

Ayudar al Niño con Cáncer en *lo que necesita*. Cuatro usos Posibles de la Terapia de Juego en el Campo de la Psicooncología Pediátrica¹

Helping the Child with Cancer in *what he/she needs*. Four Possible Uses of Play Therapy in the Field of Pediatric Psychooncology

Carlos Pitillas Salvá

Instituto Universitario de la Familia, España

Resumen. El presente trabajo describe cuatro usos específicos de la terapia a través del juego en la asistencia psicológica del niño con cáncer, en función del objetivo de la intervención: 1. Obtener y dar información al paciente; 2. Favorecer la expresión subjetiva de estados internos; 3. Explorar conflictos inconscientes; y 4. Deliberar formas adaptativas de afrontamiento y resolución de problemas. Cada uno de estos usos distintos del juego terapéutico se caracteriza por diferentes pautas en cuanto al procedimiento y al rol del terapeuta. Se ilustra cada nivel de intervención con viñetas clínicas, y se discute la relevancia de este modelo en el contexto de una concepción integral de la intervención con el niño enfermo de cáncer.

Palabras clave: terapia a través del juego; psicooncología pediátrica; cáncer infantil; psicoterapia.

Abstract. The present paper describes four specific uses of play therapy when psychologically assisting the child with cancer, based on the objective of the intervention: 1. To obtain, and to provide with, information to the patient; 2. To promote subjective expression of inner states; 3. To explore unconscious conflicts and, 4. To talk about adaptive ways of coping and problem solving. Each of these different uses of therapeutic play is characterized by different guidelines concerning the procedure and the role of the therapist. Each level of intervention is illustrated with clinical vignettes. The relevance of this model is discussed within an integral conception of the intervention with the child affected by cancer.

Keywords: play therapy; pediatric psychooncology; children with cancer; psychotherapy.

Junto a la orilla de los mundos infinitos se juntan los niños. Yerra la tormenta sin camino en los cielos, los navíos naufragando en la mar sin surcos, la muerte ronda y los niños juegan (R. Tagore).

El cáncer pediátrico es un reto psicológico complejo. Exige del niño una comprensión de la enfermedad y del tratamiento, a pesar de su corta edad y de sus limitados conocimientos sobre el cuerpo y sobre la medicina.

¹ Este artículo está dedicado a la Dra. Blanca López-Ibor y al equipo de Oncología Pediátrica del Hospital Universitario Madrid-Montepíncipe. Con respeto, admiración y agradecimiento.

El Instituto Universitario de la Familia (UIF) es un centro de la Universidad Pontificia Comillas de Madrid.

La correspondencia sobre este artículo debe enviarse al autor al e-mail: cpitillas@iuf.upcomillas.es

Exige de él, también, la elaboración del sentido que tiene la experiencia de enfermedad en su vida, la integración de dicha experiencia en su incipiente sentido de identidad. El cáncer trae consigo la exigencia de comunicar y de regular una serie de afectos que, por su naturaleza o especial intensidad, le suelen ser desconocidos a muchos de los niños diagnosticados de una enfermedad oncológica. Asimismo, el niño diagnosticado de cáncer tendrá que enfrentarse a una tarea más o menos evidente: la de “diseñar” modos de afrontamiento lo más adaptativos y saludables que sea posible, así como encontrar soluciones a los problemas y a los retos de orden psicológico que le impone la situación de enfermedad. Éstas y otras exigencias se introducen rápidamente en la vida de un niño a partir de su diagnóstico, de formas distintas y con diversa intensidad a lo largo del desarrollo de su tratamiento.

En el campo de la psicooncología pediátrica, las intervenciones cuya eficacia ha sido contrastada poseen un carácter altamente pragmático. Muchas de ellas se han diseñado y desarrollado como respuesta a una de las situaciones que más perturba a padres y a profesionales por igual: el distrés y el dolor provocados por los procedimientos terapéuticos o diagnósticos. Así, contamos con intervenciones destinadas al control del dolor mediante tratamientos no farmacológicos y a la reducción de la ansiedad frente a los procedimientos médicos. En esta misma línea de trabajo se hallan los paquetes de intervención que aspiran a la reducción de las náuseas y vómitos condicionados o a la reducción de la fatiga y/o el sueño asociados al tratamiento oncológico. Las intervenciones que se realizan en este marco se basan en la distracción, la hipnosis, el contracondicionamiento o el manejo de contingencias, entre otros (Bragado, 2009; Orgilés, Méndez y Espada, 2009; Ortigosa y Méndez, 2000). Por otro lado, existe un conjunto de aproximaciones psicoeducativas que tratan de dotar de conocimiento a las familias en general, y más concretamente a los progenitores, frente a los diversos retos que introduce la enfermedad (el cuidado de los hermanos sanos, el manejo de la disciplina, la alimentación, el control de la ansiedad y el estrés en los padres, etc.). Finalmente, se han registrado algunos paradigmas de intervención que tratan de dotar al paciente de habilidades sociales de cara a la reincorporación a la escuela (en este caso, son propuestas pensadas para niños en edad escolar avanzada o ya en la adolescencia). Una revisión más detallada de este panorama de trabajo se halla en el trabajo de Kazak (2005).

A pesar de la incuestionable utilidad de este conjunto de intervenciones empíricamente contrastadas, llama la atención que, en ninguno de estos casos, se contemplan otras necesidades fundamentales que, pensamos, afectan a cualquier individuo en situación de enfermedad: la necesidad de ser acompañado en un proceso de comprensión de la enfermedad, de ser asistido en un trabajo de significación de la misma, o en la búsqueda activa de formas de afrontamiento que provengan del propio paciente. Creemos que este tipo de necesidades serían reconocidas con facilidad en cualquier paciente de cáncer adulto: la persona necesita ser escuchada, hablar de lo que le pasa, poner orden a sus pensamientos, preocupaciones y necesidades, encontrar formas saludables y coherentes de afrontar su sufrimiento, y construir un sentido para el mismo. Para ello, la intervención no sólo se basaría en aproximaciones preocupadas por el síntoma u orientadas al dolor físico, sino que estarían enmarcadas en un formato de *escucha* y de *diálogo*. Se suele cometer el error de asumir que el niño, por su corta edad, por sus mecanismos expresivos distintos a los nuestros o por el pobre manejo del lenguaje que nos muestra, no piensa ni elabora activamente sus experiencias. Suele decirse que el niño “no se entera de nada”, “no dice nada”, o que “en cuanto pase un tiempo se le olvidará”. A este tipo de presupuestos le sucede una serie de consecuencias lógicas: el niño es visto como un receptáculo pasivo de su experiencia; al niño rara vez se le ofrecen espacios de comunicación y de intercambio en los cuales pueda expresar lo que le preocupa o dar un sentido a lo que le pasa; lo que más nos afecta respecto al niño con cáncer es lo que se ve: su dolor físico, sus quejas somáticas, sus síntomas psicológicos agudos.

El presente trabajo se basa en la convicción de que un acercamiento que no tenga en cuenta al niño como un agente activo de conocimiento, de comprensión y de cambio frente a su problemática, es un acercamiento técnicamente limitado y éticamente cuestionable. Desde ahí, este artículo pretende ofrecer algunas claves para el uso pragmático de técnicas de psicoterapia infantil en el campo de la oncología pediátrica. Específicamente, queremos presentar un modelo de asistencia psicológica basada en la psicoterapia, donde se precisan diversos

niveles de uso de estas técnicas, cada uno de los cuales pretende atender necesidades distintas del niño enfermo, y cada uno de los cuales incorpora estrategias diferenciadas y exige del profesional un ejercicio específico de su rol. En última instancia, con este trabajo queremos dar un paso en la capacitación de los profesionales de atención psicosocial en oncología pediátrica para hacer un uso informado y específico de la intervención en cada momento de la enfermedad, y con cada niño en particular.

