo interno, siendo este un logro en el desarrollo emocional de la psicología del infante. Es por ello, que según Siebzeiner (2019) al parecer el juego, es la representación de un acto por sí mismo de expresión, cuyas experiencias ponen límites a las angustias y a los miedos en el mundo interno del individuo.

En este sentido, Zuanic Quintana (2000), el juego en el niño hospitalizado se convierte en la forma de canalizar los miedos, las angustias y el sufrimiento emocional que padece, poniendo límites a la entrada de estas emociones negativas al mundo interno del niño, así pues, la propuesta de Winnicott es que el terapeuta se una en ese lazo maternal como en el caso de la madre y el niño mediante el juego, logre proyectar sus miedos en canales que le impidan llevarlo al inconsciente.

Lo primario es el juego como desarrollo de subjetividad. En ese sentido, para que exista el juego no tiene que haber necesariamente un componente de angustia, sino que justamente una de las funciones principales del juego es poner límite a la entrada de la angustia. En contraposición Lewin (2004) presenta la perspectiva de otro autor:

“Aberastury piensa que el niño al jugar vence realidades dolorosas, y que por este medio domina miedos primitivos a través de mecanismos proyectivos. La función catártica del juego le permite elaborar situaciones excesivas, traumáticas para su debilitado Yo, haciendo activo lo sufrido pasivamente. Al jugar, el niño desplaza al exterior sus miedos, angustias y problemas internos dominándolos mediante la acción.” (Dulcini, 2018, pp. 20)

De esta manera, según O'Connor, et al. (2017), El juego es para el infante hospitalizado la forma de expresión, la manera en la que puede manifestar sus sentimientos y deseos ocultos que se hallan en el inconsciente y que solo a través de este proceso se pueden exteriorizar, en tanto, se logra alcanzar ambientes de confianza, procurando grandes beneficios en el tratamiento del niño, que le permitan aceptar la realidad por la cual está transitando.

Winnicott (1971) sostiene que el juego es esencial para el desarrollo infantil y afirma que los niños que se encuentran hospitalizados necesitan oportunidades para jugar y expresarse creativamente. También enfatizó en la importancia de la relación entre el niño y el cuidador, y como esto puede afectar el estado emocional del infante, por ello, esta debe ser cálida y afectuosa para proporcionar confianza y seguridad. El autor afirma que el cuidado hospitalario debe ser personalizado y adaptado a cada niño, esto implica comprender las necesidades emocionales y psicológicas del niño brindando un entorno que promueva el cuidado y bienestar. Para que esto se pueda llevar a cabo, es importante que sea sostenido por sus cuidadores y complementado por un acompañamiento analítico.

Además, Winnicott (1968), desarrolla técnicas de juego adaptadas a las necesidades de los niños hospitalizados como es la técnica del garabato, que consiste en propiciar comunicación con el paciente dentro del espacio analítico que le permite generar mejores posibilidades en la comunicación interna. Esta técnica fue pensada para consultas hospitalarias que constaba con una sola entrevista. Por esto, mediante el juego del garabato se intenta generar una comunicación transferencial que permita al analista ubicar el síntoma del paciente y arribar a un posible diagnóstico y de esta manera poder derivar el caso. Por otro lado, Dulcini (2018), expresa que el juego es una manera de desahogar la represión que se guarda dentro, no solo es acto de disfrute, sino que es la forma de vivir y expresar su mundo interno, sus emociones.

