



Experto en Psicología Oncológica infantil



www.isfap.com · info@isfap.com

TEMA X. PSICOPROFILAXIS QUIRÚRGICA EN ONCOLOGÍA INFANTIL

Introducción

La psicoprofilaxis quirúrgica oncológica es un tratamiento cuyo objetivo es la reducción de los concomitantes psicológicos traumáticos de las intervenciones quirúrgicas, desde el momento en que el cirujano comunica que debe operarse hasta que el paciente abandona el hospital.

Para el niño y su familia dicha intervención quirúrgica es un acontecimiento desconocido que irrumpen en su vida cotidiana, generando una angustia que provoca una mala adaptación a este acontecimiento estresante. No solo cuenta el estrés asociado a la presencia de la enfermedad oncológica, sino también la internación en un ambiente extraño, el conocimiento de los riesgos de la anestesia, más los peligros imaginados por el niño y su familia.

La preparación psicológica previa a la cirugía es una psicoterapia focalizada, breve y multidimensional, que permite al niño y a sus padres poner en funcionamiento mecanismos defensivos que disminuyen y previenen la producción de trastornos psicológicos que se manifiestan en el postoperatorio y lo complican, así como también actitudes negativas hacia los médicos y los servicios de salud.

Aquellos pacientes que reciben asistencia psicológica "previa" a la operación, además de disminuir los niveles de ansiedad y angustia a montos tolerables, también reducen el uso de analgésicos postoperatorios, cicatrizan más rápidamente y acortan el periodo de internación.

Por esto, resulta de suma importancia evaluar eficazmente cuales son los efectos que produce la cirugía y desarrollar intervenciones adecuadas con el objetivo de prevenir las alteraciones que pueda provocar la no elaboración del proceso quirúrgico.



En el presente tema abordaremos los aportes que la escuela psicoanalítica hace a la psicoprofilaxis quirúrgica pediátrica en enfermedades oncológicas a través de sus diferentes

intervenciones. Para dicho análisis, realizaremos una revisión bibliográfica, tomando como punto de partida el análisis psicoanalítico de la problemática en cuestión, para llegar a las diferentes intervenciones y técnicas que hoy se realizan, y que tienen como base dichos aportes.

La psicoprofilaxis

La psicoprofilaxis quirúrgica es una práctica de límites precisos. Se ubica en el cruce interdisciplinario de dos ciencias: la psicología y la medicina. Tradicionalmente se inicia y se desarrolla en el ámbito de la psicología clínica y su expansión en otros contextos la enmarca también en el campo de la psicología de la salud. Es decir, se encuadra teórica y técnicamente como una práctica clínica en, desde y para la salud, con objetivos según el modelo preventivo de Gerald Caplan, 1966.

Profilaxis es un término derivado del griego que significa prevenir, tomar precauciones. En el siglo XIX, comienza a ser utilizado como prevención de las “enfermedades”. Para la

medicina, significa “preservación”, conjunto de medios que sirven para preservar de enfermedades al individuo o a la sociedad; tratamiento “preventivo”.

La palabra quirúrgico significa relativo o perteneciente a la cirugía, que es el arte de trabajar con las manos. El término cirugía proviene del griego kleirurgos: cirujano, de kleir, mano y ergon, obra. Kleirurgia, “*operación quirúrgica*”, propiamente trabajo manual, “práctica de un oficio”. Derivado de kleirurgos: “que trabaja con las manos”, “cirujano”. En el siglo XIV comienza a utilizarse como “arte de curar mediante intervenciones quirúrgicas”.

La psicoprofilaxis quirúrgica, como campo de trabajo especializado, brinda asistencia psicológica a enfermos que padecen enfermedades quirúrgicas. Se trata de una estrategia terapéutica focalizada y planificada, que tiene principio, desarrollo y final. Esta práctica posibilita considerar los aspectos emocionales que puedan afectar el curso de la enfermedad y la operación. En tal sentido, el conocimiento, la información, la contención antes de la operación, así como también la posibilidad de hablar acerca de los problemas que preocupan al enfermo y su familia, reducen la prevalencia de problemas psíquicos en el postoperatorio.

Entre los objetivos generales de la psicoprofilaxis quirúrgica pediátrica en oncología, señalamos:

- ◆ Facilitar el procesamiento de la información
- ◆ Proporcionar recursos para afrontar las preocupaciones que la enfermedad oncológica y la cirugía imponen.
- ◆ Estabilizar los síntomas psicológicos en niveles tolerables.
- ◆ Disminuir los miedos básicos o universales.
- ◆ Hacer explícito lo implícito.

- ♦ Evitar que la operación pueda dar lugar a una organización psicopatológica.
- ♦ Jerarquizar o priorizar dificultades “singulares”

Existe numerosa bibliografía y estudios que abordan el tema de la psicoprofilaxis quirúrgica infantil en oncología desde una perspectiva psicodinámica:

• Sophie Morgenstern, en el año 1937 publica un historial de un niño de 8 años que sufría de un mutismo total y lo analiza interpretando sus dibujos.

• Maria Rosa Glasserman, quien inicia su experiencia en 1961, en el hospital de niños “Dr Ricardo Gutiérrez”. Desde un encuadre experimental, desarrollo la técnica validada y sitúa el rol del psicólogo como agente de salud mental.

• Merea, Vázquez y Marcovich, Rinaldi y Goldberg entre otros, utilizan una caja de juegos y el cambio de roles como principales técnicas de trabajo con los niños.

• Arminda Aberastury, en su libro “*El psicoanálisis de niños y sus aplicaciones*”, desarrolla su técnica de preparación psicoterapéutica en cirugía, en la que utiliza principalmente el dibujo; considerando relevante la información sobre la operación y la anestesia. En ese sentido colige que la falta de esclarecimiento incrementa la ansiedad y observa que la información debe ser transmitida por el terapeuta, tanto al niño como a sus padres, complementariamente a la labor interpretativa. Las entrevistas postquirúrgicas servían para incorporar la nueva imagen corporal, incorporación que implicaba elaborar la pérdida de una parte del cuerpo o bien en cirugías reparadoras: la pérdida de un defecto.

• Florinda Glocer realiza importantes aportes al describir la neurosis quirúrgica, posible de darse ante miedos no superados, esencialmente el miedo a la muerte desencadenado por la situación quirúrgica.

Si bien las tendencias actuales muestran que los procedimientos médicos se modifican y avanzan constantemente, el proceso quirúrgico aún supone sucesos que desencadenan vivencias estresantes alrededor de las cuales giran preocupaciones sobre la enfermedad,

el diagnóstico, la hospitalización, los actos médicos, la cirugía, el dolor, la recuperación, el riesgo de vida, entre otras. Las respuestas emocionales son múltiples y, por su intensidad, pueden provocar efectos negativos durante la recuperación. Las investigaciones en psiconeuroinmunoendocrinología de Kiecolt-Glaser del 2002 muestran que síntomas como: estrés, ansiedad, angustia, percepción de la amenaza, repercuten negativamente en el estado psicosomático del paciente, afectan el sistema



inmunológico, prolongan el proceso de cicatrización e inciden en la recuperación. La ansiedad, en particular, es objeto de investigaciones que señalan que, los montos elevados preoperatorios se asocian

a una adaptación postoperatoria inadecuada en lo referente a la recuperación - J.E. Johnson y cols., 1971-. Por otra parte, también es relevante el impacto subjetivo del diagnóstico y el proceso quirúrgico que, según el modelo transaccional de estrés psicológico de Lazarus y Folkman, depende de cómo cada enfermo percibe, interpreta, evalúa y afronta la situación.