Psicoterapia en el campo del cáncer infantil

El uso de la psicoterapia en la asistencia psicológica del niño con cáncer entronca con lo que en otros trabajos hemos denominado un *interés por el significado* (Pitillas, 2010). Dicho interés se presenta cristalizado en el campo de la psicooncología adulta. Autores como Arranz, Barbero, Barreto y Bayés (2003) han presentado como una tarea inexcusable la de ayudar a los pacientes a definir sus necesidades, sus valores, a deliberar con el profesional las decisiones relevantes que deben realizar en el contexto de su enfermedad, o a dotar de sentido a su experiencia. En resumen, se trata de enfrentarse, junto al paciente (y con él como guía y protagonista) a la experiencia de sufrimiento que trae consigo la enfermedad oncológica: “[...] de la tumoración puede encargarse el médico, de la úlcera por decúbito la enfermera, el trabajador social podrá intervenir ante la carencia de recursos económicos, el psicooncólogo ante la fobia... ¿pero quién se hará cargo del sufrimiento?” (Barbero, 2003, p.23). Se trata de una óptica de asistencia psicosocial correlativa a una nueva visión de la oncología pediátrica, basada en un objetivo que trasciende la mera curación y aspira a proteger el desarrollo integral del niño con cáncer (López-Ibor, 2009).

A pesar de algunas valiosas aportaciones que se han hecho desde el ámbito francés (Oppenheim, 2003) y anglosajón (DiGallo, 2001; Oppenheim y Hartmann, 2000; Sourkes, 1995), la psicoterapia infanto-juvenil sigue siendo objeto de un generalizado desinterés para las publicaciones de psicooncología pediátrica. Hay pocas descripciones acerca de su valor terapéutico, así como en lo que concierne a los aspectos del proceso. En los mejores casos, los textos que encontramos en las publicaciones más relevantes de la psicooncología se limitan a hacer insinuaciones de la posible utilidad de estos métodos, como complemento de otros. Pero carecemos aún de la consideración y la descripción de métodos específicos, enmarcados en la psicoterapia, que nos permitan acercarnos al protagonista del cáncer pediátrico (el niño), y comprender los contenidos de su vivencia subjetiva en el contexto de la enfermedad que padece (Pitillas, 2009).

La psicoterapia de niños se realiza mediante el juego terapéutico, la narración de historias, la creación de dibujos, manualidades, etc., y, en una medida que suele ser menor, el diálogo directo y explícito acerca de los problemas que traen al niño a consulta (Terr, 2008). Estos métodos son de fácil manejo para el niño, que está mucho más acostumbrado a expresarse mediante lo lúdico que mediante el lenguaje (algo que no está dominado aún). Por otro lado, las historias que el niño desarrolla, los dibujos que realiza, e incluso la selección de los juguetes que hace, traen consigo una expresión de aspectos significativos de su experiencia (expresión que, con cierta frecuencia, habrá que descifrar). Por último, *jugar* acerca de los problemas es una actividad mucho más segura para el niño que *hablar* sobre ellos (Winnicott, 1980). De ahí que el tratamiento de los problemas psicológicos o la asistencia psicológica del niño mentalmente sano (como es el caso de los pacientes de oncología pediátrica) pase muchas veces por la creación de una atmósfera donde pueden trabajarse los miedos, las fantasías, las preocupaciones, los duelos, los recursos, las necesidades... a través del juego.

La pregunta acerca de qué es lo que cura en la psicoterapia a través del juego ha sido respondida de formas diversas por diferentes escuelas. Revisaremos estas aportaciones según la cronología de las mismas. La tradición psicodinámica, primera en hacer uso del juego en la psicoterapia del niño, nos informa del potencial que tiene el juego para revelar conflictos inconscientes, expresar las ansiedades habituales de la infancia, o desmontar mecanismos de defensa de carácter patológico (Erikson, 1950; Terr, 1990, 2008; Winnicott, 1980). Es, en definitiva, una tradición preocupada por la repetida *elaboración* (traducción del término inglés

working-through) de los conflictos inconscientes, la cual apunta a la resolución de dichos conflictos y a un funcionamiento psicológico más integrado. La tradición humanista o centrada en el niño nos propone un modelo de terapia donde el acto de jugar por parte del niño, combinado con el acto de empatizar y de reflejar los estados de ánimo y las necesidades, por parte del terapeuta, son suficientes para que se produzcan cambios. El niño que puede jugar con libertad, desplegar su expresión afectiva bajo una mirada que comprende y valida sus estados mentales, y gozar del juego, es un niño que se cura (Axline, 1947, citada por Guernsey, 1983). Otras escuelas, desde diferentes herencias teóricas, han puesto su acento en el hecho de que el juego ofrece al niño un escenario seguro y comprensible para dilucidar, con ayuda del terapeuta, formas adaptativas y saludables de enfrentarse a sus ansiedades y sus problemas. Frente a comportamientos regresivos, autodestructivos o no realistas, los terapeutas que trabajan desde esta orientación, tratan de estimular en el niño la resolución de problemas y el afrontamiento saludable. A este planteamiento de resolución de problemas se ciñen modelos diversos de psicoterapia como los de Gardner (1993), O'Connor (2000) o Wachtel (1997), entre otros.

El modelo que presentamos en este artículo pretende integrar estas tres direcciones de trabajo que hallamos en la tradición de psicoterapia a través del juego, y añadir una cuarta. Así, entendemos que el uso terapéutico del juego puede ayudar al niño con cáncer a reducir su malestar: 1) elaborando los conflictos inconscientes que surgen o se activan en el contexto de la misma; 2) recuperando la capacidad de expresar su subjetividad con autonomía, siendo comprendido, y gozando del jugar; 3) decidiendo cómo enfrentarse mejor a las diversas problemáticas que le salen al paso durante su tránsito por la enfermedad y el tratamiento; y 4) obteniendo información acerca de la enfermedad, los procedimientos, el régimen de vida asociado al tratamiento, etc. Esta última dirección de trabajo proviene del uso informativo-expresivo que se ha descrito (marginalmente) en algunos trabajos sobre intervención psicológica en oncología pediátrica (Ortigosa y Méndez, 2000)

Cuatro usos del juego terapéutico en oncología pediátrica

Presentamos a continuación cuatro aplicaciones posibles de las técnicas que nos aporta la psicoterapia a través del juego para el trabajo con el niño enfermo de cáncer. Cada uno de estos usos obedece a objetivos distintos y exige del profesional intervenciones diferentes y un desempeño particular de su rol como terapeuta o como asistente psicosocial. El profesional deberá hacer uso de su juicio clínico y de los indicadores que presenta el paciente (o la familia del paciente) para decidir en qué nivel de trabajo quiere aplicar el juego terapéutico, o cuando cambiar de nivel con cada paciente. Si bien estos cuatro acercamientos son aplicables para población infanto-juvenil en general, nuestra experiencia clínica nos indica que la mayor utilidad de los mismos se concentra en el trabajo con niños de entre 3 y 10 años. Los niños menores de 3 años no están capacitados aún para hacer un uso de los elementos simbólicos, informativos o resolutivos del juego (véase más abajo). Por su parte, los pacientes que se hallan en la preadolescencia y adolescencia, aunque con diferencias, tienden a preferir un formato de trabajo terapéutico más basado en lo verbal que en el juego.

Primer nivel: Uso del juego para obtener y dar información

Uno de los primeros objetivos que se plantea cualquier profesional de la asistencia psicosocial frente al niño con cáncer es, sencillamente, el de *conocer* a dicho paciente. Queremos saber no sólo quién es, qué edad tiene o cuál es su diagnóstico, sino crearnos una imagen del tipo de niño que tenemos delante: su nivel de extroversión, su capacidad de establecer contacto con extraños, su estilo de relación con sus cuidadores, las preocupaciones que trae al escenario del cáncer pediátrico, y aquellas que han surgido al hilo de su diagnóstico. Simultáneamente, queremos que el paciente nos conozca, comprenda nuestra función dentro del equipo sanita-

rio, y establezca una alianza terapéutica con nosotros. Por último, queremos asegurarnos de que el niño comprende mínimamente por qué está en el hospital, para qué sirve su tratamiento, en qué va a consistir éste, cuánto va a durar, etc.