En palabras de Dulcini:

Tal como se planteaba anteriormente el juego le permite al niño desahogar una gran cantidad de emociones que lo estresan y lo angustian. En las salas de hospitalización infantil se debe promover el juego porque les permitirá disfrutar de situaciones placenteras, ayudándolos a adaptarse a una condición tan difícil y compleja. En la etapa pre-escolar aparece dentro del juego la conducta animista, el niño le da vida a objetos inanimados. Es fundamental permitir este juego y dejar que este se repita cuantas veces quiera el niño. Algo está sucediendo en la mente del niño en ese momento, necesita resolver ciertas situaciones que dejó pendientes y que identifica con un tipo determinado de juego. Al mismo tiempo, se debe alabar los esfuerzos y no solamente los éxitos ya que en los niños lo importante son los intentos, porque los aciertos se dan de manera gradual (Dulcini, 2018, p. 21)

Así pues, se evidencia que el juego es importante en la terapia para el niño hospitalizado, fueron los aportes de Winnicott los que han contribuido a grandes avances en el desarrollo teórico del juego. Para este autor, el juego tiene un papel fundamental no sólo en el desarrollo psíquico y emocional del niño, sino también como dispositivo terapéutico en el análisis de infantes.

## **CONCLUSIONES**

Reflexión de Pablo Neruda: “El niño que no juega no es un niño, pero el adulto que no juega perdió para siempre el niño que vivía con él y que le hará mucha falta”.

A partir del análisis de la información obtenida y del recorrido realizado para la presente investigación, se puede afirmar que partiendo desde la Teoría de Donald Winnicott, el lugar que ocupa el juego contribuye en la vida emocional de los niños, dado que la posibilidad de que un infante desarrolle la capacidad de jugar permite pensar, que las operaciones psíquicas que dan lugar al desarrollo se van realizando y permitiendo el acceso a la salud mental, que puede verse favorecida u obstaculizada de acuerdo al papel fundamental que el ambiente propicie para el desarrollo emocional del bebé. Asimismo, el buen funcionamiento de la diada madre- bebé ha permitido la existencia de

recursos psíquicos que se activan para elaborar situaciones de la vida cotidiana como traumáticas. Pero cabe destacar que la relación entre salud mental y juego no es lineal, sino más bien, indicador de la activación de recursos psíquicos que operan en sentido positivo respecto de la posibilidad de establecer una condición de salud mental benigna para el sujeto. De modo que, la oferta de espacios de juego en el ámbito hospitalario entendiendo estos como un medio que facilita la subjetivación de la realidad, es decir que permite elaborarla, puede producir efectos terapéuticos en los niños en tratamiento oncológico.

Se ha evidenciado que el juego es necesario para la constitución de subjetividad, teniendo en cuenta que es la forma en la que el niño puede conocer el mundo y adaptarse a él. El juego corresponde a la salud, como una terapia en sí misma. Por lo tanto, el juego cumple un papel muy importante y necesario para que el niño hospitalizado no pierda los lazos sociales.

El juego es una actividad natural y universal, una experiencia en la que se expresan sentimientos, pensamientos, miedos, inquietudes, ansiedades, y la visión del mundo que rodea al niño, de modo tal, que es necesario destinar espacios que sirvan de esparcimiento y de sala de juego en los niños con cáncer y hospitalizados. El juego rompe con la rutina y el aburrimiento de la vida en el hospital, proporcionando una forma de escapar de la realidad y del impacto que produce la enfermedad.

Además, el juego es un medio educativo que incentiva el desarrollo de la imaginación, y favorece la memoria, siendo esto, no solo una actividad placentera, sino que permite al niño tener conocimiento sobre la realidad, favoreciendo a un adecuado desarrollo de aprendizaje, en tanto, el niño aprende jugando.

Por otro lado, a través del juego el niño puede expresar su subjetividad al terapeuta. En este sentido, el juego le permite al analista visualizar las emociones del niño, aquellas que no puede poner en palabras, renovando de esta manera caminos terapéuticos que permitan y den lugar a un espacio transicional donde el niño pueda desplegar y experimentar diferentes roles y situaciones, lo que le permite desarrollar su imaginación y creatividad contribuyendo a la integración de la personalidad, a la salud mental y emocional del niño. De esta manera, a través del juego el niño construye experiencias que tiene en su día a día con las vivencias internas que le producen, explorando y expresando sus emociones.