Actualmente, White investiga las repercusiones que algunas cirugías, por su complejidad, pueden provocar en la recuperación psicosocial, sobre todos en enfermedades oncológicas y sus efectos emocionales en el paciente.

Oncología Pediátrica

El cáncer infantil constituye un grupo heterogéneo de enfermedades con etiología, tratamiento y pronóstico diferente. Es la segunda causa de muerte en la infancia en los países desarrollados, después de los accidentes, por lo que su diagnóstico puede significar el enfrentamiento con una muerte inminente.

Sin embargo, gracias a los avances de los tratamientos, las expectativas de vida son mayores con lo que, cada vez más, el diagnóstico de cáncer se equipara al sufrimiento de una enfermedad crónica de carácter amenazante para la vida a la que la familia y el pequeño paciente deberán enfrentarse durante un periodo indeterminado de tiempo.

La amenaza de muerte y la incertidumbre de la supervivencia son centrales a la hora de abordar el problema del cáncer y lo hacen diferente de otras enfermedades crónicas, que no tienen un desenlace fatal.

Es importante destacar que cuando el cáncer afecta a un niño o a un joven lo hace en forma distinta a como afecta a los adultos. Por ejemplo, muchos de los tipos de cáncer que se dan en la adultez son resultado de la exposición a agentes productores de cáncer como tabaco, dieta, sol, agentes químicos y otros factores que tienen que ver con las condiciones ambientales y de vida. Mientras que las causas de la mayoría de los tipos de cáncer pediátricos son, aún, desconocidas.

Destacamos que la mayor parte de los adultos que padecen cáncer pueden ser tratados a nivel local, en sus comunidades de residencia. En cambio, el cáncer infantil no es tratado por el pediatra. Un niño con cáncer debe ser diagnosticado con precisión y tratado por equipos de especialistas en oncología pediátrica. Estos equipos se encuentran generalmente en los grandes hospitales pediátricos, en centros de alta complejidad o centros universitarios de referencia.

Otra diferencia es que señalamos que 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.

Mayoritariamente, este tipo de cánceres pediátricos requieren tratamiento quirúrgico:

- Tumor de Wilms: ubicado en el riñón que aparece más frecuentemente en niños de entre 2 y 4 años.
- Tumores de Sistema Nervioso Central: los tumores de cerebro y de médula espinal son los tumores sólidos más frecuentes en los niños.
- Neuroblastoma: Es un tipo de cáncer que sólo se da en niños.
- Retinoblastoma: Es un tumor ocular que aparece en la temprana infancia.

Psicoprofilaxis quirúrgica en el marco de la oncología pediátrica

No es nada nuevo decir que la experiencia clínica muestra que todo niño experimenta



temor ante una cirugía. Existen, según la edad del niño, ciertos temores básicos:

- Temor al abandono o separación de la madre que se da durante el primer año de vida, en el que la relación madre-hijo es de características simbióticas.
- Temor a la pérdida de una parte importante del cuerpo: angustia de castración.

- Temor a vivir la intervención como un castigo por su mala conducta.
- En niños mayores temor a la anestesia -a no dormirse, a no poder despertar, a despertar durante la operación-, lo cual nos remite claramente 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 error del cirujano.
- Temor al dolor.

Es necesario que estos temores básicos no se minimicen, ni se nieguen, ya que tal actitud, será generadora de situaciones no elaboradas adecuadamente y traerá secuelas emocionales posteriores. Con el objetivo de prevenir estas secuelas, la psicoprofilaxis brinda una adecuada y detallada información sobre los diversos aspectos anestésico-quirúrgicos que van a producirse y a ser vividos por el niño.

La información médica puede ser ofrecida como un cuento; se les muestra las



maskas, el circuito de ventilación manual, así como fotos de la sala de operaciones, de la de recuperación postanestésica, y del atuendo usado por su personal. En esta misma instancia pueden ser

entrevistados por la psicóloga, quien inicia el trabajo de preparación psicológica preoperatorio.

Con la madre podemos valernos de la técnica de entrevista semidirigida -focalizada y centralizada al tema quirúrgico y datos que podrían ser útiles sobre el ámbito familiar y la personalidad del niño -; se le orienta sobre determinados puntos considerados de suma importancia para la preparación del niño, facilitándole por escrito una serie de sugerencias importantes. Esta serie de recomendaciones entregadas por escrito, se les solicita que las lean junto al resto de los adultos que rodean al niño en el hogar, para lograr un adecuado manejo de la situación en el ámbito familiar.

Con el niño podemos hacer intervenir la técnica del dibujo libre - se le pide al niño que dibuje lo que desee -. Los niños realizan sus dibujos después de recibida la información; el día de la cirugía, en sala de premedicación; y en el postoperatorio, previo al alta, con el objeto de que el niño y el familiar más directamente involucrado en el proceso quirúrgico pudieran comunicar lo vivido. Esto último ayuda a detectar las fantasías del niño en torno a lo que hicieron en su cuerpo.

En la entrevista psicológica se trabajan las diferentes situaciones que surgen, apuntando a que el niño pudiera manifestar. Además, se trabaja todo lo referido a las fantasías y sus vivencias de la cirugía a través de la interpretación de sus dibujos.

En algunas ocasiones, el trabajo psicológico se realiza fundamentalmente con el niño, en otras con la madre, dependiendo tal proceder según dónde se detectará el mayor índice de ansiedad. Dada la dependencia que existe en la niñez con las figuras parentales, es de suma importancia que el adulto responsable tenga una carga de ansiedad tolerable para poder transmitir al niño tranquilidad y confianza- al menos es deseable y así se lo podremos comunicar -.

En otros momentos se les puede entregar un librito con dibujos donde se representa el internamiento de “un niño” que será intervenido quirúrgicamente, con el objeto de

estimularlo a que hable de su futura cirugía con las personas que él considere necesario.

Aportes de la teoría psicoanalítica a la psicoprofilaxis quirúrgica pediátrica

Brindarle preparación psicológica a un paciente que debe enfrentar un tratamiento quirúrgico es darle la posibilidad de prevenir posibles complicaciones en cualquier área - cuerpo, mente, relación con el mundo externo -. Cuando esto no ocurre, la clínica nos indica que se producen alteraciones del sueño o de la alimentación; temores nocturnos; trastornos en el aprendizaje; miedo a nuevas consultas médicas y/o diversas alteraciones de la conducta en un tiempo inmediato o mediato.

El poder expresar - situación ésta que refleja posibilidad de tomar conciencia y a la vez de iniciar el hacerse cargo - de lo que se siente a través del juego, la expresión verbal o gráfica, produce en el psiquismo niveles de ansiedad tolerables y menor potencialidad de somatización.

El psicólogo hace de traductor a través de señalamientos e interpretaciones. Apoyándose en el conocimiento de la teoría y la técnica, posibilita que los pacientes, en este caso el niño y sus padres, hagan conscientes las fantasías que perturban y desborda la capacidad que el psiquismo tiene para controlar la ansiedad.

