

Boero Martínez, Valentina

**El juego de los niños/as que
atraviesan una enfermedad
oncológica en contexto de
internación en un hospital
público de Córdoba**

**Tesis para la obtención del título de
grado de Licenciada en Psicología**

Directora: Colman, Agustina

Documento disponible para su consulta y descarga en Biblioteca Digital - Producción Académica, repositorio institucional de la Universidad Católica de Córdoba, gestionado por el Sistema de Bibliotecas de la UCC.



[Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin
Obra Derivada 4.0 Internacional.](#)



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CÓRDOBA**
Universidad Jesuita

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

**“EL JUEGO DE LOS NIÑOS/AS QUE ATRAVIESAN UNA ENFERMEDAD
ONCOLÓGICA EN CONTEXTO DE INTERNACIÓN EN UN HOSPITAL PÚBLICO
DE CÓRDOBA”**

Boero Martínez, Valentina
2025

“El juego de los niños/as que atraviesan una enfermedad oncológica en contexto de internación en un hospital público de Córdoba”



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CÓRDOBA**
Universidad Jesuita

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

TRABAJO INTEGRADOR FINAL
Proyecto de Sistematización de Prácticas
Contexto Clínico

**“EL JUEGO DE LOS NIÑOS/AS QUE ATRAVIESAN UNA ENFERMEDAD
ONCOLÓGICA EN CONTEXTO DE INTERNACIÓN EN UN HOSPITAL PÚBLICO
DE CÓRDOBA”**

Autora: Boero Martínez, Valentina// Clave 1909638
Directora: Lic. Agustina Colman// M.P 14156
Co-Directora: Lic. Sofía Perazolo// M.P 11408

2025

Agradecimientos

Agradezco a mi familia por su gran apoyo durante estos años, en especial a mi padre, quien, mediante su esfuerzo y sacrificio, hizo posible mi formación académica.

Agradezco profundamente a mis amigas de la facultad Cami, Jime, Maca y Cande, quienes fueron un gran sostén a lo largo de estos años, y gracias a su apoyo, logré llegar hasta esta instancia.

Agradezco al Hospital de Niños de la Santísima Trinidad por abrirme sus puertas para realizar mi práctica, y por brindarme la oportunidad de aprender de cada uno de los profesionales, llevándome una hermosa experiencia.

Agradezco a cada uno de los patientitos por permitirme aprender de ellos, por cada sonrisa, y por recordarme en cada momento el verdadero sentido de esta profesión.

Agradezco a mi directora y co-directora, cuyo compromiso, dedicación y tiempo fueron fundamentales para la elaboración de este Trabajo Integrador Final.

Y, por último, a mí misma, por la dedicación, responsabilidad y perseverancia que me han permitido alcanzar cada una de mis metas, entre ellas, poder convertirme en psicóloga.

ÍNDICE GENERAL

1. INTRODUCCIÓN	9
2. CONTEXTO CLÍNICO.....	12
2.1 PSICOLOGÍA CLÍNICA: DEFINICIÓN Y ESPECIFICIDADES	13
2.2 PSICOLOGÍA CLÍNICA: UN RECORRIDO HISTÓRICO	14
2.3 PERSPECTIVAS ACTUALES DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DESAFÍOS	16
3. CONTEXTO INSTITUCIONAL.....	18
3.1 BREVE RECORRIDO HISTÓRICO DE LA INSTITUCIÓN.....	19
3.2 SERVICIO DE SALUD MENTAL	22
3.3 FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL.....	22
3.4 ORGANIGRAMA.....	25
4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN	26
5. OBJETIVOS	28
5.1 OBJETIVO GENERAL	29
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
6. PERSPECTIVA TEÓRICA	30
6.1 JUEGO	31
6.1.1 DEFINICIÓN DE JUEGO	31
6.1.2 APORTES PSICOANALÍTICOS AL JUEGO	32
6.1.3 TIPOS DE JUEGO	33
6.1.4 FUNCIONES DEL JUEGO	36
6.1.5 FUNCIONES DEL JUEGO EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA	36
6.2 EL NIÑO/A EN CONTEXTO DE INTERNACIÓN	38
6.3 ENFERMEDAD ONCOLÓGICA EN NIÑOS/AS	40
6.4 LUDOTECA MÓVIL	43
7. MODALIDAD DE TRABAJO	45
7.1 CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS	47
7.2 TÉCNICAS UTILIZADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	49
7.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS	50
8. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA	52
8.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO	53
8.2 ANÁLISIS Y SÍNTESIS	59
8.2.1 ¿A QUÉ JUGAMOS?	60
8.2.1.1 ENTRE CABLES Y BATAS	61
8.2.1.2 PEQUEÑOS MUNDOS, GRANDES SIGNIFICADOS.....	63

8.2.1.3 ¡A GANAR!.....	65
8.2.2 ¿PARA QUÉ JUGAMOS?	66
8.2.2.1 UNA PAUSA PARA REIR.....	67
8.2.2.2 ¿QUÉ ME VAN A HACER?.....	69
8.2.2.3 EMOCIONES DISFRAZADAS DE JUEGO.....	71
8.2.3 ¿QUÉ HUELLA DEJA EL JUEGO?	77
8.2.3.1 UNA SONRISA TRANSFORMADORA: CASO AGUSTIN	78
8.2.3.2 DEL TEMOR A LA TRAVESURA: CASO THIAGO	79
8.2.3.3 JUGUEMOS UN RATO MÁS: CASO BRUNO.....	81
8.2.3.4 SER NIÑO/A HASTA EL ÚLTIMO INSTANTE: CASO OLIVIA.....	82
8.2.3.5 CUANDO YO ME CURE: CASO MARTINA	84
9. CONCLUSIONES	87
10. BIBLIOGRAFÍA.....	91

ÍNDICE DE SIGLAS O ABREVIATURAS

EFPA: Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos.

FePRA: Federación de Psicólogos de la República Argentina.

SIP: Sala de Internación Pediátrica.

SSM: Servicio de Salud Mental.

UCI: Unidad de Cuidados Intermedios.

UCO: Unidad Coronaria.

UTI: Unidad de Terapia Intensiva.

1. INTRODUCCIÓN

Este Trabajo Integrador Final tiene por objetivo exponer la experiencia vivida en el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, en el Servicio de Salud Mental, específicamente en la Sala de Onco-Hematología (SIP 200), durante el período comprendido entre mayo y noviembre de 2024. Dicha experiencia se enmarca en las Prácticas Profesionales Supervisadas, correspondientes al contexto clínico de la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad Católica de Córdoba.

El escrito se estructura en distintos apartados, en primer lugar, se ofrece una contextualización de la Psicología Clínica, comenzando por su definición y especificidades, para luego realizar un recorrido histórico y, finalmente, abordar sus perspectivas actuales y los principales desafíos que enfrenta la disciplina.

Posteriormente, se presenta una descripción del contexto institucional, el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, considerando su historia y el funcionamiento del Servicio de Salud Mental, así como sus áreas de incumbencia.