El juego en sí mismo corresponde a la salud mental, facilitando el crecimiento y permitiendo a través del análisis terapéutico en niños el despliegue de creatividad, contribuyendo de esta manera a la producción de subjetividad.

En este sentido, el juego como habilitador de relaciones de grupo en actividades compartidas, como una manera de comunicación en el espacio analítico. Del mismo modo, el juego como indicador

clínico permite acercarse al niño y así promover el despliegue subjetivo. Por tal motivo, resulta interesante pensar como llevar a cabo el juego con niños oncológicos y hospitalizados en un encuadre clínico, para producir subjetividades que contribuyan a la construcción de un espacio que contenga y que provea confianza, creando de esta manera un ambiente que sostiene, escucha, generando vivencias de apoyo y cariño en situaciones difíciles como las que atraviesan estos niños.

Para finalizar, el psicoanálisis se ha convertido en una forma particular de juego al servicio del encuentro con los demás. El juego constituye una forma genuina de expresión en los niños, y al psicoanalista tiene que resultarle valioso este espacio compartido y que recuerde no sólo lo que se le debe a Freud, Melanie Klein a Winnicott y tantos otros, sino también lo que le debemos a esa cosa natural y universal que llamamos juego y que nos permite estar vivos.

Manuel Roca, un poeta colombiano, titulado  
“Déjenlos”, que dice:

*déjenlos crear tormentas marinas  
con sólo agitar sus blancas mantas  
o soñar con pájaros no vistos  
o convocar a la noche en el pleno día  
con sólo esconderse en lo profundo  
de un armario  
este armario se cierra y llegó la noche.  
déjenlos atrapar una estrella,  
cuando en la noche clara y plateada,  
desde alguna ventana de la casa  
con un espejo roto  
la atraen hacia algún jardín de sombras.  
no los llamen en mitad de sus juegos  
no podrán escucharlos.  
a esa hora, magnífica y secreta  
ellos están en otra parte.*

### **ACERCA DE MI EXPERIENCIA EN EL DISPOSITIVO ARCO IRIS**

Trataré de elaborar una reflexión personal acerca de mi experiencia sobre lo que he recorrido y transitado como asistente voluntaria en la Asociación Arco Iris.

Hace unos años motivada por la temática acerca de la oncología infantil y el juego es que me acerqué a Arco Iris, una Asociación Civil sin fines de lucro que realiza sus actividades en el Servicio de Oncohematología del Hospital Materno Infantil San Roque en la ciudad de Paraná – Entre Ríos, donde se propone trabajar a través de actividades lúdicas y recreativas con los niños y sus familias que se encuentran en tratamiento médico, intentando brindar apoyo y contención ante una noticia tan conmovedora como lo es el cáncer infantil. Por tal motivo, es que decidí incorporarme a la Asociación realizando una capacitación para profundizar en la temática y poder de esta manera nutrirme de conocimientos acerca de la oncología infantil, tarea que se llevó a cabo con los integrantes

de la Asociación y del hospital. Esto me permitió no sólo tomar conciencia de las dimensiones de la enfermedad sino de la posibilidad de poder ser parte del equipo, dado que estar en el sector de oncohematología de los hospitales no es tarea fácil y cuenta con muchas restricciones por la complejidad que esto significa.

Si bien el rol de la asociación está ligada al hacer, este lugar me permitió un espacio de interrogación, de inquietudes, de curiosidad e interés acerca del juego, la hospitalización y los niños enfermos de cáncer.

Cuando concurríamos al hospital a participar de diferentes actividades con los niños internados, eran momentos únicos porque surgía de ambos lados el deseo del encuentro. La preparación era uno de los condimentos más emocionantes, seleccionábamos juguetes, utensilios para realizar manualidades, libros de cuentos, cerillas, rompecabezas y demás materiales que permitieran ingresar a ese espacio en donde se dejaba volar la imaginación y la fantasía se apoderaba de nosotros creando momentos que comenzaban con miradas incandescente de felicidad, sonrisas, saltos en la cama y muchas ganas de jugar, la mayoría de las veces. Mientras que otras, nos esperaban miradas lejanas apoderadas por la tristeza, por el dolor, por el desgano.