En la preparación preoperatoria a través de interpretaciones se trata de movilizar el afecto reprimido para disminuir la angustia automática que por exceso de excitación no puede el Yo dominar; dicha angustia es una forma de reaccionar del individuo cada vez que se encuentra en una situación traumática, es decir sometido a una afluencia de excitaciones, de origen externo o interno, que es incapaz de controlar. Se logra así que aparezca la angustia - señal que es un dispositivo puesto en acción por el yo, ante una situación de peligro, con vistas a evitar el desbordamiento por el aflujo de excitaciones. La señal de angustia reproduce en forma atenuada la reacción de angustia vivida

primitivamente en una situación traumática, lo que permite poner en marcha operaciones defensivas y lograr, por lo tanto, soluciones adaptativas.

Toda acción ejercida en el cuerpo del niño, independientemente de su magnitud, despertará en éste fantasías y temores de ser atacado, mutilado y privado de partes valiosas de su propia persona. Este “*trabajo psíquico*”- elaboración - que se realiza con las fantasías de mutilación, vaciamiento y muerte – movilizadas e incitadas por la cirugía- permite que las mismas pierdan intensidad y queden bajo el dominio del Yo. El esclarecimiento de lo real - de lo que va a ocurrir en contraposición a lo que el paciente o sus padres creen y/o imaginan que va a ocurrir - permite al niño enfrentar la cirugía con niveles de angustia tolerables.



El psiquismo sometido a situaciones de estrés, que atentan contra la integridad del Yo, suele poner en funcionamiento mecanismos defensivos que no siempre son operativos, es decir, no siempre facilitan un funcionamiento adaptativo -

en este caso, el pasaje adecuado por todo el proceso quirúrgico -. A modo de ejemplo, vale mencionar dos situaciones que reflejan un exceso de ansiedad y/o la puesta en marcha de mecanismos defensivos ineficaces:

1. La idealización -proyectar capacidades y virtudes ideales, en este caso en la figura del médico- es un mecanismo defensivo necesario en todo acto médico, pero cuando es desmedido no permite que el paciente pueda reconocer las limitaciones del técnico y de los conocimientos científicos, no asumiendo lo que a él le corresponde de

responsabilidad. Se crea un vínculo de extrema dependencia, no teniendo una participación activa cuando eso se requiera. Esto nos viene a decir que es preciso atemperar dichas atribuciones fantasmáticas.

2. La “*negación*” es un mecanismo que impide al sujeto ser consciente de lo que va a ocurrir o de lo que siente internamente; le permite no sentir angustia, pero a costa de negar la problemática y muchas veces la gravedad de la misma. Es ineficaz en la medida que no le posibilita elaborar y buscar soluciones para resolver o atravesar la situación lo mejor posible. Esto favorece el efecto traumático cuando la situación es negada, dejando al sujeto muy vulnerable pues no estaba preparado para tal vivencia. Así, muchas veces la defensa es de ataque al médico que queda como depositario de todo lo negativo.

La clínica nos muestra que el “*trabajo psíquico*” que se realiza en la Psicoprofilaxis Quirúrgica articula una conducta adaptativa en la medida que la fantasía va siendo desplazada por la realidad, disminuye el nivel de ansiedad, impide un gasto energético en exceso -energía que va a venir muy bien para la recuperación de la salud- en factores psicológicos y permite el uso de mecanismos defensivos adecuados para la pronta recuperación.

El dibujo y las pruebas gráficas

A través de una rápida mirada retrospectiva se puede ver que las técnicas gráficas fueron evaluadas desde un enfoque proyectivo gracias a los aportes de Sophie Morgenstern, Anna Freud y Melanie Klein quienes en su labor terapéutica con niños descubrieron que estos a través de sus dibujos, no solo expresaban sus conflictos, sino también las modificaciones que en ellos se operaban en virtud de la acción terapéutica. De lo dicho anteriormente se desprende que no siempre los dibujos fueron evaluados como expresión de la personalidad total, por eso consideramos necesaria una breve reseña

histórica, ya que esta nos mostrará como en sus comienzos las técnicas gráficas eran interpretadas como pruebas de madurez mental.



El interés por los dibujos infantiles comienza con Ruskin en el año 1857, alguna de las observaciones que este hace en su obra “**Elements of Drawing**”, fueron retomadas por el maestro inglés E. Cooke quien a partir de la mismas replantea la forma en que el arte era

enseñado en las escuelas, hasta ese momento. Dos artículos fueron publicados por Cooke en el “**Journal of Education**” hacia fines de 1885 y comienzos de 1886; siendo éstos los primeros documentos que inician una larga y profunda investigación sobre los dibujos infantiles. Es importante la mención de este autor, no solo por haber aportado los primeros escritos científicos acerca del tema sino también por la concordancia de su teoría otras más actuales, a pesar de la distancia en el tiempo.

A finales del siglo XIX se publicaron los primeros estudios sobre la expresión gráfica de los niños. Esta actividad infantil había comenzado a ser objeto de análisis sistemáticos, en aquella época en la que también comenzó a desarrollarse la psicología científica. Hacia 1857, Ruskin se interesa por lo que se ha considerado como las “posibilidades educativas” del dibujo. Si bien lo que pretendía era especialmente descubrir artistas entre sus discípulos, desde aquellos años, hablaba de lo conveniente que resultaba que la práctica artística, en niños menores de 12 o 14 años, fuera absolutamente voluntaria.

Hacia fines de 1885, un maestro inglés de apellido Cooke, -en relación con Sully, el principal psicólogo inglés de la época - publica dos artículos sobre el tema, que son los

primeros documentos de un largo y cada vez más complejo proceso de investigación. Estos escritos científicos tienen la importancia de ser los antecedentes de teorías posteriores, ya que proclaman la necesidad de desarrollar el espíritu, fomentando la expresión, la imaginación y estimulando la actividad mental voluntaria.

Sully publica, diez años más tarde, una obra de psicología infantil, en la que trata de explicar de forma teórica, la creciente cantidad de testimonios aislados que venían apareciendo. En sus "**Estudios sobre la infancia**" elabora una teoría que -coherentemente con su época- resulta de corte evolucionista. Relaciona los dibujos infantiles, con los fenómenos de la cultura racial primitiva y, además, desarrolla una teoría sobre la relación entre juego y arte, que luego retomaría **Herbert Read**. Afirma que el impulso lúdico se convierte en impulso artístico, cuando el individuo participa cada vez más en la conciencia social y advierte que su capacidad de "dar forma" -de crear algo artístico- puede llegar a ser valorada por los otros y proporcionarle el reconocimiento general.

Al analizar la evolución de los dibujos infantiles, **Sully** se limita al cuerpo humano y los animales, realizados por los niños más pequeños - entre los 2 y 6 años. Su clasificación de las distintas etapas del desarrollo, comenzando por el garabato sin objeto, seguido del diseño "lunar" del rostro humano, hasta llegar al tratamiento más complejo de la figura, ha sido la base de todas las clasificaciones posteriores.

Siguiendo con la aproximación histórica, encontramos entre otros, a **Levinstein**, **Stern**, **Burt** y **Luquet**. Hacia 1913, **Luquet** define la evolución en términos de estadios y las etapas sucesivas que tienen, como denominador común, el concepto de realismo: realismo fortuito, realismo fallido, realismo intelectual y realismo visual. Sin embargo, se equivoca al considerar que la realidad del niño tiene como modelo la realidad del adulto ya que, posteriormente, **Piaget** ha demostrado que el realismo infantil tiene que ver con una percepción egocéntrica de la vida. Al no tener conciencia de la existencia del

yo, el niño considera que su propia visión de la realidad es la única realidad absoluta y objetiva.