Dar información es un objetivo de primer orden en el contexto del cáncer pediátrico, pues el niño privado de la misma habitualmente pasa a comprender su enfermedad a través del prisma de ciertas fantasías que pueden resultar muy ansiógenas. Por ejemplo, el niño que no sabe por qué se le aplican inyecciones, para qué sirven estas, o cómo puede enfrentarse al dolor que implican, puede desarrollar la fantasía de que este tipo de procedimientos forman parte de algún castigo que se le aplica como consecuencia de algo malo que realizó o pensó en alguna ocasión. La información hay que darla, a pesar incluso de que el niño no la pida (en cuyo caso habrá que sintonizar lo máximo posible con las capacidades de comprensión y de asimilación del niño, para no desbordarlo con datos o atemorizarlo con información que aún no está preparado para asimilar).

Para ello, el juego nos sirve de dos maneras: permitiéndonos crear una atmósfera más segura que la conversación directa, por un lado, y ofreciéndonos escenarios donde podamos representar, de manera divertida y comprensible, aspectos de la enfermedad o del tratamiento que el niño necesita entender, por el otro. Estamos ante ese nivel de juego terapéutico que ha sido tradicionalmente usado para la psicoprofilaxis quirúrgica: el niño que va a ser sometido a una intervención de quirófano, recibe información acerca de la misma por parte de un profesional que usa juguetes representativos de los diferentes elementos del quirófano (mascarilla, aguja, máscara de anestesia, etc.). El objetivo de este trabajo es reducir la ansiedad que se deriva de no saber *qué sucede, cómo va a suceder, y qué va a suceder* después. En este tipo de aproximaciones también ayuda introducir información acerca de lo que el niño puede hacer frente a ciertas situaciones ansiógenas (p.ej.: informar al niño de que, durante una resonancia magnética, puede mantener los ojos cerrados e imaginarse una película que le gusta, para así no sentir claustrofobia). En esta misma línea está todo el trabajo que se hace, mediante juguetes, de exposición progresiva a los procedimientos dolorosos.

Pero dar este tipo de información no necesariamente es fácil, sobre todo si nos acercamos al paciente durante los primeros días de su andadura en el hospital. Va a ser frecuente encontrarnos con un niño temeroso, opositor y muy suspicaz respecto a cualquier miembro del equipo sanitario. De ahí que el establecimiento de una buena alianza terapéutica (requisito imprescindible para realizar cualquier intervención) se convierta en un objetivo primordial y, a su vez, en un reto especialmente exigente y complicado. En esta situación, y dentro de este nivel de juego, suele ser útil aproximarnos al niño haciendo uso de objetos intermediarios, tales como marionetas, muñecos de peluche, etc. que darán voz a algunos aspectos de la experiencia que puede estar teniendo el paciente (esto contribuye a la alianza terapéutica, al hacer que el niño se sienta comprendido), preguntarán al niño cómo ha sido su experiencia del hospital hasta el momento (esto contribuye a recibir información), y hablarán acerca de la vida en el hospital y del tratamiento (esto contribuye a dar información). Una imagen muy sintetizada de este tipo de trabajo se reproduce a continuación:

Sergio (5 años), recién diagnosticado de un neuroblastoma, lleva varios días ingresado, y ha desarrollado un cuadro de mutismo: no responde a las preguntas de los profesionales, muestra siempre una expresión mezcla de miedo y enfado, y con su madre se relaciona emitiendo sonidos, gimoteos, etc. Tampoco permite a su madre que se separe de él para hablar por teléfono, ir a casa a por ropa, etc. Ella cree que está confuso y muy asustado, que no entiende nada, pero que es muy difícil explicarle las cosas. Por otro lado, a la madre le gustaría que el niño pudiera relacionarse mejor con los profesionales de atención psicosocial, ya que, en sus palabras, “necesita mucha ayuda y sentirse más seguro”. La psicóloga de la Unidad se presenta en su habitación y se lo encuentra escondido detrás de su madre. La psicóloga trae entre las manos un peluche que representa una rana, la cual se dirige a Sergio, a través de la terapeuta:

Terapeuta: [personalizando a la rana] Hola Sergio, soy la Rana del Hospital. Me han dicho que eres nuevo aquí. Yo llevo ya un tiempo en este hospital y, aunque a veces no me encuentro bien, es un sitio que me gusta. ¿Tú cómo estás? ¿Te gusta este sitio? [el paciente no responde, permanece escondido y, ocasionalmente mira

con incredulidad al muñeco y a la terapeuta. Ésta permite que se den silencios, y continúa]. ¿Sabes? Yo cuando empecé a venir al hospital, tampoco quería hablar. Estaba muy enfadado. No me gustaba nada estar aquí. La comida no me gustaba y, lo peor, lo peor de lo peor, es que me hacían daño, sobre todo cuando me pinch...

Paciente: [habla de repente, en tono muy bajo] ¡Cuando te pinchan!

T: Exacto, cuando me pinchaban. ¿A ti te han tenido que pinchar también?

P: Sí.

T: ¿Muchas veces?

P: Sí.

T: Vaya... eso es algo que no le gusta a nadie. A todos los niños de aquí les pinchan al principio. A algunos se les queda la marca en el brazo y...

P: [de nuevo, interrumpe, para enseñar su brazo a la psicóloga] Yo también. Mira.

T: Vaya... Ya veo... Oye, ¿y qué más te ha pasado desde que estás aquí?

P: Me han dormido.

T: Anda, a mí también tuvieron que dormirme muchas veces. ¿Sabes cómo se llama eso? [Pedro responde negando con la cabeza]. Eso se llama anestesia. ¿Sabes para qué sirve? Sirve para que, al estar dormido, algunas cosas que tienen que hacer los médicos para curarte no te hagan daño. Dura muy poquito, y cuando te despiertas, siempre están tus padres a tu lado, esperando.

[...]

Este tipo de diálogo puede continuarse hasta que el paciente y el profesional tienen una sensación de haberse *encontrado*, y de haberse conocido mínimamente. Se trata de un trabajo que habrá servido para asistir al niño mediante información, reduciendo así la carga de fantasía amenazante que podía estar afectándole (*¿para qué me duermen?, ¿qué es lo que sucede mientras estoy dormido?, ¿dónde están mis padres mientras estoy dormido?, ¿dónde y con quién me despertaré?*) y la ansiedad que se deriva, sencillamente, de la confusión. Por otro lado, habrá servido para que el profesional conozca un poco mejor la experiencia hospitalaria de este niño en particular, y vaya haciéndose un mapa de las necesidades que más lo afectan. En el curso de este trabajo, puede invitarse a los cuidadores presentes a que participen del juego, matizando la información que el paciente da sobre sí mismo o ayudándole a recordar. Se trata, en definitiva, de un uso del juego que nos sirve como herramienta para realizar primeras entrevistas. Aunque podemos emplearlo en cualquier momento del tratamiento del niño (y, de hecho, se recurre a él cada vez que el niño tiene que enfrentarse a retos novedosos en el tratamiento), es más frecuente y especialmente útil durante la fase de diagnóstico². Por supuesto, este acercamiento que hacemos desde el juego debe compatibilizarse siempre con una orientación a los padres sobre cómo hablar con sus hijos y qué datos aportarles para que vayan comprendiendo y controlando su situación.

En resumen, la labor del profesional en este nivel de uso del juego terapéutico consiste en lo siguiente: 1) Informar; 2) Sondar y resolver dudas; 3) Limitar fantasías amenazantes; y 4) Formular preocupaciones no dichas por el niño.