En algunas ocasiones estábamos impedidos a jugar con los niños que se encontraban en aislamiento, motivo por el cual se buscaba preservar la vulnerabilidad de sus defensas. El sentir de la lejanía se transformaba como un castigo en donde la ventana que nos separaba era testigo de aquel momento, intentando a través de algunos gestos o bromas acercar nuestros corazones y dibujar alguna sonrisa, a veces se lograba, otras solo eran miradas esquivas evitando el encuentro o un giro en la cama nos hacía desaparecer de aquella escena.

Las actividades eran muy cambiantes y se adaptaban a la dinámica y realidad del momento de cada niño, todos los días eran un interrogante nuevo, una reflexión y oportunidades únicas donde se establecían lazos. Se intentaba compartir momentos de juegos en donde se daba rienda suelta a las potencialidades de los integrantes, creando grandes desafíos e improvisaciones.

Al evocar aquellos momentos de juego, me remiten a ciertos escritos de la teoría de Winnicott acerca de la importancia de los primeros tiempos de vida de un niño que posibilitan la capacidad de jugar. La importancia de la relación de la madre y el bebé desde los comienzos de la vida, esa relación primordial de cuidados que permitirá ir construyendo experiencias subjetivas del bebé.

Teniendo en cuenta el pensamiento de este autor (1942) el juego es un espacio donde el niño puede ser libre y creativo, y donde puede desarrollar su personalidad.

Para Winnicott (1971) la creatividad es uno de los pilares fundamentales de su teoría y lo define así” la creatividad es, pues el hacer que surge del ser”, considera que la creatividad es la actividad básica de todo ser humano, es sinónimo de estar vivo.

Este autor afirmaba que “Jugar es hacer” no sólo en el sentido material, sino también en un sentido subjetivo. El juego es eso que va tomando forma y es responsable de aquello que termina por constituir toda experiencia imaginativa y creadora. El juego y el jugar son productores de subjetividad.

Para el autor, el juego cumple la función de aliviar al individuo de la constante tensión que se genera por la relación de la realidad del adentro y la realidad del afuera, aquella que permite tomar contacto con el sentido personal de cada sujeto y con el mundo que lo rodea.

Teniendo en cuenta lo anterior, considero que el dispositivo Arco Iris ofrece una interacción con los niños enfermos de cáncer y hospitalizados y que estos espacios de juego posibilitan abrazar la realidad, invistiéndola de sentidos personales y que permiten poder construir allí una nueva dimensión que da lugar al encuentro donde se expresan sentimientos y emociones sin que estos estén teñidos de tantos sabores amargos algunas veces, y otras habilitando a exteriorizar acontecimientos de dolor para aliviar el sufrimiento. En consecuencia, la subjetivación de la realidad permite elaborarla produciendo efectos terapéuticos. Así mismo, podemos pensar que los niños recuperan la capacidad de jugar como recurso psíquico que es efecto de la constitución psíquica ancladas en las ideas de Donald Winnicott.

Por otro lado Lacruz(2011) escribe:

«*La salud es producto de un buen cuidado infantil que permite la continuidad existencial del bebé y un desarrollo emocional integrado y armónico. Se facilita la creatividad primaria con la que se construyen los objetos y el mundo propio. La salud determina el logro de un crecimiento individual orientado hacia la realización y la riqueza psíquica acorde con la edad cronológica; responde al vivir integrado, al habitar la psique el propio cuerpo y a dar continuidad a la experiencia de ser. El vivir “la propia vida” implica asumir la responsabilidad de los éxitos y de los fracasos*» (p. 787).