A continuación, en torno al eje de sistematización planteado —*"El juego de los niños/as que atraviesan una enfermedad oncológica en contexto de internación en un hospital público de Córdoba"*—, se establece como objetivo general analizar el juego de los niños/as internados en la SIP 200, a través del Programa Ludoteca Móvil.

El abordaje se realiza desde una perspectiva psicoanalítica, retomando a autores clásicos como Sigmund Freud, Donald Winnicott, Melanie Klein, Jean Piaget, entre otros, con el fin de fundamentar los conceptos relevantes para el trabajo y el eje planteado.

Seguidamente, se describe la modalidad de trabajo empleada, caracterizando a los sujetos implicados, detallando las técnicas utilizadas para la recolección de datos e información relevante, y explicitando las consideraciones éticas tenidas en cuenta durante las intervenciones en la práctica.

Posteriormente, se lleva a cabo una recuperación del proceso vivido, basada en los registros de campo y apreciaciones personales, a fin de dar cuenta de las experiencias atravesadas.

Luego, se presenta el análisis de la experiencia, orientado a responder los tres objetivos específicos propuestos mediante una articulación teórico-práctica a partir de la selección de 5 (cinco) pacientes que formaron parte del programa. En este marco, se describen los tipos de juegos desplegados por los niños/as que atraviesan una enfermedad oncológica, dando cuenta de cómo se modifican los mismos en contexto de internación y qué limitaciones o adaptaciones surgen. Asimismo, a partir de estos juegos descritos se identifican las funciones que cumplen

los mismos para cada niño/a en particular y, por último, se indagan los efectos que estos juegos producen, considerando la experiencia subjetiva de cada uno.

Finalmente, se exponen las conclusiones del trabajo, destacando el valor del juego en este contexto, así como reflexiones, aprendizajes, inquietudes abiertas y propuestas para futuros practicantes. Como señala Jara Holliday (2013), resulta esencial “mirar lo que enseña esta experiencia para el futuro de ella misma y para el de otras experiencias” (p. 12).

En última instancia, se presenta la bibliografía utilizada y anexo.

**2. CONTEXTO
CLÍNICO**

En este apartado, se considerará el contexto que enmarca la práctica profesional. Para ello, se comenzará presentando la definición de la Psicología Clínica y sus especificidades como campo de especialización dentro de la Psicología. Luego, se realizará un recorrido histórico sobre su desarrollo y, finalmente, se abordarán los desafíos actuales que enfrenta la disciplina.

2.1 PSICOLOGÍA CLÍNICA: DEFINICIÓN Y ESPECIFICIDADES

La Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (2003), define a la misma como “una disciplina científico–profesional con historia e identidad propia y cuyos objetivos son la evaluación y diagnóstico, tratamiento e investigación en el ámbito de los trastornos psicológicos o mentales” (p. 10). Además, la EFPA¹ (2003) señala que, aunque tanto la Psicología Clínica como la Psiquiatría comparten el mismo objeto de estudio, el rol de cada profesional difiere en algunos aspectos. Una de las principales diferencias radica en que la formación psiquiátrica no proporciona un dominio suficiente de los tratamientos psicológicos ni de las herramientas diagnósticas basadas en la investigación en Psicología. Por otro lado, los psicólogos no están legalmente autorizados para prescribir medicamentos. Debido a esto, la federación destaca la importancia de la unión entre ambas disciplinas y trabajo en conjunto para lograr un enfoque más integral en la atención del padecimiento mental.

Buendía (1999) señala que las funciones del psicólogo clínico en la actualidad incluyen:

- 1) la evaluación psicológica, que supone el estudio científico del comportamiento, así como el análisis de las dimensiones básicas de la personalidad humana; 2) la investigación, con el fin de aumentar los conocimientos básicos acerca del comportamiento humano, sobre los que puedan apoyarse las distintas formas de interacción; 3) el tratamiento psicoterapéutico realizado a nivel individual o grupal, con el fin de aliviar el malestar psicológico y conseguir los cambios necesarios en beneficio de los pacientes; 4) la prevención, con la aplicación de programas a nivel comunitario, que por una parte neutralicen y/o controlen los factores causantes de

¹ De aquí en adelante la sigla EFPA corresponde a la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos.

alteraciones, y por otra desarrollen habilidades en los propios individuos que impidan la aparición de problemas psicológicos; y 5) la enseñanza, como forma de preparar a los futuros profesionales, así como el entrenamiento de los no-profesionales que puedan colaborar en la aplicación de programas de intervención, especialmente a nivel comunitario, como ocurre de hecho en muchos casos. (pp. 17-18)

Por otro lado, según la Ley N° 7106 (1984), “Se entenderá por área de la Psicología Clínica: la esfera de acción que se halla en Hospitales Generales, Psiquiátricos, Neuropsiquiátricos, Centros de Salud Mental, Clínicas e Instituciones Privadas de la misma índole y en práctica privada de la profesión” (art. 2).

2.2 PSICOLOGÍA CLÍNICA: UN RECORRIDO HISTÓRICO

Tomando algunos aportes de la EFPA (2003), los orígenes de la Psicología Clínica se remontan a 1896, cuando Lightner Witmer estableció la primera clínica bajo este nombre en la Universidad de Pennsylvania. Este enfoque, destacaba el rol del psicólogo clínico como meramente científico, centrado en la exploración de posibles tratamientos para deficiencias en el desarrollo infantil, basándose en un enfoque terapéutico de re-aprendizaje. Allí, se deja asentado lo que el fundador denomina como “método clínico”, aludiendo a una formación para estudiantes en psicodiagnóstico y aplicación terapéutica.

Asimismo, se toma como fundador de la Psicología Clínica a Sigmund Freud, ya que en este mismo año bautiza con el nombre de “Psicoanálisis” a su propio método clínico que supone una ruptura con la visión biologicista que se tenía hasta el momento, dando lugar a un nuevo enfoque.

Siguiendo con estos aportes, a inicios del siglo XX, las innovaciones en psicodiagnóstico marcaron el desarrollo de la Psicología Clínica, destacando el papel del psicólogo en la creación y aplicación de pruebas de medición psicológica. Durante este periodo, tanto el psicodiagnóstico como la investigación, definieron la identidad de la profesión y aportaron conocimientos claves para el tratamiento psicológico.

Paralelamente, el Psicoanálisis siguió expandiéndose junto con el Conductismo, consolidándose como otra corriente fundamental dentro de la disciplina y, en esta etapa, comenzaron a surgir las primeras señales de separación del Psicoanálisis de la Medicina y, por tanto, de la Psiquiatría.

Cabe mencionar, además, que en el año 1945 la Psicología Clínica fue reconocida legalmente como especialidad en Estados Unidos y a partir de la década de los cincuenta la misma consolida su estatuto profesional y científico, expandiendo sus horizontes y desarrollando nuevos sistemas psicoterapéuticos, logrando así reconocimiento social (EFPA, 2003).