Segundo nivel: Uso del juego para favorecer la expresión subjetiva de estados internos

Durante las experiencias adversas prolongadas en el tiempo, tales como los duelos o la enfermedad, el mero hecho de tener a *alguien con quien hablar* tiene un potencial de consuelo y de curación enormes. Los afectos

² Existe una serie de estudios que describen con cierto detalle la experiencia psicológica que se suele dar en los niños a lo largo de las diversas etapas de la enfermedad y el tratamiento. Los autores que se han preocupado por esta descripción han tratado de dar cuenta de los principales retos psicológicos, la experiencia subjetiva y ansiedades que introducen la fase de diagnóstico, de tratamiento intensivo, de mantenimiento y final de tratamiento, las recaídas, los cuidados paliativos y la fase de supervivencia a largo plazo. Para este tipo de descripciones, véase: Oppenheim, 2003; Pitillas, 2009, 2010; o Sourkes, 1995.

que se activan ante los diversos aspectos de la experiencia de enfermedad, por su carácter novedoso o su especial intensidad, piden muchas veces que se haga una descarga (aquello que en el lenguaje clásico de la literatura sobre el trauma ha sido llamado “abreacción”). La abreacción, el desahogo emocional, resta el malestar reduciendo el nivel de tensión orgánica asociado a contener la expresión de ciertas emociones, por un lado. Por el otro, expresarse hace que la experiencia pase de ser algo directo y crudo a adquirir cierto orden, una vez es puesto en el exterior. *Ahí fuera*, en el juego, la experiencia del niño con cáncer está acotada, tiene un principio y un final, y es objeto ahora de una mirada común: la del niño y la del profesional. A partir de ese punto, la experiencia puede ser mirada desde fuera, y también puede ser transformada (el juego dramático que pasa a ser un juego cómico, por ejemplo). Lo terapéutico del juego como expresión libre de estados de ánimo no es sólo que el niño diga aquello que vive, sino que, al decirlo, se encuentre con una mirada que comprende, que valida, y que contiene los afectos. Así pues, el beneficio de un trabajo que usa el juego para permitir al paciente la expresión y el desahogo de sus emociones, se deriva de sus aspectos expresivos (se pueden decir las cosas), pero también de sus aspectos relacionales (cuando se dicen las cosas, se obtiene del otro una respuesta que también contribuye al bienestar).

Piénsese que, con cierta frecuencia, el ambiente comunicativo y emocional en el que vive el niño su enfermedad se caracteriza por la constricción de la expresión afectiva. En las familias pueden instalarse estilos represivos de afrontamiento, o situaciones de *conspiración de silencio* (Bleubond-Langner, 1978 y Phipps, 2007) o una mirada sobre el niño focalizada casi exclusivamente en sus quejas somáticas, en las medicinas que debe tomar, en los indicadores de peligro médico, etc. La posibilidad de desplegar una expresión que no se preocupa por las reacciones o el posible malestar de los adultos, y que va más allá del malestar biológico, puede suponer para el paciente una diferencia muy significativa. El despacho del terapeuta, la sala de juegos del hospital, la habitación del niño enfermo, mediante estos tipos de usos del juego, puede convertirse en un espacio seguro, de aceptación incondicional (*podemos hablar de lo que quieras; puedes decir lo que quieras, como quieras*) y de comprensión (*los dos iremos entendiendo lo que sientes*).

Se nos puede objetar que este uso del juego es transversal a todo los demás: el paciente siempre está expresando aspectos de su subjetividad. Aunque esto es cierto, no todas las sesiones de juego terapéutico obedecen a un objetivo catártico, ni tienen un formato que favorece y protege la expresión afectiva libre. Muchas sesiones son más reflexivas, más mediatizadas por la razón, la interpretación, o la búsqueda activa de soluciones. Cuando empleamos el juego a este nivel, invitamos al niño a que, acompañado por nuestras técnicas (las cuales facilitan, dan seguridad, permiten reducir la confusión, etc.), se mantenga en un nivel de desahogo emocional. La agenda de objetivos se reduce, sencillamente, a promover la regulación emocional mediante la expresión.

Es lo que sucede en el caso de Marta (7 años), tratada desde que tenía 3 años de un tumor en su fémur. El tratamiento y sus secuelas han hecho que Marta sufra una invalidez permanente y que haya tenido que renunciar a una serie de aficiones y de actividades que, de otra manera, hubiera desempeñado naturalmente (ha tenido que ausentarse del colegio durante períodos muy largos, ha perdido oportunidades de relacionarse con sus iguales, de hacer deporte, de ir a fiestas de cumpleaños, etc.). En una sesión de juego, ella y el psicólogo preparan un escenario lúdico con muñecos de Playmobil®. La historia se desarrolla con normalidad y armonía, hasta que uno de estos muñecos, accidentalmente, se ve privado de su pelo [la pieza del muñeco que representa el pelo se desengancha y se cae]. En este momento, Marta toma al personaje y lo transforma en alguien agresivo, que destruye todos los elementos del escenario (la casa, los coches, las propiedades de otros personajes) y agrede sin compasión a los demás. Mientras, este personaje [interpretado por Marta] no deja de gritar: “¡quiero ser persona!”. El terapeuta, testigo de esta estallido de ira, trata de poner palabras a lo que sucede y a lo que vive el personaje: “Parece que está enfadado porque cree que no es como los demás”; “Él quiere ser igual que los demás, y hacer lo mismo que ellos”; “Estoy seguro de que, además de estar enfadado, se siente un poco triste”; etc. Pasados unos minutos, Marta deja al personaje en la caja y da por cerrado el juego. Parece haberse divertido y estar tranquila, y pregunta al terapeuta cuándo va a volver a visitarla.

Esta secuencia de juego es semejante a otras donde los niños expresan con intensidad algunos sentimientos

muy difíciles de reconocer, y para ello se valen de los materiales de juego. Como Juan, recién diagnosticado, que dibujaba recurrentemente, durante semanas, escenas de invasión y de agresión por parte de criaturas muy amenazantes. O como Carolina, que expresó su enfado hacia sus padres, quienes no la habían avisado de que aquella noche sería hospitalizada por primera vez, narrando y dibujando la historia de un perro que, al ser encerrado en la consulta del veterinario, se enfurece y la destroza. En todos los casos suele haber varias cosas en común.

En primer lugar, la expresión de emociones intensas hace que el formato del juego y el uso de los materiales sea menos controlado que en otros niveles del juego terapéutico. Los dibujos suelen ejecutarse con una violencia motora no habitual en otros momentos, los muñecos son manipulados con brusquedad, el tono de voz es especialmente elevado, el niño puede llegar a gritar o a arrojar materiales, etc. Es importante tener esto en cuenta para no sobresaltarse ni asustarse. El niño que, en plena expresión de sus afectos, se encuentra con un terapeuta asustado, recibe un mensaje: *tus sentimientos son peligrosos incluso para el profesional que está encargado de ayudarte con ellos*.

A pesar de la intensidad expresiva que caracteriza a estas sesiones, los niños recuperan un estado de sosiego fácilmente, en cuanto finaliza el tiempo de la terapia. Esto demuestra que ellos comprenden, sin necesidad de que se haga explícito mediante instrucciones, el uso que se está haciendo del juego y los límites. De esta forma, la expresión de sus afectos, lejos de arrastrarlos a un mayor malestar, les ayuda.