Si bien mi paso por el hospital se vió interrumpida por las circunstancias que provocaron la pandemia, ese tiempo de reflexión me acercó a seguir investigando sobre la importancia de los espacios de juegos en los hospitales, puesto que pude observar y percibir a través de mi experiencia que contribuyen al bienestar de la salud psíquica y emocional de los niños y cuyos efectos se podían percibir con sólo la presencia nuestra, ya que éramos identificados, percibidos, como lo previo a romper con la rutina del hospital , generando nuevos espacios y posibilidades que habilitaban encuentros que daban rienda a la imaginación y a la fantasía, donde una cama podía ser el trono de un rey y los sueros la fuerza que impulsaban a ser invencibles.....

Los efectos de hacer presencia allí jugando, permitían disfrutar de momentos que eran placenteros y que se veían reflejados en los estados anímicos de los niños como así también en las mejoras de la salud corporal, esto último manifestado por los padres, enfermeros y médicos.

Por otro lado, me gustaría regresar al Hospital San Roque como así también poder desarrollar experiencias en otros centros médicos generando nuevos espacios pero desde otro lugar, como profesional de la salud mental, considerando que pude experimentar la necesidad de la figura de un profesional que se especialice en Psicooncología, un rol significativo en la contención de los niños y familiares para fortalecer lazos y alentar a los padres a hablar abierta y honestamente sobre la enfermedad para dar lugar a una buena calidad de vida en la familia. Dar a conocer lo que acontece en los niños enfermos de cáncer y lo que esto significa. El proceso de acompañamiento en la comunicación de la enfermedad y la percepción de los padres al momento del diagnóstico podría desempeñar un papel importante y determinar cómo será la futura comunicación con el niño.

Formar una red de contención con los médicos que asistan a los niños y familiares trabajando de forma interdisciplinar, dado que es de elevada importancia para aliviar el sufrimiento. Es motivo de otras investigaciones poder analizar la función del psicooncólogo y la función clínica del juego en los niños que se encuentran hospitalizados en tratamiento oncológico.

Haber Compartido con niños enfermos de cáncer y hospitalizados siendo parte del voluntariado me permitió percibir la vida con los colores del arco iris, porque ser voluntario era ser un color del arco iris ese día, un color para pintar, llorar, reír, cantar, imaginar, jugar, soñar, crear dando un nuevo sentido a la vida en ese momento, en ese lugar.

Ser color era permitirse y autorizarse con los otros, encontrarse siendo con otros y juntos formar un Arco Iris, dándole nuevos matices a la vida en ese momento. Es un siendo juntos.

La vida y la muerte es una constante de cada momento, día a día, hora tras hora, minuto a minuto, sabiendo que hoy estamos aquí y mañana quizás nos espera otro desafío, por eso no nos olvidemos de jugar, que la vida es eso, un gran juego que merece ser aventurado.

Este paso por el hospital transitando vidas y otras partidas, ha dejado huellas en mí que no pasaran desapercibidas en mi carrera profesional que recién comienza, pero cuyo deseo comenzó a los 14 años cuando por “accidente” tropecé con un libro de Freud que hablaba de la interpretación de los sueños. Supe ese día que no podría ser otra cosa en mi vida que no fuera intentar ser una psicoanalista, aunque no comprendía bien a que se dedicaba ese señor Freud, me sorprendía como podía aliviar el sufrimiento de tantas personas tan solo con hablar.

El tiempo pasó como también diferentes acontecimientos en el transitar de mi vida por las cuales tuve que posponer mis estudios, pero aquí estoy poniendo en palabras las que me permite y dicta mi corazón, convencida que trataré de ser un granito de arena en esta maravillosa profesión.

Quiero agradecer a este hogar de estudios que me ha dado la oportunidad de formarme no sólo con excelentes profesores y profesionales, sino con la calidez humana que he encontrado aquí

permitiendo que mi paso por la universidad sea de profundo crecimiento a nivel académico y también humano.