A lo largo del tiempo, surgieron diversos enfoques psicoterapéuticos en el ámbito clínico, como las terapias de la conducta, las terapias de pareja y de familia, entre otras, además de las psicoterapias clásicas. En nuestro país, este desarrollo se ha dado a la par del despliegue de la Psiquiatría dificultando la autonomía de la Psicología Clínica y no fue hasta finales del siglo XX que se logró el reconocimiento legal de su rol en la práctica terapéutica, superando la visión del psicólogo como auxiliar del psiquiatra (EFPA, 2003).

Asimismo, en relación a la Psicología en Argentina, en el año 1977 se fundó la FePRA² que es una organización que reúne a las entidades de primer grado de cada una de las jurisdicciones del país, es decir, colegios profesionales o asociaciones con el propósito de representar a los psicólogos dentro y fuera del país (Soforcada, 2008).

Además de su rol representativo, la federación cuenta con un código de ética cuyo objetivo es proporcionar principios generales que brinden una orientación de la práctica y normas deontológicas obligantes para el ejercicio de la profesión, sustentadas en dichos principios (FePRA, 2013).

A su vez, el ejercicio del psicólogo en Argentina se enmarca dentro de un conjunto de normativas legales, entre las que destacan la Ley 26.657, que supone el derecho a la protección de la salud mental de todos los sujetos; la Ley 26.529, que regula los derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado; y la Ley 25.326, que refiere a la protección de los datos personales. Junto con otras disposiciones, resoluciones y principios éticos, estas leyes establecen las bases legales que los profesionales deben conocer y respetar a la hora de ejercer la disciplina (FePRA, 2024).

² De aquí en adelante la sigla FePRA corresponde a la Federación de Psicólogos de la República Argentina.

2.3 PERSPECTIVAS ACTUALES DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DESAFÍOS

En la actualidad, podemos decir que el papel del psicólogo clínico enfrenta grandes retos, particularmente en el abordaje de problemas relacionados con el riesgo psicosocial. Asimismo, las instituciones que operan dentro de la comunidad, afrontan desafíos en cuanto a la estructura, organización y objetivos, así como en la implementación de estrategias de intervención adecuadas a los problemas psicosociales. Es en este contexto que se acentúa la importancia de que el psicólogo intervenga a través del diseño de programas y estrategias para dicho fin en el área de salud mental (Haz et al., 2002).

Siguiendo a los autores, la perspectiva sobre los problemas de salud mental se ha vuelto más compleja y hoy se los define como problemas biopsicosociales que están afectados por diversas variables que se relacionan con el modo en que el sujeto interactúa en diferentes contextos donde confluyen las relaciones familiares, comunitarias, sociales y en donde importa también atender a la influencia que la persona tiene en dicho contexto y como es influenciada por el mismo. Por ello es que ya no se considera a las patologías limitadas únicamente al sujeto que las padece, entendiendo así los problemas de salud mental desde un contexto único, sino que estas variables psicológicas son parte de la cotidianidad de las personas insertas en un sistema y pueden encontrar sus causas a nivel individual, social, comunitario y en las distintas relaciones entre los sistemas.

Respecto a esto, Lagache (1882) manifiesta que el objeto de la Psicología Clínica es el estudio de la conducta individual y sus condiciones, es decir, de la persona en su totalidad y “en situación”, teniendo en cuenta la herencia, maduración, condiciones fisiológicas y patológicas e historias de vida, por lo que debe considerarse el contexto y las circunstancias que rodean a cada individuo en particular.

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado, se propone que para el abordaje actual de los problemas de salud mental se debe tener una mirada interdisciplinaria, un enfoque intersectorial y una visión en red. Así, la unión de estos tres elementos, deberá estar presentes desde que se percibe y conceptualiza el problema hasta que se piense en las posibles soluciones o intervenciones (Haz et al., 2002).

Otro de los desafíos más actuales que tienen que enfrentar los psicólogos según la FePRA (2020), es que la mayoría de ellos se han visto en la emergencia de implementar atención psicológica a distancia con el objetivo de no interrumpir los tratamientos con los pacientes que así lo requieran. Para ello, deberán tener en cuenta una serie de pautas para su implementación que la federación da a conocer como requisitos legales, estándares éticos, tecnología de telecomunicaciones y otras limitaciones externas, así como también demandas del contexto profesional particular.

Es por ello que el rol del psicólogo clínico hoy en día debe ser repensado a la luz de todas estas nuevas demandas y necesidades de la sociedad, ampliando las herramientas psicológicas para dar respuestas a problemáticas actuales y avanzar más allá de la formación clínica tradicional.

**3. CONTEXTO
INSTITUCIONAL**

3.1 BREVE RECORRIDO HISTÓRICO DE LA INSTITUCIÓN

El Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, data sus comienzos en el año 1893 cuando el Gobierno de Córdoba brinda dos casas ubicadas en la calle Entre Ríos a la Sociedad de Beneficencia. Así, el 20 de mayo de 1894, nace el nosocomio por iniciativa y gestión del Dr. José Antonio Ortiz y Herrera, en ese entonces decano de la Facultad de Ciencias Médicas en la Universidad Nacional de Córdoba.

En el año 1951, el gobierno intervino la Sociedad de Beneficencia y el nosocomio comenzó a formar parte de la Red Hospitalaria del Ministerio de Salud de la Provincia. Casi cincuenta años después, en pos de los avances de la Medicina y Pediatría, se planteó la necesidad de un espacio físico más amplio, por lo que el 6 de agosto del año 2000, el hospital se trasladó al edificio ubicado en Bajada Pucará esquina Ferroviarios en Barrio Crisol Norte, contiguo al Hospital Rawson y frente al Hospital San Roque, donde funciona actualmente brindando asistencia a niños/as y adolescentes desde el mes de vida hasta los 14 años de edad³.

Hoy en día, es reconocido como un hospital escuela provincial público de tercera complejidad, es decir, brinda prestaciones quirúrgicas y médicas incluyendo subespecialidades y se caracteriza por el uso intensivo de recursos humanos y equipamiento, que permiten llevar a cabo procedimientos de alta complejidad haciendo uso de una tecnología avanzada para dicho fin (Vignolo et al., 2011).

En la actualidad, esta institución se encuentra distribuida y organizada físicamente en tres niveles:

Nivel inferior: Aquí se encuentra la Guardia de Emergencia, la Unidad de Estabilización Pediátrica en Emergencia (UEPE), el Hospital de Día, la Unidad Coronaria (UCO), la Unidad de Terapia Intensiva (UTI), Hemodiálisis, Nefrología, el Centro Quirúrgico y Nutrición.