Es fácil comprender que, en aquellos años en los que el dibujo y la pintura debían ser necesariamente académicos, realistas y de técnica depurada, la representación gráfica infantil se describiera en términos de “imperfecciones”, de “errores”. Sin embargo, son precisamente esas “imperfecciones gráficas” de las que habla **Luquet**, las que constituyen la aportación más interesante de su teoría. Esas imperfecciones gráficas, que nosotros llamaríamos simplemente “características”, son particularmente evidentes en el transcurso del período de 4 a 10 años. Tres conceptos, el de **ejemplaridad**, el de **transparencia** y el de **abatimiento**, ilustran más específicamente este período, y serán retomados posteriormente por otros autores.

En cuanto a **Cyril Burt**, se puede decir que ya en 1927, establece su teoría de la evolución de los dibujos infantiles, en etapas muy detalladas. Como posteriormente harán **Lowenfeld** y otros, describe los comienzos de la expresión gráfica con el período del garabato entre los 2 y los 5 años. Pero enumera mayores diferencias de las que se consideran posteriormente: el garabato sin finalidad, garabato con sentido, garabato



imitativo y finalmente el garabato localizado, como transición hacia la línea, a los 4 años.

Entre los 5 y 6 años, establece el **simbolismo descriptivo**, como la representación de la figura

humana con tolerable exactitud, siendo distinto para distintos niños, pero al que cada uno se aferra con bastante fuerza. Posteriormente, de 7 a 9 años el **realismo descriptivo**,

es cuando el niño trata de catalogar y comunicar todo lo que le interesa y aunque el esquema se hace más fiel a los detalles, la representación es más bien genérica. Hacia los 9 y 10 años, el **realismo visual** dividido en dos clases, bidimensional y tridimensional. El niño pasa de un dibujo de memoria a un dibujo donde la *observación* de la naturaleza empieza a cobrar sentido. Hacia los 11 años, y hasta los 14, habla de una inevitable **represión** que considera como parte del desarrollo natural del individuo, para llegar a los 15 años con el **verdadero despertar artístico...** si es uno de los pocos afortunados, que ha logrado superar la etapa anterior.

Todas estas teorías, nítidamente evolucionistas, han sido criticadas en este punto por **Herbert Read** (1959). Este autor plantea que no todos los primeros dibujos *representacionales*, surgen al azar del garabato, que desde las primeras expresiones infantiles se encuentran diferenciadas las intenciones que tuvieron en cada caso.

Así como la aportación de **Luquet** es basarse en la idea de **realismo**, la de **Lowenfeld** gira en torno a la idea de **esquema**, palabra que utilizaría por primera vez, en forma casual, el ya citado **Sully**.

El esquema, propio de cada niño en particular, es el signo con que cada uno representa el concepto que tiene de las cosas. Los niños, salvo raras excepciones, no están interesados en la representación del mundo, siguiendo los cánones del realismo visual. La actividad gráfica es un medio especializado de comunicación, dotado de sus propias características y leyes y el impulso espontáneo de los niños es una representación, partiendo del aspecto sentimental o la sensación subjetiva interior. Como decíamos anteriormente, sólo cambian porque se impone gradualmente al niño una actitud naturalista, sin embargo, si esos mismos niños se entregan a una actividad gráfica espontánea, es siempre de índole *esquemática*.

Lowenfeld presenta una descripción detallada de las modificaciones que va sufriendo el lenguaje gráfico de los niños y niñas, a medida que van madurando en sus aspectos físico,

intelectual y afectivo. Con posterioridad a esta investigación se han realizado otros estudios que podríamos analizar en sucesivos artículos, pero a pesar de los cambios que puedan haberse producido en el desarrollo de la expresión plástica infantil -a partir de la llamada “cultura de la imagen”- es posible considerar que las aportaciones de esta obra permanecen vigentes. Si bien se ha observado que los límites de edades pueden haber descendido un poco con respecto a los estadios que se mencionan en el estudio, - lo que antes era común entre los niños de 6 años, ahora lo es entre los de 5, por ejemplo - de todas formas, el orden de sucesión de las diversas etapas del desarrollo continúa siendo el mismo.

Lowenfeld propuso un análisis de la evolución de la expresión plástica infantil en términos de **estadios**, enfoque que considera la evolución gráfica hasta la adolescencia. Es el primero en considerar el estudio del dibujo dentro del contexto general de toda la actividad creadora del niño, al igual que el modelado y las construcciones, por ejemplo. Sus reflexiones se ven completadas por el estudio del dibujo de niños con dificultades de visión y del modelado en niños ciegos. Como consecuencia, se comprende mejor su perspectiva, que va mucho más allá del modelo visual.

Para este autor, al igual que para los anteriores, los dibujos infantiles son la expresión del niño en su integridad, en el momento que está dibujando. El niño se describe a sí mismo, sin encubrimientos. La huella de su individualidad queda registrada indefectiblemente. Cada dibujo representa los diferentes ámbitos de su persona, podría considerarse en un plano horizontal: su capacidad intelectual, su desarrollo físico, su aptitud perceptiva, el factor creador, el gusto estético y también el desarrollo social del individuo. Pero también sus creaciones nos muestran lo que puede considerarse un plano vertical: todas las transformaciones que se van sucediendo a medida que crece y se desarrolla.

Al estudiar este desarrollo, **Lowenfeld** articula un sistema de estadios o etapas. Los estadios están definidos por la manera en que el sujeto aprehende la realidad. Las etapas

evolutivas han sido clasificadas de acuerdo con aquellas características del dibujo infantil que surgen espontáneamente en niños de la misma edad mental. Para esta clasificación, considera mayor número de asuntos de los que estimaban estudios anteriores, centrados especialmente en la figura humana. Además de esto, toma en cuenta: el desarrollo del grafismo, la manera de distribuir en el espacio las formas, el diseño y el uso del color.

A medida que los niños cambian, también varía su expresión creativa. Los niños dibujan en una forma predecible, atravesando etapas bastante definidas que parten de los primeros trazos en un papel y van progresando hasta los trabajos de la adolescencia. Aunque consideramos estas etapas como diferentes pasos en la evolución del arte, resulta a veces difícil decir dónde termina una etapa y comienza la otra. Es decir, el desarrollo en el arte es continuo y las etapas son puntos intermedios en el curso del desarrollo. No todos los niños pasan de una etapa a otra en la misma época. Sin embargo, excepto para el caso de los niños discapacitados mentales o el de los superdotados, estas



etapas se suceden ordenadamente, una después de otra, y la descripción de cada una es un elemento valioso para comprender las características del niño y su capacidad artística en

un momento determinado.

Describir los cambios que se producen en la expresión plástica infantil, resulta más fácil que explicar las causas de que dichos cambios tengan lugar. Según **Lowenfeld**, no hay una línea recta de progresión desde un garabato muy pobre que traza un niño pequeño para representar un objeto, hasta la gran precisión que puede lograr un adolescente dibujando el mismo objeto.

Las afirmaciones de que los niños dibujan lo que saben y no lo que ven, no tienen fundamentos lógicos, cualquier niño pequeño puede describir los rasgos de las personas y las cosas, con mucho más detalle de lo que le interesa representar. No se debe, pues, a falta de capacidad sino a que, aparentemente, se sienten satisfechos con la imagen que han elegido para "significar" dicho objeto. Parecería que lo que el niño está dibujando, es lo que tiene importancia para él en dicho momento.