Dejo aquí una frase del padre del psicoanálisis que me ha calado el corazón:

***“La ciencia moderna aún no ha producido un medicamento tranquilizador tan eficaz como lo son unas pocas palabras bondadosas”.S. Freud***

#### **BIBLIOGRAFÍA TEMÁTICA:**

- Aries, P. (1987): “El niño y la vida familiar en el antiguo régimen”. Madrid: Taurus.
- Asturizaga, E. y Unzueta, C. (2008): “El Estatuto del juego en la Clínica Psicoanalítica. Ajayu,2008, vol. VI, N°1
- Bachmann R. y Babiszenko, D. (2009): “Lo terapéutico para Melanie Klein y Donald Winnicott”. Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Bareiro, Julieta (2017): “Dos Interpretaciones sobre el jugar y el juego: de Fred a Winnicott, ¿ruptura o continuidad?” en Revista Lúdicamente, Vol. 6, N°12, Octubre, Buenos Aires.
- Lic. Barutta Sol - Lic. VictorAndenoch(1Marzo, 2008):” Psicoprofilaxis Quirúrgica en oncología Pediátrica. Una mirada Psicoanalítica”

<https://www.colpsibhi.org.ar/publicaciones/psicoprofilaxis-quir%C3%B3rgica-en-oncolog%C3%AD-pedi%C3%A1trica-una-mirada-psicoanal%C3%ADtica>

- Cela, R. F. (2022). “Clowns hospitalarios: teatralidad, subjetividad y lógicas sociales”. Tesis de Maestría, Universidad Nacional de San Martín.
- Cock Moncada, A. (2017). “Encuadrando corazones: el encuadre arteterapéutico en el hospital infantil”. Ene, 12, 48.
- Dulcini, S. (2018). “El juego y la fantasía en el niño hospitalizado con diagnóstico de cáncer”.
- Fernández, B., Yélamos, C., Pascual, C., Medin, G. (2006). Cáncer infantil. Guía de apoyo para profesores. Recuperado el 18 de julio de 2023, de <http://bit.ly/KlANdz>
- Freud, S. (1900): “Cartas a Wilhelm Fliess.” En Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1985. 446-447.
- Freud, S. (1900): la Interpretación de los sueños En Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1996. IV
- Freud, S. (1905): “Tres ensayos de la Teoría Sexual” En Obras Completas, Buenos Aires: Amorrortu editores, 1996.VII
- Freud, S. (1919): “Más allá del Principio del placer”. En Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1996.XVIII.
- Fundación Natali Dafne Flexer – Lic. Silvia Appel: “Cáncer Infantil – Diagnóstico y tratamiento ISBN: 987-95792-2-4”
- Fundación Natali Dafne Flexer recuperado el 23/04/2022  
<https://www.fundacionflexer.org/acerca-del-cancer-infantil.html>
- Illick, J.E (1987) “La crianza de los niños en Inglaterra y América del Norte en el siglo XVII”. En historia de la infancia, capítulo 7 pág.371. Alianza Madrid.
- Klein, M. (1926): “Principios psicológicos del análisis infantil”. En Obras el siglo Completas, Buenos Aires: Paidós, 1990, 1, 137-147.
- Klein, M. (1952): “Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebé”. En Obras Completas, Buenos Aires: Paidós, 1997, 2.
- Lebovici, S y Diatkine, R. (1969).” Significado y función del juego en el niño”. Buenos Aires, Argentina: Proteo.
- Lacruz Navas J (2011).” Donald Winnicott – Vocabulario Esencial”. Mira Editores. Zaragoza, España.
- Liberman, F., & Takatori, M. (2005). “La atención de los familiares y acompañantes de niños y adolescentes con cáncer: la experiencia de un grupo de Terapia Ocupacional”. Revista asturiana de Terapia Ocupacional, (2), 5-12.
- Mena, I. (2013). “¿Quién es Donald Woods Winnicott?” Revista Universitaria de Psicoanálisis, 14.