Nivel medio: Aquí se encuentran Hemoterapia, Servicios Sociales, Unidad Interdisciplinaria de Atención a la Violencia Infantil (UIAVI), Coloproctología, Electromedicina, Medicina Nuclear, Hemodinamia, Departamento de Salud Ambiental, Diagnóstico por Imágenes, Sala de Internación Pediátrica Psiquiátrica (SIP 700), Toxicología, Servicio de Quemados, Cirugía Plástica y Rehabilitación. Este nivel cuenta, además, con 42 Consultorios

³ Información obtenida del sitio web: <https://www.lavoz.com.ar/viral/el-hospital-de-ninos-de-cordoba-cumple-110-anos-un-repaso-por-su-historia/>

Externos distribuidos en tres baterías que incluyen las siguientes especialidades: *Batería A*: Traumatología, Endocrinología, Urología, Oftalmología, Genética, Onco-Hematología, Neumonología y Gastroenterología; *Batería B*: Dermatología, Cardiología, Otorrinolaringología, Ginecología, Fonoaudiología, Salud Mental, Neurología, Reumatología, Medicina del Deporte y Educación para la Salud; *Batería C*: Vacunatorio, Clínica Médica, Hematología, Psiquiatría, Cirugía General, Adolescencia, Alergias, Infectología, Odontología y Cuidados Paliativos.

Nivel superior: Aquí se encuentran las Salas de Internación Pediátrica, con un total de 280 camas distribuidas en varias salas. De estas, cuatro son de internación general (SIP⁴ 100, 400, 500 y 600), mientras que dos de ellas son específicas: la Sala de Onco-Hematología Pediátrica (SIP 200) y la Unidad de Cuidados Intermedios Pediátricos (UCI) (SIP 300). A su vez, en este nivel se encuentran algunos voluntariados y fundaciones que brindan espacios lúdicos, de recreación y estimulación para niños/as y adolescentes en contexto de hospitalización e internación (C, L., comunicación personal, 24 de junio de 2024).

Por otro lado, fuera del hospital, funciona la Escuela Hospitalaria Atrapasueños que según el sitio web⁵, tiene como objetivo que los niños/as y adolescentes que se encuentran internados no pierdan el sentido de pertenencia con la escuela a la que asisten en su cotidianidad, brindando sostén y acompañamiento en el cumplimiento de las tareas y evaluaciones, hasta que exista la posibilidad de reinserción en el sistema escolar habitual. También, existe la modalidad de educación domiciliaria para aquellos pacientes que deben permanecer en recuperación en sus hogares por un periodo prolongado de tiempo.

Asimismo, como se menciona en el sitio web, se encuentra La Casa de Ronald McDonald, que es un espacio de contención en el que se alberga a las familias de los pacientes que están internados bajo un tratamiento prolongado y deben permanecer lejos de sus hogares. Las mismas son derivadas por el Área de Asistencia Social del hospital y allí encuentran no solo una habitación para dormir, sino también un sector para comer, lavar la ropa y un espacio de entretenimiento y recreación⁶.

Por otra parte, el hospital implementa diversos programas interdisciplinarios, cuyo objetivo es la asistencia, prevención y promoción de la salud física y mental. Entre los programas vigentes se encuentran: el Programa de Maltrato y Abuso Sexual, VIH (Virus de la

⁴ De aquí en adelante la sigla SIP corresponde a Sala de Internación Pediátrica.

⁵ Información obtenida del sitio web: <https://prensa.cba.gov.ar/informacion-general/escuela-hospitalaria-la-educacion-como-motor-de-esperanza/>

⁶ Información obtenida del sitio web: <https://prensa.cba.gov.ar/informacion-general/escuela-hospitalaria-la-educacion-como-motor-de-esperanza/>

Inmunodeficiencia Humana), Diabetes, Sala de Juego, Rehabilitación Intestinal, Fibrosis Quística, Pie Bot, Celiaquía, Hipotiroidismo Congénito, Nefrología (Hemodiálisis y Trasplante Renal), Profilaxis Quirúrgica, Intento de Suicidio, y el Programa Ludoteca Móvil, en el cual se realizan las intervenciones mencionadas en este trabajo.

Por último, la institución se encuentra organizada en cuatro departamentos generales: Departamento de Cirugía, Departamento de Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, Departamento de Cardiología y Departamento de Clínica Pediátrica. De este último depende el Servicio de Salud Mental, espacio donde se llevan a cabo las Prácticas Profesionales Supervisadas, a partir de las cuales se realizan rotaciones por las distintas áreas que le competen al servicio.

Figura N° 1

Ingreso al Hospital de Niños de la Santísima Trinidad.



Nota: Fotografía obtenida del sitio web <https://www.lavoz.com.ar/viral/el-hospital-de-ninos-de-cordoba-cumple-110-anos-un-repaso-por-su-historia/>

3.2 SERVICIO DE SALUD MENTAL

El Servicio de Salud Mental se encuentra conformado por profesionales de distintas disciplinas (Psicología, Psicomotricidad, Psicopedagogía, Trabajo Social y Psiquiatría) que conforman en unión el Equipo de Salud Mental, junto con aquellos que se encuentran transitando la RISaMIJ (Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental Infanto-Juvenil) y practicantes de las mencionadas disciplinas. En cuanto a las autoridades, hay una doctora como jefa de todo el servicio, una psicóloga como coordinadora de Consultorios Externos, una doctora como coordinadora de la Sala de Internación Pediátrica Psiquiátrica (SIP 700) y una psicóloga como coordinadora del Área de Internación y Programas Interdisciplinarios.

La población asistida por el Servicio de Salud Mental son niños/as y adolescentes de los cuales el 50% provienen de Córdoba Capital y el resto del interior y en cuanto a la población atendida en internado, el 35% al 48% continúa con el abordaje interdisciplinario en seguimiento ambulatorio. Otro dato de interés, es que el 20% de los pacientes están internados entre 30 y 60 días en el hospital (comunicación personal, 2 de junio de 2024).

3.3 FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL

Esta área del hospital funciona, por un lado, a través de pedidos de interconsultas, realizadas por los médicos de las SIP, con el fin de brindar asistencia psicológica y realizar una intervención a partir de la problemática que pueda estar viviendo el paciente internado o su familia. Por otro lado, funciona a través de los llamados *Triage*, que son entrevistas de admisión con un equipo, a los fines de valorar en esa co-visión interdisciplinaria los criterios para el ingreso de un paciente y resolución de la demanda, es decir, aquí se reciben a niños/as y adolescentes desde el mes de vida hasta los 13 años y 11 meses de edad y a sus cuidadores por

primera vez para evaluar la admisión o derivación hacia otra institución. Para esto último, se tiene en cuenta si le corresponde el tratamiento en este hospital, por área programática, y si se trata de un caso complejo, es decir, que el paciente presente problemáticas psíquicas severas y/o patologías crónicas con padecimiento psíquico para darle inicio al tratamiento por Consultorios Externos.

Además, dentro del SSM⁷, se encuentra en funcionamiento desde el año 2020 el Dispositivo Interdisciplinario de Desarrollo, que admite pacientes de uno a siete años derivados por el *Triage* y en él las disciplinas de salud mental se unen para discutir, consensuar, aportar y sugerir en la trayectoria de los pacientes, pensando entre todos los casos que ingresan para plantear problemáticas, proponer estrategias y contribuir a la prevención.