En este nivel de uso del juego, una de las funciones básicas del profesional es ofrecer un encuadre terapéutico basado en la libertad para expresarse y en la seguridad de que dicha expresión no será juzgada, rechazada o seguida de alguna instrucción acerca de cómo debería sentirse o expresarse el niño. En este contexto, el trabajo del terapeuta se basa en la escucha activa de lo que el niño transmite a través del juego, de su cuerpo y de sus verbalizaciones. Junto a la escucha, el terapeuta nombra y valida las emociones que se hacen presentes. Finalmente, es importante tener en cuenta que el profesional se encarga no sólo de poner nombre a la experiencia emocional que se está expresando (o que se está dando de hecho, en el curso de la sesión), sino además de *contenerla*. El concepto de contención (Bion, 1980) designa el conjunto de actitudes, conductas y verbalizaciones mediante los cuales los cuidadores ayudan a sus hijos a *metabolizar* emociones que, por sí mismos, son incapaces de procesar. Para ello, los padres ofrecen palabras, entre otras cosas. Una de las formas habituales de contener las emociones del niño es, también, el establecimiento de límites. El adulto que no permite que la expresión del niño escape a su control, es un adulto que está protegiendo. Esto es algo que hacemos también durante el uso del juego terapéutico a este nivel: damos libertad al niño para expresarse, pero dentro de un marco de límites que reduce la incertidumbre y, sobre todo, el potencial dañino de las emociones. Al niño se le informa de que no podrá romper los materiales, el mobiliario o el espacio de la consulta; también se le dice que no podrá hacerse daño ni hacer daño al profesional, y que, en el caso de que no sea capaz de controlar esto, el profesional pondrá un límite para que el juego siga siendo algo divertido y algo que le ayude. Esto, de partida, ofrece al niño la seguridad necesaria para expresarse. Frente a la constricción de la expresión que puede introducir el mundo adulto, y frente al miedo a hablar de aquello que puede ser anticipado como terrorífico o “impensable” (Oppenheim, 2003), en este nivel de juego el niño va aprendiendo que puede expresar sus emociones y que, tanto él como su interlocutor, pueden *sobrevivir a ellas*.

Las funciones del terapeuta en este nivel de uso del juego, por lo tanto, se resumen en lo siguiente: 1) Ofrecer un espacio de expresión y seguridad; 2) Atender y escuchar activamente; 3) Establecer límites que protejan; y 4) Nombrar y validar emociones.

Tercer nivel: uso del juego para revelar conflictos inconscientes

Más allá del malestar físico que introduce la enfermedad en la vida del niño, ésta puede activar también ansiedades y fantasías que, por razones de diversa índole, no se hacen conscientes. A pesar de su carácter no

consciente, estos aspectos de la experiencia de enfermedad pueden tener una saliencia muy grande para el paciente, y ejercer una influencia sobre sus conductas o sus síntomas. El niño que registra los “ataques” del tratamiento y de la enfermedad en términos de un sentimiento inconsciente de culpa; la niña que lucha contra sus sentimientos de ira y agresividad hacia unos padres a los que ella ve como responsables del malestar que está experimentando; el niño en edad escolar que, recién salido de tratamiento, opta por encerrarse en casa influido por un temor inconsciente a ser rechazado por los amigos a los que no ve desde hace meses; etc., son ejemplos posibles de situaciones donde el paciente se enfrenta a la dificultad de tener que hacerse cargo de sentimientos, fantasías o necesidades para los cuales no tiene palabra, o respecto a los cuales teme ser juzgado, incomprendido, castigado, etc.

La psicoterapia de orientación psicoanalítica ha tratado de desarrollar, desde su origen, aproximaciones técnicas a estos contenidos inconscientes que ejercen una influencia significativa sobre el funcionamiento de las personas. En el campo de la psicoterapia infanto-juvenil, la tradición psicodinámica ha visto el juego como la fuente primordial de datos acerca de la experiencia inconsciente del niño. Haciendo uso de esta información, el terapeuta realiza interpretaciones que sirven al niño para ir reconociendo y elaborando estos contenidos mentales inconscientes. Las interpretaciones se formulan frecuentemente “dentro de la metáfora” (Esman, 1983), en un formato semejante a aquel en que el niño transmite su información, es decir: mediante el lenguaje del juego o la historia que el niño desarrolla. El juego terapéutico, tal y como se utiliza en esta tradición, no es, pues, un método para la educación del niño (tal y como hemos visto en el primer nivel de uso del juego), ni para la abreacción o el desahogo emocional (tal y como hemos visto en el segundo nivel de trabajo). Aquí, el juego sirve para revelar conflictos inconscientes, poner nombre a las ansiedades fundamentales del niño y, en la medida de lo posible, desmontar aquellas defensas que le están perjudicando.

Alicia (5 años), habiendo terminado su tratamiento oncológico hace algunos meses, es traída a consulta porque ha comenzado a desarrollar algunos síntomas de ansiedad de separación y un cuadro de aparente rechazo escolar. Estos síntomas se dan en el contexto de una dinámica familiar de reincorporación a la normalidad: ella ha vuelto al colegio, y sus padres han retomado plenamente su vida laboral. A través de la narrativa de su juego, nos hace testigos de un conflicto que experimenta entre las exigencias externas de recuperar su autonomía tras el tratamiento, y la experiencia persistente de fragilidad y de miedo que ha quedado en ella un año y medio después de su diagnóstico. Durante un número repetido de sesiones, el juego de Alicia consiste fundamentalmente en colocar figuras de animales apelmazadas en un espacio reducido: “Tienen frío y se juntan todos. Tienen miedo de que el rinoceronte les pinche, por eso se juntan”. En otras ocasiones, utiliza un muñeco de felpa grande para colocarlo encima del conjunto de animales, más pequeños. Los animales pequeños desaparecen bajo el cuerpo del muñeco de felpa que, según Alicia, es “la mamá de los animales”. Los animales tienen mucho miedo a que otros animales salvajes y agresivos, como el rinoceronte, invadan su territorio y les hagan daño. El juego de Alicia es repetitivo, siempre se desarrolla de la misma forma. El desenlace de sus historias siempre es el mismo: los animales se quedan bajo el muñeco que representa a la madre.

A partir de este material, el profesional puede ir aproximándose, progresiva e indirectamente, al núcleo del conflicto. Pueden señalarse las angustias presentes en el juego (el miedo a estar sola frente a los peligros, representados por el rinoceronte), o las defensas que el paciente presenta (en este caso, la tendencia a permanecer en un esquema relacional de cuidado y de protección, que a su vez frena el desarrollo). En todos los casos, se trata de ayudar a la paciente a poner nombre a aquello que condiciona inconscientemente su experiencia de enfermedad, y a elaborarlo progresivamente, con la ayuda del terapeuta. Presentamos a continuación un extracto del diálogo terapéutico con esta paciente, al hilo de este juego:

T: Parece que a estos animalitos les encanta jugar en el bosque.

P: Sí, mucho. Pero no van a quedarse todo el día. No vaya a ser que venga el rinoceronte.

T: ¿Qué sucede si viene el rinoceronte?

P: Que les pinchará. Y eso duele mucho. ¡Qué miedo! [repentinamente, toma todos los muñecos de la mesa y los va apartando]. ¡A esconderse! [toma el muñeco de felpa; los animales pequeños van metiéndose bajo este muñeco]

T: El rinoceronte aún no ha aparecido, pero los animalitos ya se esconden. Deben de tener un miedo tremendo.

P: Sí, es que el rinoceronte les pinchó una vez. Entonces se pusieron malitos.

T: ¿Ah, sí? ¿Y qué pasó?

P: Tuvieron que ir al hospital.

T: ¿Quién estaba con ellos allí?

P: Su mamá [señalando al muñeco de felpa].

T: Y con ella, ¿estaban bien?

P: Sí. En el hospital estaban todo el tiempo con ella, jugando y cantando.

T: Ella les cuidaba.

P: Sí.

T: A todos los animalitos les gusta jugar y cantar con sus mamás. Y que les cuiden. A los niños también. [Alicia permanece en silencio, disponiendo a los animales bajo el cuerpo del muñeco que representa a la madre]. ¿Sabes, Alicia? Pienso que cuando estos animalitos tienen miedo, pueden volver a estar con su mamá. Entonces, aunque no les gusta mucho tener miedo, consiguen algo que sí les gusta mucho, que es estar ahí [señalando a los muñecos pequeños, bajo el muñeco grande]. Pienso que por eso nunca se les pasa el miedo, aunque el rinoceronte ya no viene nunca.