- Mena, María Inés (2014): “Winnicott, un modo particular de leer psicoanálisis”, Anuario de Investigaciones, XXI, 101-104.
- Ministerio de salud / instituto Nacional del Cáncer, <https://www.argentina.gob.ar/noticias/mejoro-el-pronostico-del-cancer-infantil-en-nuestro-pais->
- Noboa Parreño, M. G. (2015). “Incidencia del juego terapéutico en la modificación del estado emocional en niños, niñas y adolescentes diagnosticados con cáncer que acuden al Hospital Pediátrico Baca Ortiz, al Programa de Aulas Hospitalarias de la Fundación Juan José Martínez de la Ciudad de Quito” (Bachelor's thesis, Quito: UCE).
- OMS, Organización Mundial de la salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Penón, Silvia (2006) “El Juego y el juguete y el niño hospitalizado”. Educación Social: Revista de intervención socioeducativa, ISSN 1135-8629, N° 33.2006 (Ejemplar dedicado a: El juego, herramienta educativa), págs. 122-131.
- Salcedo Melo, C. M. (2012). Impacto psicosocial del cáncer en niños y adolescentes. Recuperado el 15 de febrero de 2015, de: [https://issuu.com/precopscp/docs/impacto\\_psicosocial\\_del\\_cancer](https://issuu.com/precopscp/docs/impacto_psicosocial_del_cancer)
- Sandoval Mijares, L. V. (2019). Participación ocupacional y el disfrute del juego en la pedagogía hospitalaria una mirada desde Terapia Ocupacional.
- Stimoli, A. (2021). Experiencias de mediación artísticas en oncología pediátrica y el sentido existencial de la persona enferma en los procesos serigráficos (Doctoral dissertation, Universitat Politècnica de València).
- Winnicott, D. (1942/1993). Por qué juegan los niños. En El niño y el mundo externo. (4ª ed.) (pp. 154-158). Buenos Aires: Lumen
- Winnicott, D. (1945): “Desarrollo emocional primitivo”, En Escritos de Pediatría y psicoanálisis, Barcelona: Laia, 1979, 203- 218.
- Winnicott, D (1952): “La psicosis y el cuidado de los niños”, En Escritos de Pediatría y psicoanálisis, Barcelona: Laia, 1979, 301- 312.
- Winnicott, D. (1961): “Psiconeurosis en la niñez”. En Exploraciones Psicoanalíticas I, Buenos Aires: Paidós, 2015, 84-93.
- Winnicott, D. (1971): “Realidad y Juego”. Buenos Aires: Gedisa.
- Winnicott, D. (1979b). Realidad y juego. Barcelona, España: Gedisa. (Trabajo original publicado en 1971).
- Winnicott, “¿ruptura o continuidad?” en Revista Lúdicamente, Vol. 6, N°12, Octubre, Buenos Aires.

- Winnicott, D. (1993). “Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: Estudios para una teoría del desarrollo emocional”. Buenos Aires, Argentina: Paidós
- Winnicott, D. W. “Conozca a su niño”. Buenos Aires. Paidós, 1994
- Winnicott, D. W., & Gorsd, B. (1980). “Clínica psicoanalítica infantil” (pp. 14-19). Hormé.
- Xavier Méndez, MireiraOrgiles, Sofía López-Roig & José Pedro Espada (2004): “Atención psicológica en el cáncer infantil”, psicooncología vol.1, Núm.1, 2004, pp. 139-154.

#### Bibliografía metodológica:

- Gómez-Luna, Eduardo, & Fernando-Navas, Diego, & Aponte-Mayor, Guillermo, & Betancourt-Buitrago, Luis Andrés (2014): “Metodología para la revisión bibliográfica y la gestión de información de temas científicos, a través de su estructuración y sistematización” [fecha de Consulta 28 de Octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=496/49630405022>
- Hernández, R., Méndez, S. y Mendoza, C. P. (2014): “Metodología de la investigación”, México: McGraw-Hill.
- Sabino, C. A. (1996): “El proceso de investigación”. Lumen Humanitas. Buenos Aires.