Por otro lado, funciona también el Dispositivo de Grupo Terapéutico para pacientes de Consultorios Externos del hospital y es coordinado por psicólogos y psicomotricistas.

A su vez, el SSM funciona en la SIP 700, donde se encuentran los pacientes que ingresan por la guardia psiquiátrica, y está en servicio las 24 horas del día. A diferencia de los Consultorios Externos, aquí se admiten pacientes hasta los 14 años y una vez cumplida esta edad se los deriva a la Casa del Joven (Institución Pública de Salud Mental que recibe adolescentes y jóvenes de 14 a 20 años), en el caso de que sea necesario la continuidad de tratamiento psiquiátrico y psicológico.

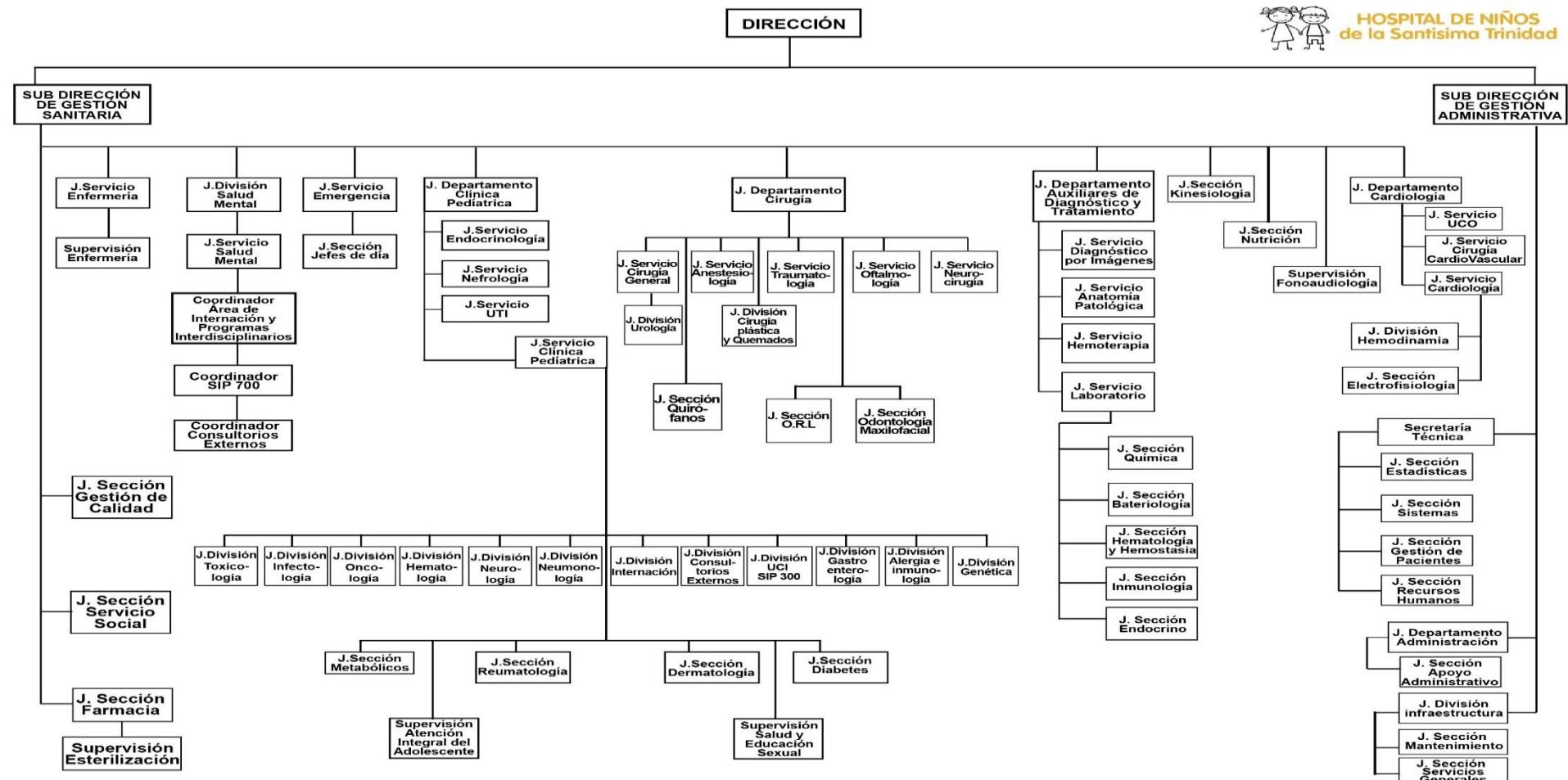
Como mencionamos con anterioridad, este hospital, y particularmente el Servicio de Salud Mental, se enfrenta a problemáticas de alta complejidad. Entre ellas se encuentran situaciones de violencia, maltrato y abuso sexual —frecuentemente detectadas en la guardia o en las SIP, lo que implica un contacto constante con el Servicio de Protección de Derechos—, así como duelos, amputaciones, enfermedades terminales, trasplantes, enfermedades crónicas y diversos tipos de traumatismos, incluyendo quemaduras, accidentes, y heridas por arma de fuego o arma blanca.

Asimismo, se abordan una amplia gama de cuadros psicopatológicos que atraviesan niños/as, adolescentes y/o sus familias, como trastornos del neurodesarrollo (discapacidad intelectual, síndromes neurológicos, genéticos y metabólicos), intentos de suicidio, consumo problemático, trastornos de la conducta, vinculares y alimentarios, enfermedades psicológicas sobreagregadas a una condición médica, dificultades en el aprendizaje, así como trastornos afectivos como ansiedad, depresión y rasgos psicóticos, entre otros.

⁷ De aquí en adelante la sigla SSM corresponde a Servicio de Salud Mental.

Para finalizar, podemos afirmar que el Servicio de Salud Mental tiene un modo de trabajo en red y una mirada interdisciplinaria en el abordaje de cada caso en particular. Además, se caracteriza por mantener encuadres de trabajo flexibles y por realizar reuniones de equipo y actividades disciplinarias e interdisciplinarias de manera constante. A su vez, ofrece capacitaciones para el servicio y actividades docentes que apoyan a los profesionales en formación y a los futuros profesionales (comunicación personal, 2 de junio de 2024).

3.4 ORGANIGRAMA



Fuente: elaboración propia a partir de lo informado por la Sala de Dirección.

**4. EJE DE
SISTEMATIZACIÓN**

“El juego de los niños/as que atraviesan una enfermedad oncológica en contexto de internación en un hospital público de Córdoba”.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar el juego de los niños/as que atraviesan una enfermedad oncológica en contexto de internación en un hospital público de Córdoba.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir los distintos tipos de juegos que se despliegan en los niños/as que atraviesan una enfermedad oncológica en contexto de internación en un hospital público de Córdoba.
2. Identificar las funciones que cumple el juego en los niños/as que atraviesan una enfermedad oncológica en contexto de internación en un hospital público de Córdoba.
3. Indagar los efectos que tiene el juego en los niños/as que atraviesan una enfermedad oncológica en contexto de internación en un hospital público de Córdoba.