T: Sí. Es que ellos quieren estar con su mamá todo el rato. Como yo.

[...]

Este uso del juego terapéutico se basa en una serie de premisas. La primera, obviamente, es la que considera la existencia de un inconsciente que funciona de forma sistemática, que organiza las representaciones y la experiencia, y que se manifiesta influyendo sobre la conducta y las relaciones interpersonales. Otra premisa esencial plantea que el funcionamiento interpersonal actual debe ser comprendido a la luz de las experiencias relacionales pasadas. Dichas experiencias dejan en el individuo esquemas relacionales, expectativas interpersonales, un modelo de sí mismo y de los otros, que organizan la experiencia presente y el comportamiento (O'Connor, 2000).

El nivel de insight del paciente respecto a su implicación personal en esta historia va aumentando conforme se desarrollan sesiones en este nivel de uso del juego. Paralelamente, las interpretaciones del profesional van haciéndose más directas, van transitando de un formato metafórico a un formato interpersonal explícito (en la viñeta clínica de Alicia observamos cómo, al final, el diálogo puede girar hacia un formato menos simbólico, donde la paciente habla y puede recibir interpretaciones acerca de sí misma directamente). De estas consideraciones se deriva, por lo tanto, una diferencia importante entre este nivel de uso del juego terapéutico y los dos anteriores: este tipo de intervención exige que se realicen varias sesiones, las cuales han de sucederse en un régimen suficiente de continuidad. El trabajo que permite realizar el juego, cuando se usa de esta manera, es un trabajo a medio o largo plazo. Exige que el profesional y el paciente vayan desbrozando los aspectos de la experiencia del paciente que no son directamente accesibles y que, por su carácter amenazante o prohibido, van a resistirse a hacerse conscientes. No es necesariamente así cuando usamos el juego para recibir/dar información o para favorecer la expresión afectiva libre; en estos casos, basta con hacer un uso acotado, ocasional, del juego. Por otro lado, cuando repetimos estos usos, no es necesario que haya continuidad entre la sesión actual y las anteriores: cada sesión de juego, en los niveles anteriores, tiene valor en sí misma. Sin embargo, el juego elaborativo pide que trabajemos sobre un conjunto de símbolos y secuencias narrativas que van desplegándose y precisándose sesión a sesión.

Las funciones del profesional en este tipo de intervención mediante el juego son tres, fundamentalmente. En primer lugar, el terapeuta observa atentamente el juego, y escucha más allá de lo dicho. Este tipo de registro de las verbalizaciones (o del juego) que hacen los pacientes ha sido denominado “escucha analítica”, y tiene que ver con una atención que trata de captar aquellos aspectos no conscientes del paciente que dan sentido a la diversidad de sus conductas y verbalizaciones. En segundo lugar, el terapeuta trata de dar un sentido al material que el niño trae a sesión. Podemos decir que el terapeuta “descifra” el contenido manifiesto del juego del paciente, para revelar los aspectos latentes (más significativos) de dicho juego. Finalmente, el terapeuta expresa y transmite este sentido en forma de interpretaciones y otras intervenciones verbales (para más detalles acerca de las intervenciones verbales en psicoterapia psicoanalítica, véase Etchegoyen, 2002). De esta forma, devolvemos al paciente aspectos de sí mismo que él no tenía reconocidos. Algo especialmente importante en el uso de la técnica psicodinámica cuando trabajamos con niños es que no hacemos esta devolución directa o crudamente; antes bien, reflejamos al niño su material inconsciente traducido o metabolizado por nosotros. Lo ofrecemos en un lenguaje y bajo una lógica que el niño puede entender, pero sobre todo, aceptar como parte de sí mismo.

La elaboración que terapeuta y paciente hacen de los conflictos inconsciente de este último, está destinada a ayudar al niño a seguir desarrollándose de manera óptima (ahora sin los bloqueos evolutivos que impone el conflicto inconsciente) y a ir del insight al cambio en la conducta (*ahora que entiendo mejor lo que me pasa, puedo reaccionar de formas más saludables*). Esta salida lógica del juego elaborativo nos da paso, precisamente, al cuarto y último nivel de juego terapéutico: el que se orienta hacia la resolución de problemas.

Cuarto nivel: Uso del juego para favorecer modos de adaptación más sanos y resolver problemas

Finalmente, el juego nos asiste en la atención psicológica del niño con cáncer proporcionándonos un lenguaje y un escenario óptimos para deliberar con el niño formas de respuesta que le ayuden a adaptarse a las situaciones a las que le enfrenta su enfermedad.

El material que el niño desarrolla al jugar va a servirnos para plantear escenas que se refieran directamente a algunas de las preocupaciones que le afectan (p.ej.: Los anestesiistas entrando en su habitación para conducirlo, sedado, al quirófano; El padre teniendo que marcharse a casa a ocuparse de los hermanos; los amigos del clase recibéndolo por primera vez desde hace meses; etc.). Podemos invitar al paciente a que reproduzca la escena temida, tal como él la anticipa o como sucedió de hecho. Podemos facilitar que el paciente haga desarrollos alternativos de la escena o “finales felices”. Muchos de estos tendrán un carácter fantasioso, omnipotente o poco realista (P.ej.: El paciente durmiendo a los anestesiistas en vez de ser dormido por ellos; El padre, la madre y los hermanos del paciente durmiendo con él en la habitación del hospital; El paciente recibiendo clase en casa, en vez de enfrentándose a la reincorporación a la escuela; etc.).

Frente a las soluciones no adaptativas que propone el paciente, el profesional puede introducir confrontaciones que el niño pueda comprender y aceptar. Dichas confrontaciones, hechas normalmente “dentro de la metáfora”, tienen un contenido muy específico: señalan el carácter desadaptativo de las soluciones que el niño, a través de sus personajes, plantea.

De esta forma, el uso de las historias lúdicas elaboradas por el niño alcanza un nivel de utilidad superior. Ya no sólo usamos la historia para atender los sentimientos y la subjetividad del paciente y/o para investigar sus conflictos inconscientes; en este nivel usamos el material específico de la historia (el planteamiento, los personajes y el lenguaje), para crear historias que introduzcan la reparación, el afrontamiento, o sencillamente preguntas dirigidas a estimular la resolución de problemas en el niño que está suficientemente preparado (la intervención será aquí más o menos directiva en función de las capacidades que muestra el niño para hacer este proceso de autoobservación y de reflexión por su cuenta). Gardner (1993) es el primero en sistematizar este tipo de aproximaciones al juego infantil. Su propuesta integra una mirada psicodinámica con una iniciativa de carác-

ter más educativo o reparador. El autor define una primera fase que tiene que ver con el análisis de la historia que el niño cuenta. En este punto, afirma Gardner, se trata de averiguar qué personajes de la historia representan al niño y cuáles representan figuras significativas de su entorno. Dos o más personajes pueden representar aspectos distintos de la misma persona [por ejemplo, dos personajes que representan, respectivamente, el enfado y la vulnerabilidad sentidos por el paciente] (Gardner, 1993, p. 9).

Después, el terapeuta se hace preguntas de este orden: *¿Cuál es la manifestación patológica fundamental en esta historia? ¿Cuál es la resolución desadaptativa de los conflictos presentados? ¿Cuál sería un modo maduro o más sano de afrontamiento para este niño?* Entonces, el terapeuta crea una historia que arranque del mismo conflicto que se detectó en la historia del paciente y que incluya los mismos materiales. En la historia ofrecida por el terapeuta, “los modos patológicos no se usan aunque pueden ser considerados en varias ocasiones por varios personajes de la historia. Invariablemente, se obtiene una resolución más apropiada” (Gardner, 1993, p. 11).