"Si se considera el dibujo como un proceso que el niño utiliza para transmitir un significado y reconstruir su ambiente, el proceso del dibujo es algo mucho más complejo que el simple intento de una representación visual. (...) Resulta evidente que hasta el mismo niño está incluido en cada dibujo, es espectador y actor al mismo tiempo." - Lowenfeld, 1972 -

Los dibujos de los niños y niñas nos permiten apreciar que comienzan desde un punto de vista egocéntrico, para ir adquiriendo progresivamente una mayor conciencia de sí mismo como parte integrante de una sociedad organizada. Se puede suponer que, lo que interpretamos como el dibujo de un hombre, tal vez no sea más que la representación del propio yo, que va tomando forma en la mente de cualquier individuo.

Para este autor, todas las líneas empleadas por el niño para representar la realidad no tienen relación estrecha con esta realidad y menos aún con la realidad visual, la mayoría de las veces el niño emplea formas y líneas que pierden su significado cuando están separadas del conjunto. Habla de "*líneas geométricas*" -puntos para los ojos, líneas para los dedos, rectángulos para el torso, etc.- que son las que constituyen una representación esquemática, que indica las características esenciales de la figura representada.

Pero, antes aún de llegar al esquema, **Lowenfeld** se interesa por las primeras representaciones gráficas infantiles que se producen en torno a los 2 años. Es la etapa del **garabato**. El niño de esta edad hace trazos desordenados en el papel, que de a poco se van organizando y controlando. Pero no es hasta los 4 años, cuando las figuras dibujadas

comienzan a ser reconocibles. El estadio siguiente, es el llamado **preesquemático**, en el cual el niño hace sus primeros **intentos de representación**, dura hasta los 6 años aproximadamente. La característica esencial de esta etapa es **el dibujo del ser humano**, con lo que ha dado en llamarse el **monigote**, representación que, por lo general, se limita a cabeza y pies. Cualquier otro objeto del ambiente, puede ser representado sin relación de tamaño ni espacio. El siguiente estadio es el **esquemático**. Entre los 7 y 9 años. El niño desarrolla ahora, un **concepto definido de la forma**, sus dibujos simbolizan partes de su entorno de forma descriptiva. Aparece una interesante disposición espacial, que veremos luego, con más detalle: la línea de base. Al alcanzar los 9 años, inicia una etapa de **creciente realismo**, que llega hasta los 12. El niño tiene más *conciencia de sí mismo*, se interesa más por los detalles y por su entorno social.

Después de los 12 - para nuestro sistema educativo, en los comienzos de la enseñanza secundaria- los niños quieren representar el ambiente que los rodea, de forma más realista, con profundidad y perspectiva. **Lowenfeld** la llama: **pseudonaturalista**. Es la edad del razonamiento y está caracterizada por grandes conflictos. Alrededor de los 14 o 15 años, como ya lo analizara **Burt**, es el verdadero despertar artístico de los adolescentes o el abandono de este tipo de expresión. **Lowenfeld** denomina esta etapa como de decisión.

Luquet, había remarcado esta **duplicidad de estilos** desde el comienzo mismo de la actividad gráfica de niños muy pequeños. Puede explicarse considerando que el niño dibuja con dos intenciones claramente diferenciadas: una para satisfacer sus propias necesidades internas y otra como actividad socializante, como muestra de simpatía hacia otra persona.

Claparede, Luquet y Kerchensteiner entre otros, utilizaron los dibujos infantiles como instrumento de medida de la capacidad intelectual. La investigación en este campo se dirigió casi siempre a la figura humana, aunque los niños reproducen en forma

espontánea cualquier tipo de dibujo, en la mayoría de los casos según las investigaciones realizadas por **Pikunas y Canberry** en 1962, éstos prefieren dibujar figuras humanas.



La literatura acerca del tema en cuanto a lo histórico se refiere es muy numerosa; por lo tanto, se obvian muchos nombres y fechas mencionando solo algunos autores y tesis que como antecedente inmediato a la

consideración del dibujo como técnica proyectiva se pueden considerar fundamentales, pues permiten tener una visión más amplia del cambio de enfoque en cuanto a la evolución del dibujo en general y la figura humana en particular.

Retomando a los antecedentes inmediatos mencionaremos a **H. M. Fay**, quien en el año 1924 creó el test: **"Una mujer pasea por la calle, llueve"**. Se trata de un test gráfico temático que puede ser aplicable tanto individual como colectivamente. La consigna: "Una mujer pasea por la calle, llueve", necesita de la comprensión de la frase por parte del sujeto, ya que este debe volcar en el papel la escena que se le pide, librado a su propia imaginación. Por este motivo se aplica a partir de los 6 años y hasta los 14 años.

Para su evaluación es necesario que estén representados elementos que de hecho se encuentran en la consigna:

Necesidad de elementos presentes	☐ Una persona claramente caracterizada como de sexo femenino. ☐ Representación del aspecto dinámico –paseo- que debe notarse en la actitud postural de la figura. ☐ Ambiente representado por árboles, calles, casas, etc.
---	---

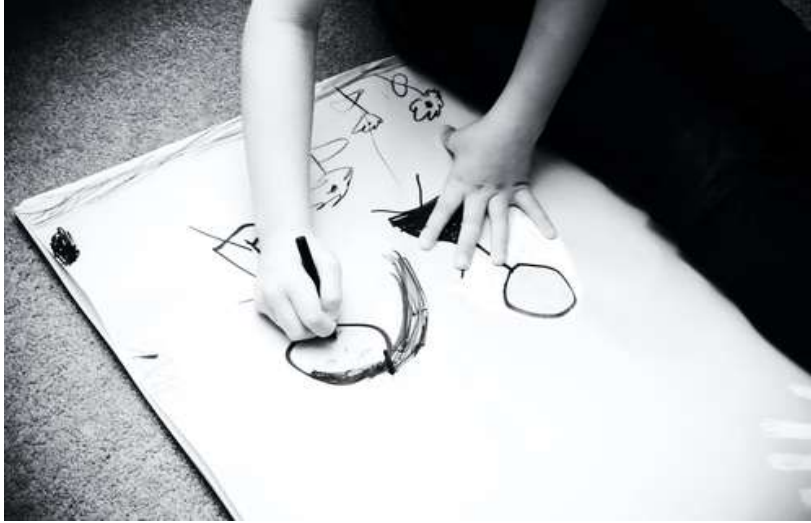
para su evaluación	☐ Representación de la lluvia. ☐ Elementos defensivos contra la lluvia -paraguas, vestimenta-.
-----------------------	---

Cada elemento se evalúa con el punto, mientras que a los elementos accesorios que complementan la escena se les adjudica un cuatro de punto. En función de la puntuación obtenida se evalúa la edad mental comparativamente con la edad cronológica.

Otros antecedentes históricos lo constituyen el test de **A. Rey** llamado "**Test Gráfico de la Figura Compleja**"; este test en los comienzos se destinó al diagnóstico diferencial entre la deficiencia mental congénita y la diferencia mental adquirida debido a traumatismos cerebrales. Dicha prueba consiste en proponerle al sujeto que copie un diseño que combina figuras geométricas. El diseño debe ser realizado en dos momentos y trata de explorar el nivel intelectual, la capacidad motora, adaptativa y el rendimiento mnémico del paciente.