**6. PERSPECTIVA
TEÓRICA**

6.1 JUEGO

6.1.1 DEFINICIÓN DE JUEGO

Según el Diccionario de la Real Academia Española⁸ (RAE), el término jugar es definido como: “Hacer algo con alegría con el fin de entretenerte, divertirse o desarrollar determinadas capacidades” (definición 1).

Tomando los aportes de Platas (2017), el juego en sí es una expresión común en los seres humanos desde su nacimiento. A lo largo de la historia y en todas las culturas, niños y niñas de distintas edades han participado en actividades lúdicas. Siguiendo a la autora: “El juego se entiende como una actividad innata del ser humano, que todos realizamos independientemente de la edad, lugar o sociedad en la que vivamos” (p. 6).

A su vez, Morosi (2022) enfatiza que:

El juego en el niño se considera fundamental para constituir, promover y potenciar su desarrollo integral, es decir, a nivel psíquico, emocional, corporal, cognitivo y social. Participa del proceso de construcción de identidad y permite incorporar los valores éticos inherentes a la cultura. Es una actividad universal, natural, espontánea y placentera, al servicio de la realización de deseos. Tiene como finalidad la exploración del mundo en un marco seguro y también la invención y la creatividad. Involucra la capacidad de resolver problemas, el razonamiento, la imaginación, la función simbólica y el lenguaje. La capacidad lúdica que muestra un niño es un potente indicador de su salud emocional. (pp. 188-189)

⁸ Información obtenida de su sitio web RAE <https://dle.rae.es>

6.1.2 APORTES PSICOANALÍTICOS AL JUEGO

El concepto de juego ha sido estudiado desde diversas perspectivas y disciplinas, ya que constituye una forma auténtica y privilegiada de expresión en los niños/as. Desde el psicoanálisis ha sido ampliamente investigado por diversos autores debido a su papel en la vida anímica de los niños y su relevancia dentro del marco de la psicoterapia psicoanalítica (Luzzi y Bardi, 2009).

Siguiendo a las autoras, Sigmund Freud fue uno de los primeros en hacer referencia al juego infantil en su obra *La interpretación de los sueños* (1900). Aquí, describe los llamados “juegos de movimiento” del cual los niños gozan (en especial cuando generan susto o vértigo) y su relación con el principio de placer, a través de la repetición.

Posteriormente, en *Tres ensayos de teoría sexual* (1905), Freud observa que los niños suelen pedir la repetición de juegos de movimiento pasivo, los cuales generan un placer derivado de los movimientos mecánicos, como por ejemplo el juego de mecerse (Luzzi y Bardi, 2009).

A su vez, Freud en *El creador literario y el fantaseo* (1908), establece un paralelismo entre el juego y la creación poética y refiere al juego como la ocupación preferida y más intensa del niño, afirmando que este se comporta como un poeta, ya que crea un mundo propio o, mejor dicho, introduce las cosas de su entorno en un nuevo orden que le resulta placentero. A su vez, el niño es capaz de crear un mundo de fantasía que inviste de afecto pero que diferencia claramente de la realidad efectiva.

Más adelante Freud en su obra *Más allá del principio de placer* (1920), observó el comportamiento lúdico de un niño de 18 meses que solía lanzar sus juguetes lejos mientras pronunciaba con satisfacción un sonido similar a "o-o-o-o", el cual podría interpretarse como "fuera o se fue" (Fort). Más adelante, notó que el mismo niño jugaba con un carretel de madera atado a un hilo. Sostenía el mismo y arrojaba el carretel por detrás de su cuna, haciéndolo desaparecer de su vista mientras repetía el mismo sonido. Luego, tiraba del hilo para traerlo de vuelta y exclamaba con alegría "aquí está" (Da). Aunque repetía con más frecuencia la parte en la que hacía desaparecer el objeto, el mayor disfrute parecía estar en su reaparición (Reynoso, 1980).

Siguiendo al autor, Freud a partir de esto interpreta que en el accionar del niño se tramita

una renuncia a una satisfacción, siendo el juego el medio que le posibilita aceptar la ausencia de su madre sin resistencia y poner en escena durante el juego la partida y reaparición del objeto amoroso.

Ante esto, Freud se cuestiona por qué el niño transforma el juego en una experiencia dolorosa, como lo es la separación de su madre. Una posible explicación es que, aunque en la realidad acepta la ausencia de manera pasiva, en el juego asume un papel activo al recrear la situación. Otra interpretación sugiere que el niño en esta actividad simbólica satisface un deseo reprimido de venganza por la partida de la madre. De este modo, al lanzar los objetos lejos, parecería expresar “no te necesito, yo mismo te alejo” (Reynoso, 1980).

Como menciona el autor, Freud aquí introduce el concepto *pulsión de muerte* con el fin de dar explicación a los fenómenos de repetición que se dan en la clínica psicoanalítica. Por otro lado, a partir de este caso, Freud denota que el juego tiene un carácter elaborativo ya que permite ligar las excitaciones recibidas, postulando que:

Los niños repiten en sus juegos todo lo que en la vida les ha causado una fuerte impresión, descargando la energía insumida en la misma, y agrega que un deseo dominante influye en todo juego infantil: el deseo de ser grande y de poder hacer lo que hace la gente grande. (Luzzi y Bardi, 2009, p. 55)

6.1.3 TIPOS DE JUEGO

Jean Piaget identificó tres categorías principales de juego en la primera infancia: el juego de ejercicio, el juego simbólico y el juego reglado. Aunque estos tipos de juegos pueden manifestarse simultáneamente, los juegos de ejercicio predominan durante la fase sensorio-motora pero con el tiempo tiende a perder su forma pura. Por otro lado, los juegos simbólicos logran su máximo desarrollo entre los tres y los seis años y van perdiendo relevancia a la vez que aumenta el interés por los juegos reglados, alcanzando su punto culminante más o menos a

los diez años de edad (Reynoso, 1980).

Siguiendo al autor, Piaget respecto a las características de cada tipo de juego describe lo siguiente:

Juego de simple ejercicio: En el primer mes de vida, es complicado hablar de juego, ya que el bebé se encuentra en una etapa de adaptaciones reflejas. Sin embargo, entre el segundo y el cuarto mes, se puede considerar que inicia, ya que el niño/a, tras superar las dificultades de adaptación a su entorno, comienza a repetir conductas simplemente por placer. Es por esto que, los primeros juegos se centran en su propio cuerpo y no hay intencionalidad alguna.

Entre los cuatro y ocho meses, la atención del bebé se dirige principalmente hacia objetos del mundo exterior y el juego se caracteriza por el placer de interactuar con estos. Es habitual que el bebé muestre interés en mover juguetes colgantes en su cuna, lo que se convierte en una actividad lúdica repetitiva cuyo único propósito es el placer de ser causa. En este contexto, las conductas tienen una semi-intencionalidad y al inicio son autocéntricas, pero gradualmente se vuelven más alocéntricas, orientándose más allá de su propio Yo.