El ejemplo que hemos usado para ilustrar el tercer uso del juego terapéutico (el caso de Alicia) se presta también a un análisis desde este cuarto nivel. De hecho, no es infrecuente que se produzca una cierta continuidad entre niveles de uso del juego (lo importante, en este caso, es entender bien en qué nivel se está trabajando y cuáles son las funciones que debe desempeñar el profesional).

Alicia (5 años), tal como hemos relatado, experimentaba dificultades para recuperar un funcionamiento autónomo que se le exige, sintiéndose aún atemorizada y frágil por su experiencia de tratamiento. Al hilo del juego que ella elaboraba repetitivamente, donde los animales, atemorizados e indefensos, se esconden bajo el cuerpo de su madre, el terapeuta ofrece la siguiente intervención.

T: De acuerdo, Alicia. ¿Qué te parece si volvemos a contar esta historia, pero esta vez con otros finales que se nos ocurran? Por ejemplo, a mí se me ocurre contarla de esta manera. Los animales salían todas las mañanas a jugar al bosque. Allí, se divertían mucho, porque hacían de todo: se bañaban en el lago, jugaban, cazaban... Pero claro, como tenían miedo, se marchaban corriendo con su madre. Así, se les quitaba el miedo, y además estaban muy a gusto, con su madre, que los cuidaba y les cantaba, y jugaba con ellos. Pero el oso [tomando uno de los muñecos], que era muy listo, se dio cuenta de que si estaban siempre con la mamá, nunca aprenderían a cazar bien, ni a nadar como los otros, ni serían amigos de los animales del bosque. Así que decidieron probar algo distinto. Porque querían seguir jugando afuera, con los demás animales [el terapeuta toma animales nuevos de la caja de juguetes y los coloca en el bosque]. ¿Crees que habría alguna manera de seguir disfrutando de su mamá sin tener que perderse estas cosas tan divertidas?

P: [con entusiasmo] Que salgan con su mamá, y así, si están con ella, no tienen miedo.

T: Eso es verdad, no tendrían miedo. Pero la mamá tiene que hacer otras cosas, como ir a buscarles comida, o cuidar de la casa. ¿Crees que habría otra solución?

P: No sé.

T: Tal vez, podrían quedar en que cuando empezara a hacerse un poco tarde, la mamá vendría a buscarlos. Siempre a la misma hora, para que ellos supieran cuándo va a llegar y no estuvieran preocupados. ¿Qué te parecería esa idea?

P: [con entusiasmo] ¡Vale! Pero que la mamá venga a buscarles siempre, si no se van a asustar y no van a saber volver a casa.

T: Buena idea Alicia. De acuerdo. Oye, a mí se me ocurre otra cosa que también pueden hacer. Cuando estén en casa con su madre, pueden contarle todos los días lo que han hecho, lo que han visto...

P: Y si han tenido miedo, también pueden contárselo por la noche, para que ella les ayude.

T: ¡Claro! Qué idea más estupenda. ¿Los sacamos de ahí y los ponemos en el bosque otra vez, a ver qué tal se sienten?

P: Vale.

[...]

Para el autor, utilizar los materiales de la historia del niño para proponer formas adaptativas de afrontamiento aumenta las probabilidades de “ser escuchado” por el niño: “El modo confrontativo y directo de transmisión generalmente es mucho más ansiógeno que el simbólico” (Gardner, 1993, p. 7). La utilidad de estas intervenciones fieles a la metáfora del juego reside posiblemente en que se realizan dentro de lo que Winnicott (1980) denomina *espacio transicional*. En él, conviven una visión realista de la enfermedad y las conductas necesarias para adaptarse a ella, con las fantasías que el niño tiene de la misma (y que le ayudan a no tener que mirar a su situación de frente y de una sola vez). Este argumento que relaciona el diálogo terapéutico con el concepto de espacio transicional en el campo de la psicooncología pediátrica ha sido apuntado por Sourkes (1995), quien afirma lo siguiente:

La naturaleza desbordante de la enfermedad no puede ser abordada únicamente desde la realidad.

Paradójicamente, la ilusión permitida por el juego es lo que permite a la realidad ser integrada. A través del juego, el niño puede avanzar y retirarse, aproximarse y alejarse del núcleo intenso. Estos movimientos tentativos permiten al niño contener y controlar la experiencia (p. 6).

Gardner no es el único que ha propuesto incluir un componente resolutivo en la terapia a través del juego. O'Connor, en su modelo de *Terapia de Juego Ecosistémica* (2000), describe una última fase del tratamiento a través de juego que se consagra a la *resolución de problemas*. Una vez conocida y comprendida la problemática del niño a través de las sesiones de juego que han precedido, y fundamentalmente como resultado de las interpretaciones realizadas en la consulta, el paciente está preparado para definir, de manera operacional, algunos problemas específicos que pueden ser acometidos, tanto dentro como fuera de la consulta. La discusión que hacen ambas partes acerca de las mejores soluciones para los problemas que afectan al niño tiene normalmente el formato de un ensayo cognitivo: el paciente plantea posibles soluciones (*pedirle a Papá y a Mamá que no me lleven al colegio, así no pasaré vergüenza*), y el terapeuta discute con él dichas propuestas en función de su carácter realista o adaptativo. Progresivamente se van definiendo planes de acción, muy específicos, que pueden ser ensayados en la consulta y progresivamente trasladados a la experiencia hospitalaria o doméstica del niño. El paciente traerá a las sesiones subsiguientes información acerca del éxito o fracaso de estos planes, y se discutirán los aspectos del plan que funcionaron, cuáles no, y por qué razones. Aunque esta intervención que propone O'Connor se basa en la verbalización directa de los problemas y las soluciones, el juego terapéutico y sus resultados, desarrollados previamente, son la base de esta última fase de trabajo. El juego, en este sentido, está presente de forma constante, y se hacen alusiones frecuentes a él para ayudar al niño a recordar los problemas que le afectan y el origen de los mismos.

El rol del profesional, cuando se trabaja en este nivel, consiste primordialmente en facilitar que el niño delibere formas alternativas de entender su problemática y de responder a ella. Para conseguir esto, una de las cosas que el terapeuta hace con frecuencia es confrontar o señalar las desadaptaciones que el niño nos presenta a través de su juego. Para ello, es importante haber establecido previamente una buena alianza terapéutica, que permita al paciente recibir dicha confrontación como algo no agresivo, algo comprensible, y, por último, algo que puede beneficiarle. Además de la confrontación, el profesional ayuda al paciente mediante el uso de preguntas dirigidas (*¿cómo crees que pueden hacer los animales para no tener tanto miedo? ¿qué es lo que más les ayudaría decir a su mamá?* etc.). Con ellas, acerca al paciente a una comprensión más amplia y más saludable del problema y de sus posibilidades de respuesta. Es importante tener en cuenta que muchas veces el paciente, por sí solo, va a ser incapaz de encontrar las respuestas más adecuadas y más maduras. Nuestras preguntas dirigidas están precisamente destinadas a facilitar este proceso. En las ocasiones en que ni siquiera así el niño encuentra respuestas adaptativas, podemos hacer propuestas directas, siempre desde el respeto por la autonomía del paciente y desde la provisionalidad. Por último, el terapeuta delibera con el niño acerca de las posibilidades reales de aplicar cada una de las alternativas de afrontamiento, de las dificultades que entrañaría cada una de ellas, de las respuestas a preparar frente a dichos obstáculos, etc. Sólo queda, entonces, ensayar las soluciones: en el espacio simbólico del juego, al principio, y posteriormente en la vida de los pacientes, más allá de los límites de la consulta.