Con esta misma intención F. **Goodenough** creó en el año 1928 el Test de la Figura Humana que permite su aplicación desde los 3 hasta los 13 años. Su sistema de evaluación se realiza mediante la puntuación de los diversos ítems que corresponden a las partes y posiciones del cuerpo y a la vestimenta del mismo; de acuerdo a la puntuación obtenida se saca la edad mental del sujeto y su cociente intelectual. Si bien se observan coincidencias entre el test de Fay y el de **Goodenough**, este es mucho mas completo. Por otra parte, se trata de un test estandarizado por lo cual ha merecido mayor confiabilidad. Sin restar importancia a su aplicación como test de nivel, es importante tener en cuenta este test debido a que **Goodenough** no tomó solo en consideración el aspecto madurativo sino también el aspecto clínico, sentando las bases para una evaluación proyectiva que permitiera la exploración de la personalidad.

Las investigaciones realizadas sobre los dibujos infantiles demuestran que, a través de la expresión gráfica, el niño no solo muestra su capacidad intelectual, sino que pone de manifiesto su actividad creadora y expresa también situaciones básicas de su existencia.



Las investigaciones realizadas por **H. Read** y **Paula Elkisch** nos dicen que, así como el niño expresa libremente su estilo frente a una hoja en blanco permitiendo que sus movimientos expresivos queden

detenidos el papel, con el ingreso al mundo del orden y de la cultura esta libertad sin compromisos tiende a desaparecer en función del compromiso que el niño asume por imperativo de las circunstancias. Así insensiblemente ayudado por su evolución psíquica y biológica a la que coadyuva la necesidad de adaptarse a las normas que le impone el mundo externo representado por la familia, la escuela, la sociedad, van delineando sus aptitudes creativas en proporción inversa a la rápida valoración, que, por imperativo del medio, de pronto adquieren los conocimientos de tipo enciclopedista.

En esta etapa que coincide con el ingreso a la escuela primaria: se encuentra un adormecimiento de la capacidad creadora del niño; Luquet lo expresa generosamente, aduciendo que de los 7 años en adelante declina el "dibujo típicamente infantil" debido a que para su enseñanza se emplean métodos clásicos que obligan al niño a someterse a determinadas reglas para su ejecución. En este momento evolutivo, "la cuarta edad", según Luquet, surge el advenimiento del dibujo adulto.

Anne Jacques, menos generosa pero más realista, señala en esta “cuarta edad” la *extinción* del dibujo infantil expresivo. **J. Boutonier** comparte su opinión peso hace extensiva esta asfixia creativa a todos los dominios del conocimiento, como si el derecho a crear fuese incompatible con la actividad escolar debido a que esta es representativa de un sistema donde la creación artística ha sido desplazada por la producción en serie.

Es por esto que los adultos apresados y deformados en sistemas educacionales que han perdido vigencia ya no pueden dibujar espontáneamente; do ahí que la mayoría de las investigaciones acerca de la expresión gráfica libre se halla referida a la infancia. La expresión gráfica libre se refiere a la actividad espontánea del niño expresada a través del grafismo. El dibujo satisface la necesidad de expresión del niño, necesidad que busca plasmarse en el mundo externo a través de los movimientos del cuerpo. A través del grafismo el niño puede llegar a figurar los objetos de manera que puedan ser mejor identificados. Se puede decir que el dibujo sería el equivalente en el niño al relato, correspondería a un lenguaje por imágenes cuya finalidad sería la información; informar acerca de si mismo y de su relación con el mundo ya que el hombre en general y el niño en particular, expresan a través de ello la totalidad de su personalidad que se halla inmersa en el contexto social donde ésta se desarrolla.

De acuerdo con lo expuesto hasta aquí, se ha visto que los dibujos infantiles, si bien fueron tornados en sus comienzos como exponentes del nivel intelectual del niño, merced a las investigaciones realizadas en el campo de la clínica psicoanalítica, la expresión gráfica pasó a ocupar un lugar importante dentro de los métodos proyectivos de exploración de la personalidad. Es innegable el valor proyectivo de la expresión gráfica, ya que nos permite a través del análisis de los datos que nos proporciona tener un conocimiento más adecuado del sujeto objeto de la prueba; conocimiento éste que nos da la posibilidad de tener acceso al nivel adaptativo, al nivel expresivo y al nivel proyectivo de la conducta gráfica de este sujeto en cuestión. Ahora bien, para poder llegar a una adecuada interpretación del material gráfico obtenido, no sólo es necesario tomar

en cuenta aquellos aspectos de la personalidad que queremos explorar sino también los supuestos básicos en los cuales las técnicas gráficas se sustentan para poder ser consideradas como técnicas proyectivas. Es por eso que, partiendo de los siguientes supuestos, expresión gráfica puede aspirar a ser expresiva de la personalidad total del hombre:

- 1.** En toda expresión gráfica se ponen de manifiesto no solo los aspectos conscientes de la personalidad, sino fundamentalmente los aspectos inconscientes del sujeto.
- 2.** A través de la producción gráfica se revelan los aspectos mas profundos de la personalidad, aquellos cuya raigambre biológica los hace inmodificables, como así también mecanismos inconscientes pertenecientes al proceso primario. Dichos mecanismos se ven en especial en la producción de los psicóticos donde los mecanismos de condensación y desplazamiento, entre otros, permiten obtener un mayor conocimiento del inconsciente.
- 3.** A través de la expresión gráfica se pone de manifiesto la particular forma de ser de un sujeto en el aquí y ahora de su situación y por consiguiente el repertorio de mecanismos defensivos que un "determinado sujeto" instrumenta para obtener "su particular equilibrio psíquico" en un momento dado.
- 4.** Existe una demostrada correlación francamente positiva entre la evolución de un paciente en tratamiento y su expresión gráfica en el curso del mismo.
- 5.** Las asociaciones libres de los sujetos con respecto a sus dibujos, nos permiten descubrir el significado particular que cada uno de ellos le adjudica a ciertos significantes o símbolos.
- 6.** Los símbolos que se expresan a través de la producción onírica como así también aquellos extraídos de los mitos, las creencias y el folklore convergen, lo que nos muestra que la existencia de símbolos universales es inherente a la naturaleza humana.

Solamente la investigación, que parta de un cuerpo teórico consistente y de la experimentación necesaria para corroborar las hipótesis propuestas permitirá tener un mayor acceso a la estructura de personalidad del sujeto, como así también a sus conflictos subyacentes. Esto es válido no solo para los adultos sino también para la personalidad infantil, que se halla en continua transformación en su paso a la maduración.

Utilidad de las pruebas gráficas en el diagnóstico psicológico

Como punto de inicio podemos ubicarnos imaginariamente delante de nuestro evaluado – aún no le podemos llamar paciente-: ... aquí tiene papel y lápiz, ¿querría hacer el dibujo de una casa? ... más o menos este suele ser nuestro comienzo en el momento de pasar las pruebas gráficas. Puede variar su momento de aplicación, según sea el encuadre o contexto del proceso de exploración.

Debemos saber que no es indiferente el lugar asignado a las pruebas gráficas dentro de todo el proceso diagnóstico. Posiblemente su mejor momento de puesta en juego, sea al principio de la batería de los proyectivos. Para algunos, las pruebas gráficas constituyen un buen umbral para los test estructurales, incluso una buena entrada para el Rorschach. Para otros, primero el Rorschach, luego las pruebas gráficas. La sugerencia es que no deben de pasarse detrás de los temáticos.