Entre los ocho y los doce meses, surge la intencionalidad y la capacidad de coordinar dos esquemas independientes dentro de un nuevo contexto. Por ejemplo, un niño/a puede apartar un obstáculo para alcanzar un objeto deseado, evidenciando la relación entre instrumento y meta.

De los doce a los dieciocho meses, se produce una transición hacia futuros juegos simbólicos que se manifiestan a través de ritualizaciones. El niño/a aquí va repitiendo movimientos cotidianos sin conciencia de ficción, es decir, repite un esquema previamente adquirido solo por placer.

Juego simbólico: Los juegos simbólicos se diferencian de los juegos de ejercicio por la capacidad de los niños/as para actuar "como si" y utilizar símbolos propios permitiendo sustituir y representar situaciones vividas por otras hipotéticas, donde el símbolo representa un objeto ausente. Así, se aplica un esquema a un objeto inapropiado, evocando situaciones por placer y mostrando cómo la representación prevalece sobre la acción.

Alrededor de los dos años, el niño/a comienza a hacer "como si" realizara acciones cotidianas y con el tiempo, aplica esquemas simbólicos a objetos nuevos, haciendo que otros objetos ficticios las realicen. Así, el símbolo se desvincula del ejercicio sensorio motor y se convierte en una representación independiente donde el niño/a busca utilizar sus habilidades individuales y reproducir acciones por el mero placer de mostrarse a sí mismo y a los demás.

Más adelante, aparecen los *juegos de imitación* en los que el niño/a actúa como si, pero

estos esquemas no pertenecen a sus acciones propias, sino que se proyectan hacia otros objetos y, eventualmente, no solo imita comportamientos ajenos, sino que se identifica completamente con personajes y objetos.

A partir de los tres años, el juego simbólico se enriquece significativamente y los niños/as crean y juegan escenas complejas que van desde la simple reproducción de la vida real hasta la invención de seres imaginarios. Esta nueva capacidad, también da lugar a tramas lúdicas en las que se manifiestan deseos reprimidos que se satisfacen en el juego que Piaget las denomina como *combinaciones compensadoras*. Esto no solo compensa situaciones desagradables, sino que también busca revivirlas simbólicamente y esta reproducción, fuera de su contexto, permite al niño/a asimilarlas gradualmente y superarlas y a esto Piaget le llama *combinaciones liquidadoras*.

Entre los cuatro y los siete años, los juegos simbólicos comienzan a desaparecer al acercarse más a la realidad, el símbolo pierde su carácter deformante y se convierte en una representación fiel. Las construcciones en el juego se vuelven más ordenadas y coherentes, dando lugar a secuencias lúdicas más extensas. Así, surge una creciente preocupación por la veracidad y la imitación precisa de la realidad, así como el simbolismo colectivo con diferenciación y adecuación de roles en juegos, marcando una transición del egocentrismo inicial hacia la reciprocidad.

Juego reglado: Los juegos de reglas emergen entre los cuatro y los siete años, pero se consolidan en el tercer periodo, que abarca de los siete a los once años incluyendo combinaciones sensorio-motoras y juegos intelectuales, donde la competencia entre los participantes es esencial ya que sin esta las reglas carecerían de sentido. Aquí la regla implica una regularidad impuesta por el grupo y su violación se considera una falta.

Además, existen juegos con reglas institucionales y otros que surgen espontáneamente a partir de la socialización de juegos más simples y, a diferencia de los juegos anteriores, estos perduran y se desarrollan a lo largo de la vida, ya que el juego reglado representa una actividad lúdica fundamental para el ser socializado (Reynoso, 1980).

6.1.4 FUNCIONES DEL JUEGO

Melanie Klein fue una de las autoras que estudió y definió las funciones del juego en la infancia. En *Desarrollos en psicoanálisis*, plantea que el juego funciona como un lenguaje, señalando que “un niño pequeño entiende mucho más de lo que él mismo puede expresar en palabras; además, su forma de lenguaje es principalmente el *acting out* (tomado en forma arcaica y simbólica de representación) en el juego” (Reynoso, 1980, p. 146).

Más adelante, en *Psicoanálisis de niños*, destaca otra función del juego, indicando que: “El niño expresa sus fantasías, sus deseos y sus experiencias de un modo simbólico por medio de juguetes y juegos” (Reynoso, 1980, p. 146). A su vez, “el juego le permite al niño desplazar situaciones internas hacia el mundo externo [...] y describe al juguete como un medio para vencer el miedo a los objetos y a los peligros internos” (González Chávez, 2024, pp. 67-68).

Además, Klein señala que el juego les permite a los niños elaborar sus ansiedades, ya que, a través de él, transforman experiencias que han vivido de manera pasiva en situaciones activas. De este modo, convierten el dolor en placer al darle un desenlace positivo a sus vivencias. Mediante un acto simbólico con objetos, el niño/a logra calmarse a sí mismo y superar sentimientos de miedo y pérdida (Reynoso, 1980).

6.1.5 FUNCIONES DEL JUEGO EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA

Según Morosi (2022), el juego desempeña un papel fundamental en oncología pediátrica, cumpliendo diversas funciones:

Obtener y dar información: Es fundamental proporcionar información en el contexto del cáncer pediátrico para evitar que el niño elabore interpretaciones erróneas o fantasiosas que puedan generarle ansiedad. Incluso si el niño no solicita detalles sobre su enfermedad, es importante ofrecerle explicaciones adaptadas a su nivel de comprensión y capacidad de

asimilación. De este modo, se evita sobrecargarlo con datos excesivos o brindarle información que aún no está en condiciones de procesar, sin generar temor.

Es por esto que el juego resulta valioso en dos sentidos: por un lado, ayuda a generar un ambiente más seguro y menos intimidante que una conversación directa; por otro, proporciona escenarios lúdicos que permiten representar, de forma amena y comprensible, distintos aspectos de la enfermedad y el tratamiento que el niño necesita comprender.

A su vez, el juego terapéutico se ha utilizado tradicionalmente en la psicoprofilaxis quirúrgica. Cuando un niño debe someterse a una cirugía, un profesional le proporciona información sobre el procedimiento empleando juguetes que representan los distintos elementos del quirófano, como la mascarilla, la aguja o la máscara de anestesia. El propósito de esta estrategia, es disminuir la ansiedad que surge ante la incertidumbre sobre lo que ocurrirá antes, durante y después de la intervención. Además, este enfoque permite incorporar pautas sobre cómo el niño puede afrontar situaciones que le generen ansiedad (Morosi, 2022).