Conclusiones y discusión

Hemos presentado un modelo preliminar de manejo terapéutico del juego en la asistencia psicológica del niño con cáncer pediátrico. Lo que proponemos no es lo único que puede hacerse para ayudar al niño con cáncer desde la psicooncología. Posiblemente tampoco sea lo único que puede hacerse desde la terapia a través del juego. Sin embargo, creemos que ofrece un valioso esquema en el que situar las prácticas que, con frecuencia, tendemos a realizar en condiciones de poca precisión y con objetivos generalistas. Conocer las posibilidades diversas que nos brinda el juego como actividad terapéutica va a ayudarnos a precisar nuestras intervenciones, a saber *para qué* hacemos lo que hacemos, y, por lo tanto, *cómo* hacerlo. Se trata de un instrumento que ayuda a diseñar estrategias ajustadas a las necesidades del paciente en el momento específico en que lo atendemos. Asimismo, esta diferenciación de usos o niveles de juego terapéutico contribuye a delimitar las funciones y los roles distintos que desempeñamos los profesionales de la asistencia psicosocial en este ámbito.

Queda pendiente contrastar la utilidad de este modelo con más evidencia clínica, pero sobre todo con evidencia empírica. Nuestro ideal de precisión pide un acercamiento que permita establecer la eficacia de cada uno de estos usos de juego, frente a diversos problemas, en comparación con usos más generalistas, así como frente a otras metodologías de intervención no basadas en el juego.

A la hora de hacer uso de este modelo, es importante tener en mente que pueden solaparse en una misma intervención varios de los niveles de juego que hemos descrito. Puede suceder que, lo que comienza desarrollándose en un nivel de uso del juego, transite rápidamente hacia otro nivel.

Celia (4 años) fue llevada a consulta porque sus padres estaban preocupados por la resistencia activa que la niña mostraba desde hacía días a ser operada de su tumor óseo. Los padres afirmaban que, si las cosas seguían como hasta ahora, iba a ser muy difícil conseguir que Celia fuera a quirófano sin ser forzada. Celia llevaba diagnosticada dos días, y mostraba un claro desconocimiento de muchos de los aspectos que conciernen al hospital y al tratamiento. Por ello, la terapeuta de juego comenzó interviniendo en el primer nivel de uso del juego terapéutico: mostró a Celia un conjunto de muñecos que representaban al cirujano, a un hipotético paciente, sus padres, un celador, etc. Durante unos minutos Celia atendió a las descripciones que la terapeuta hacía acerca de cómo funciona la cirugía. Repentinamente, tomó al muñeco que representaba al paciente, y con él, comenzó a golpear al cirujano, al celador y a sus padres. El personaje gritaba “¡No quiero que me operen!” mientras agredía a los otros personajes. Al final de la secuencia, Celia decidió que serían los otros personajes quienes se someterían finalmente a la cirugía. Durante este rato, Celia se mostró entusiasmada con su historia y claramente divertida. Cuando la sesión finalizó, los padres observaron que su hija estaba mucho más tranquila y disponible en lo que al procedimiento se refería.

En este episodio terapéutico, lo que comienza siendo un uso informativo del juego, se termina desarrollando hacia otro nivel del mismo, concretamente el nivel expresivo. La paciente está imponiendo objetivos distintos a los que traía el profesional. Esto no necesariamente tiene que ser visto como un problema, o como una estrategia que despliega el paciente para defenderse frente a ciertos contenidos. En cada caso habrá que juzgar por qué se ha dado dicho cambio. Nuestra experiencia clínica nos hace pensar que, mayoritariamente, cuando el niño introduce un cambio en la agenda terapéutica del profesional, es porque sus necesidades reales lo exigen. Habida cuenta de esto, lo mejor que podemos hacer es registrar los indicadores del proceso y ajustar nuestra intervención. En una misma sesión de juego pueden hacerse presentes los cuatro niveles de trabajo; esto es una prueba de que la complejidad del mundo infantil es irreductible y apela constantemente a nuestra capacidad de ser flexibles.

Un uso del juego terapéutico basado en las necesidades de los pacientes pide al profesional de la psicooncología pediátrica una formación mínima en dos áreas: la psicología evolutiva (para entender y detectar las necesidades de este tipo de pacientes), y la psicoterapia infanto-juvenil (para saber seleccionar y aplicar las intervenciones que se hacen). Creemos que es fundamental integrar estos principios en la agenda formativa de todo aquel que quiera dedicarse a la atención psicológica del niño con cáncer.

Referencias

- Arranz, P., Barbero, J., Barreto, P. y Bayés, R. (2003). *Intervención emocional en cuidados paliativos: modelo y protocolos*. Barcelona: Ariel.
- Barbero, J. (2003). Hechos y valores en Psicooncología. *Psicooncología*, 0, 21-38.
- Bion, W. (1980). *Aprendiendo de la experiencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Bluebond-Langner, M. (1978). *The private worlds of dying children*. Princeton: Princeton University Press.
- Bragado, C. (2009). Funcionamiento psicosocial e intervenciones psicológicas en niños con cáncer. *Psicooncología*, 6, 327-342.
- DiGallo, A. (2001). Drawing as a means of communication at the initial interview with children with cancer. *Journal of child psychotherapy*, 27, 197-210.
- Erikson, E. (1950). *Childhood and society*. New York: Norton.
- Esman (1983). Psychoanalytic play therapy. En Schaefer, C. y O'Connor, K. (eds.). *Handbook of play therapy*. New York: Wiley and Sons.
- Etchegoyen, H. (2002). *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica* (2ª ed.). Buenos Aires: Amorrortu.
- Gardner, R. (1993). *Storytelling in psychotherapy with children*. Lanham: Jason Aronson.
- Guerney, L. (1983). Client-centered (nondirective) play therapy. En Schaefer, C. y O'Connor, K. (eds.). *Handbook of play therapy*. New York: Wiley and Sons.
- Kazak, A. (2005). Evidence-Based Interventions for Survivors of Childhood Cancer and Their Families. *Journal of Pediatric Psychology*, 30, 29-39.
- López-Ibor, B. (2009). Aspectos médicos, psicológicos y sociales del cáncer infantil. *Psicooncología*, 6, 281-284.
- O'Connor, K. J. (2000). *The play therapy primer*. New York: Wiley and Sons.
- Oppenheim, D. (2003). *Grandir avec un cancer: l'expérience vécue par l'enfant et ses parents*. Bruxelles: Éditions deBoeck Université.
- Oppenheim, D. y Hartmann, O. (2000). Psychotherapeutic practice in paediatric oncology : four examples. *British Journal of Cancer*, 82(2), 251-254.
- Orgilés, M., Méndez, F. J. y Espada, J. P. (2009). Procedimientos psicológicos para el afrontamiento del dolor en niños con cáncer. *Psicooncología*, 6, 434-356.
- Ortigosa, J. y Méndez, F. (2000). *Hospitalización infantil: repercusiones psicológicas. Teoría y práctica*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Phipps, S. (2007). Adaptive style in children with cancer: Implications for a positive psychology approach. *Journal of Pediatric Psychology*, 32, 1055-1066.
- Pitillas, C. (2009). Psicoterapia en la asistencia psicológica del niño con cáncer. *Intersubjetivo*, 2(10), 187-203.
- Pitillas, C. (2010). El niño con cáncer y su familia: experiencia psicológica y apuntes para la intervención. En Álvarez, I. y Montalvo, F. (Eds), *La familia ante la enfermedad*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Sourkes, B. (1995). *Armfuls of time: the psychological experience of the child with a life-threatening illness*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
- Terr, L. (1990). *Too scared to cry: Psychic trauma in childhood*. New York: Harper and Row.
- Terr, L. (2008). *Magical moments of change: How psychotherapy turns kids around*. New York: Norton.
- Wachtel, E. (1997). *La terapia del niño con problemas y su familia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Winnicott, D. (1980). *Clínica psicoanalítica infantil*. Buenos Aires: Paidós.

Manuscrito Recibido: 7/03/2012

Revisión Recibida: 23/05/2012

Manuscrito Aceptado: 24/05/2012