Como tal no puede reducirse sólo a una prueba o a una modalidad de respuesta. Es preciso relacionar e integrar los resultados provenientes de los distintos ángulos de observación. Por ejemplo, si utilizamos la entrevista como instrumento de exploración, suele ser insuficiente una sola entrevista. Precisamos de varias: dos, tres o incluso más. También es la secuencia la que nos informa. Cuando nos servimos de los test como herramientas, en muy pocas ocasiones es suficiente una sola prueba – Rorschach, Mmpi,

Wais...- y menos aún si nos referimos expresamente a las pruebas gráficas. Recurrimos habitualmente a una batería combinada, porque cada par de esa secuencia nos ofrece un aspecto particular y específico de información; por ejemplo, dentro de la batería de los test proyectivos, los test gráficos pueden informar de los aspectos estructurales más básicos. Su menor posibilidad de control intelectual – en la realización gráfica, no así en la verbalización del relato –, les convierte en los primeros detectores de índices psicóticos, por un lado, y por otro, suelen ser los últimos en ofrecer modificaciones o cambios importantes. Es más, dentro de la batería de las pruebas gráficas, cada uno de ellos ofrece un diferente nivel de regresión: los puntos más bajos en la cota de regresión suelen venir marcados por el test del árbol, siguiéndolo el test de la casa, y a un nivel menor el de la figura humana. Aunque estadísticamente suele ser así, no lo es sin excepciones: depende de la historia personal del sujeto.

Deducimos nuestras conclusiones de la correlación de las distintas fuentes de información: los resultados obtenidos en las pruebas integrados con el resto de los datos observados, desde la historia biográfica y sintomatología hasta la relación transferencial durante la exploración.

Puede parecer sorprendente en principio que una prueba tan económica en cuanto al instrumental utilizado, lápiz y papel, y tan aparentemente simple como es la realización de unos dibujos elementales, nos ofrezca tanto con tan poco, tanta información con tan poco coste. La clave está en esto que llamamos “aparentemente” simple. Lo que verdaderamente subyace a esa experiencia gráfica, es mucho más complejo que lo que a “simple vista” aparece.

Podemos preguntarnos por el soporte científico, la teoría explicativa de los hechos, pero los hechos están ahí. Tomemos el ejemplo de un paciente fóbico que suele realizar dibujos tan pequeños y escuetos, de trazo tenue, como quien pasa de puntillas, o como

invirtiera los prismáticos para al verlo en tamaño pequeño, se diluyen los motivos para el temor. Sistemáticamente la figura se pierde en el vacío.

En el extremo opuesto, las reacciones defensivas de tipo maniaco no encuentran espacio suficiente para sus dibujos, se expanden y desbordan la hoja de papel, o no se tolera el espacio vacío, y se recubre con más elementos.



Podemos preguntarnos por qué cada estructura de personalidad se refleja en la dimensionalidad plana o tridimensional de sus dibujos. Por qué, independientemente de la edad cronológica, tanto entre niños como entre adultos, unos rechazan abiertamente la

condigna se bloquean o se niegan a dibujar, y otros, en cambio, lo hacen con gesto divertido, y hasta se lo pasan bien en la realización de la tarea. Hay pacientes que no “pueden” dibujar a su familia: por ejemplo, los niños maltratados o “pasados” a otros miembros familiares.... O los adultos que tienen demasiado próximo el impacto traumático de un hecho: la separación de los padres, o de la propia pareja, fracasos o pérdidas afectivas importantes....no diferencian fantasía de realidad y la necesidad urgente de defenderse de tal hecho les impide poder “jugar” dibujando, les obliga a evitar o anular la capacidad de representación mental de esas situaciones traumáticas.

Podemos señalar tres ejes importantes: por una parte, el dibujo incluye una acción psicomotriz, el hecho gráfico de dibujar. Por otra parte, presupone la representación mental, la imagen mental expresada en el dibujo, serían como los dos polos básicos mentados por Freud. El mundo del lenguaje muscular, el mundo de los impulsos, de la

actividad, y, por otro lado, el correspondiente al mundo representacional, el de las imágenes y objetos internos. A estos dos ejes, tenemos que añadirle un tercero: el relato, la verbalización o comentario añadido sobre el material gráfico.

La forma y contenido del relato no siempre coincide con el material o contenido gráfico...en ocasiones es antitético: el material gráfico puede ser pobre y el relato estar muy idealizado. Como tampoco siempre corresponden el contenido del sueño y su elaboración secundaria a través del relato posterior – incluso hay autores que aplican al análisis de los dibujos el mismo sistema interpretativo que el empleado para el sueño – por ejemplo, Lewis -. Podríamos decir que, aunque el contenido manifiesto de las pruebas gráficas es aparentemente simple, sus raíces o contenido latente alcanza mucho más allá, y ciertamente está motivado por determinaciones más profundas.

Podríamos distinguir dentro de estos tres ejes, varios hilos fundamentales. Todos juntos forman una red de tejidos entrecruzados, cada uno remite a los demás y están mutuamente imbricados.

A. La teoría de la situación analítica, cuyo modelo es el marco, encuadre o setting. Las pruebas gráficas son un juego o, mejor, un interjuego, entre paciente y examinador. Pero no todos saben o pueden jugar. La capacidad lúdica, frente a la tarea como frente a la vida – tanto en el niño como en la madre, en el paciente como en el analista- está en función, o depende totalmente de la no urgencia defensiva y de los procesos de identificación.

B. La teoría de las pulsiones. El dibujo es una acción, acción, ya mentado, psicomotriz. Requiere el control y dominio motor. Puede reflejar el control de los impulsos, el nivel de la maduración biopsicológica o el umbral involutivo del deterioro: nos habla de los niveles de maduración y de los niveles de regresión.

C. Teoría de las relaciones objetales. El dibujo es una imagen y en su configuración cobran importancia suma los referenciales internos de las relaciones objetales, de la vivencia del “sí mismo” y del propio cuerpo; marcan el cauce de las líneas estructurales básicas, según la dialéctica de pares opuestos: percepción-representación; satisfacción-frustración – **Freud**–; verdadero-falso – **Winnicott**,

Bion–; el yo ficticio, el yo “fachada”; el verdadero falso self; los vínculos afectivos gratificantes o persecutorios; el ajuste a la realidad o la huida de la misma.

D. La teoría del espacio- tiempo. El dibujo es espacio, bidimensional o tridimensional. Espacio “temporal” donde se ponen de manifiesto los sistemas de identificación y las modalidades psicóticas o neuróticas de los procesos de individuación. Desde el espacio fusional dual, primario, a la progresiva delimitación y diferencia del sujeto y objeto: espacio tridimensional y relación triangular. Desde el tiempo circular al tiempo real, propio de la cuarta dimensión en la relación con el otro.

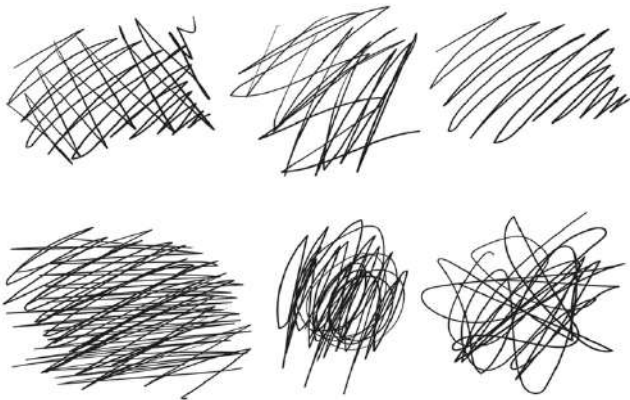
E. Teoría de la comunicación y de la no-comunicación. El dibujo es lenguaje: tiene un valor expresivo propio y simbólico-relacional. El dibujo como “juego” es terapéutico por sí sólo –**Siquier de Ocampo, Winnicott**–; como medio de expresión es un instrumento útil de exploración de las fantasías – Klein–. Lenguaje espontáneo, puntual, en una sesión o en una hora de exploración diagnóstica. O lenguaje secuencial, que nos habla de la evolución del crecimiento o de la regresión, a través de un seguimiento terapéutico.

El dibujo es lenguaje también, dentro de un “contexto de lenguajes”: el lenguaje de la historia personal del sujeto, el lenguaje de sus síntomas, de su ambiente que le rodea, medio facilitador o desorganizador: Test de la familia, Test de la pareja – Frank, 1985–, y todo ello dentro o en relación con el resto del proceso diagnóstico.

Pruebas gráficas, como un juego, como un “interjuego”.

Cuando **Winnicott** se sorprendía de lo que daba de sí el juego del garabato – que en cierto sentido él inventó y que utilizó: trazos apenas esbozados sobre el papel – ya entonces sabía muy bien cómo crear a través de este juego – como objeto transicional- un “espacio potencial, lugar imaginario en el que poder sacar a escena los mil y un personajes del mundo interno, los distintos modos de contacto, los recursos y temores de cada uno”. Es una especie de prueba proyectiva, indica **Winnicott**, en la que él también participa. Se trata de un juego en el que él primeramente hace un garabato y el paciente lo convierte en algo. No es exacta la traducción de garabato; los “**squiggles**” eran como trazos in cerrar, ni en sí mismos figurativos, apenas esbozados, muy elementales, pero que le permitían a **Winnicott** establecer una comunicación con el niño y que progresivamente se transformaban en significados figurativos o figuras significativas. Esta potencialidad lúdica, era en sí misma la más importante, por cuanto permitía la expresión de la fantasía y cuanto en ella potencialmente se condensa.

Chuparse el dedo es uno de los ejemplos de “objeto transicional”, quizás el primero y más



elemental, implicando un significado importante, la existencia de un espacio; “espacio potencial” que permitirá la separación-individuación; a medio camino entre la madre y el bebé, entre lo subjetivo y lo objetivo, el lugar donde es posible el “juego” por

parte del bebé y el “contrajuego” de la madre – que si es acertado permitirá la “base de confianza” necesaria para revestir el mundo de deseos más que de temores – , el lugar de la fantasía, de la imaginación creativa, el lugar del sueño. Si uno de los extremos falta, el juego o el contrajuego materno – función materna ausente, confusional, invasiva o

sobreprotectora-, “la transición”, el paso de la dependencia a la independencia, de la dualidad a la individualidad, de lo bidimensional a lo tridimensional, quedará mal parado o perturbado para siempre. Para vivir en la realidad hace falta el espacio intermedio de la fantasía; sirve unas veces de amortiguador y otros de investimento. Este espacio potencial, **Winnicott**- no es del todo un lugar “real”. Así se trate de la realidad interna – pulsiones, frustraciones -, como de la externa, sino que se encuentra a medio camino entre lo real y lo alucinado, por lo mismo puede servir para revestir de ilusión de juego la capacidad de vivir.

A mitad de camino entre lo real y lo alucinado... ese espacio potencial será el mismo que hace viable el análisis personal y la transferencia, la creatividad artística, el contexto básico de los Test proyectivos t, por lo mismo, de las pruebas gráficas. Es cierto que en las pruebas gráficas el objeto dibujado no es fortuito, “creado” por el sujeto – como el fort-da de **Freud**- sino en parte sugerido por el examinador, pero al no saturar el espacio, permite el interjuego potencial con el sujeto. La hoja de papel en blanco adquiere así el significado de objeto transicional, un lugar donde es posible el juego, la comunicación y la transferencia.

Desde el encuadre óptico de la psicología Dinámica, podemos comprender que cuando ese espacio lúdico no se crea, no se da, o se pierde, con ello también se pierde la expresión de la libertad creadora, de la confianza en sí mismo y en la relación con el entorno.

Al igual que para **Winnicott** la madre puede permitir el juego y a través de ello, el niño puede expresar sus deseos – de él- también puede ser, por el contrario, que la madre se encierre en la tarea seria e importante de satisfacer las necesidades reales y, esclava de sus deberes, criar al niño en la esclavitud, obligándole a adaptarse a sus exigencias, de ella. De esta manera, puede surgir una falsa “buena madre” y un yo ficticio, “falso self” en el hijo – se acercaría a ser un hijo modelo -.

Si nuestra relación con el paciente ha sido suficientemente buena, es decir, normal, el interjuego transferencial permitirá en la hoja en blanco la expresión de los logros y fracasos parciales del “sí mismo” del sujeto, de su identidad y de sus defensas. Cuando esa transición de la dependencia de los objetos primarios a la independencia no se dio o no se pudo crear, la verdadera identidad fracasó del todo o parcialmente; y estas huellas también se expresan con frecuencia en el dibujo, sobre todo en las defensas. La urgencia defensiva hace que se pierda la relación lúdica, parcial o totalmente con el entorno y que en su lugar se hipertrofien los rasgos defensivos, convirtiéndose en patógenos. Los trazos se ritualizan o se sobreadaptan a la norma, por ejemplo, en el obsesivo; se constriñen y se reducen al mínimo en la evitación fóbica; o se saturan de elementos ornamentales en la seducción histérica; se tornan rígidos, con formas bizarras, estereotipadas, transparentes o vacías en el psicótico; la perspectiva forzada, enfatizando la acción, en el borderline; y, por último, la reducción a lo concreto y funcional de la realidad inmediata – pensamiento operatorio- en el sujeto psicossomático.

Bibliografía

- Abt, L.E. y Bellack. Psicología proyectiva. Paidós, Bs Aires, 1978.
- Aerastury, A. El niño y sus dibujos. Rappia, año 2, nº1, 1971.
- Freud, S., Obras Completas, Inhibición, síntoma y angustia. Amorrortu. Bs Aires 2004.
- Freud, S. Obras Completas, Recuerdo, repetición y elaboración. Amorrortu. Bs Aires 2004.
- Koppitz E. El niño y sus dibujos.
- Laplanche, J. y Pontalis, JB. Diccionario de Psicoanálisis. Paidós. Bs Aires 1996.
- Luquet, G.H. El dibujo infantil. Editorial Médico-técnico, BCN, 1978.
- Mucci, M. Psicoprofilaxis quirúrgica. Paidós, Bs Aires 2004.
- Read, H. Educación por el arte. Paidós, Buenos Aires, 1959.
- Rinaldi, G. Prevención psicosomática del paciente quirúrgico. Paidós, Bs Aires 2001.
- Wallon, P. y Otros. El dibujo del niño, Siglo XXI, Madrid, 1992.

Cuestiones

1. Indica los objetivos generales de la psicoprofilaxis quirúrgica pediátrica en oncología.
2. Señala los temores básicos que el niño experimenta frente a la cirugía.
3. Cómo define Luquet la evolución en términos de estadios y etapas sucesivas.
4. Señala el análisis de Lowenfeld con respecto de la evolución de la expresión plástica infantil.
5. Indica las primeras representaciones gráficas infantiles para Lowenfeld.
6. Aporta tu opinión acerca del tema abordado.