Favorecer la expresión subjetiva de estados internos: El juego facilita la expresión emocional al ayudar a liberar el malestar y disminuir la tensión física que puede generarse al reprimir ciertas emociones. De este modo, permite que el niño exteriorice su experiencia de manera más natural y saludable. El valor terapéutico del juego no solo reside en que el niño pueda expresar lo que siente, sino también en la oportunidad de ser escuchado y comprendido en un entorno que valida y contiene sus emociones. Con frecuencia, el contexto familiar y hospitalario limita la expresión afectiva de los niños, sin embargo, jugar con un terapeuta, les permite manifestar sus sentimientos sin temor a provocar preocupación o incomodidad en los adultos. Estos espacios de juego terapéutico ofrecen un ambiente seguro, basado en la aceptación incondicional y la comprensión.

Cuando el niño expresa emociones intensas a través del juego, su forma de jugar y el uso de los materiales tienden a volverse menos controlados. Es común que los dibujos se realicen con una energía inusualmente fuerte, que los muñecos sean manipulados con mayor brusquedad y que el tono de voz se eleve considerablemente. En algunos casos, el niño puede gritar o arrojar materiales como parte de su manera de exteriorizar sus sentimientos (Morosi, 2022).

Favorecer procesos de adaptación y resolución de problemas: El juego ofrece un lenguaje y un espacio ideal para que el niño explore formas de afrontar las dificultades que surgen a raíz de su enfermedad. A través de las escenas que recrea, expresa directamente sus preocupaciones y se le puede animar a representar la situación que le genera temor, ya sea como

la imagina o como realmente ocurrió, y luego guiarlo para construir desenlaces alternativos con resultados más positivos. Mediante el juego, el niño tiene la posibilidad de avanzar y retroceder, acercarse y distanciarse de la experiencia, lo que le ayuda a regular sus emociones y a sentirse más en control, y es precisamente la dimensión lúdica la que facilita la integración de la realidad (Morosi, 2022).

Teniendo en cuenta estas funciones, podemos afirmar que en este contexto de internación el juego “es un recurso terapéutico eficaz para promover la continuidad del desarrollo integral del niño y su calidad de vida, garantizando el acceso al derecho a jugar como así también abordar el impacto emocional potencialmente traumático que el tratamiento genera” (Morosi, 2022, p. 189).

En esta misma línea, González Chávez (2024) profundiza en el valor simbólico del juego, señalando que el mismo:

[...] Representa para el paciente oncológico una función reparadora, que busca continuamente el restablecer las vivencias traumáticas propias de la lucha contra el cáncer, siendo a partir de la simbolización del juego que el paciente busca la protección para sí mismo ante la angustia persecutoria de muerte; es decir, si el paciente oncológico logra la creación de sus fantasías en el juego, este logrará el manejo de la angustia, resignificará e integrará la enfermedad a su realidad dando paso a un desarrollo emocional sano, aun con la huellas que deje en él la lucha contra el cáncer. (pp. 70-71)

6.2 EL NIÑO/A EN CONTEXTO DE INTERNACIÓN

Según Silva Panez (2012), la enfermedad es una condición a la que todos estamos expuestos desde el nacimiento y representa un periodo de crisis, especialmente cuando requiere hospitalización. Esta situación provoca malestar, sensación de incertidumbre, pérdida de control y carencias. Cuando un niño enferma, enfrenta la pérdida de su bienestar físico, emocional y social, lo que genera diversas reacciones y experiencias que debe aprender a afrontar.

Villanueva (2009) plantea que, toda enfermedad y hospitalización genera en el niño un estado de tensión psicológica y un malestar general, ya que este proceso implica períodos de reposo, administración de medicamentos, dietas específicas y tratamientos médicos que pueden ser más o menos invasivos. Además, representa una "crisis accidental" que lo separa de su entorno cotidiano y lo expone a una situación desconocida, percibida como amenazante. Esto se debe a que la hospitalización conlleva el riesgo de perder aportes básicos relacionados con la estimulación, la vida familiar, la educación, el grupo de pares, entre otros.

Por otra parte, siguiendo a la autora, los niños dan significado y valor simbólico a lo que viven según su etapa evolutiva, fantasías e historia personal. Entre los dieciocho meses y los tres años, una de sus principales fuentes de angustia es el miedo a perder a su figura de apego que ya perciben internamente como alguien esencial para cubrir todas sus necesidades. Dado que su supervivencia depende principalmente de la madre, cualquier intervención médica, especialmente si implica dolor, puede desencadenar angustia de abandono y episodios de intenso temor. Como resultado, los logros yoicos que se habían instaurado suelen ser los más propensos a perderse.

Entre los tres y cinco años, se da la conflictiva edípica, en la cual los miedos de los niños hospitalizados suelen estar relacionados con la posible mutilación de su cuerpo o daño. En este período, cualquier sentimiento de culpa derivado de conductas como la desobediencia, la rivalidad con hermanos o padres, e incluso la exploración corporal, puede intensificarse si el niño asocia la enfermedad con una consecuencia de sus acciones. Como resultado, las intervenciones médicas pueden percibirse como un castigo, lo que puede provocar resistencia al tratamiento o incluso un agravamiento.

Más adelante, durante la etapa de latencia, persiste el miedo al daño físico como una fuente de ansiedad. En este período, los intereses edípicos van perdiendo relevancia, dando paso a un mayor desarrollo de mecanismos que facilitan el aprendizaje, especialmente aquellos de carácter obsesivo. Por ello, proporcionar información clara y adecuada puede contribuir a reducir la ansiedad en los niños (Villanueva, 2009).

Teniendo en cuenta al niño/a en contexto de internación, podemos decir que uno de sus derechos es que durante la misma le permitan jugar y disponer de libros, material lúdico y medios audiovisuales acordes a la edad. Los niños necesitan seguir jugando ya que esto le permite dejar atrás por un momento la identidad de "niño enfermo" y puede convertirse en quien deseé, sin que esto implique desconocer su realidad (Silva Panez, 2012).

Por tanto, el juego es considerado un derecho en diversas declaraciones internacionales,

así como en el contexto de los derechos de los niños/as hospitalizados, especialmente aquellos diagnosticados con enfermedades que ponen en riesgo su vida, como la enfermedad oncológica (Morosi, 2022).

6.3 ENFERMEDAD ONCOLÓGICA EN NIÑOS/AS

El cáncer es una enfermedad evolutiva que provoca alteraciones en múltiples dimensiones, lo que resulta en un deterioro progresivo de la calidad de vida de la persona debido a cambios a nivel psicológico, físico, social y emocional. Esta enfermedad no solo afecta al paciente, sino que también repercute en su entorno familiar y social, provocando modificaciones significativas en la vida de cada uno y llevando a nuevas responsabilidades (Toro Moncada y Pérez-Villa, 2021).

El cáncer pediátrico es aquel que afecta particularmente a niños y adolescentes y constituye un conjunto de enfermedades, cada una con su propio tratamiento y sus propias posibilidades de curación (Deasy Spinetta et al., s.f.).

Según la Fundación Natalí Dafne Flexer (2025), “La Leucemia es el tipo de cáncer más frecuente en los niños y se origina en la médula ósea, donde se encuentran las células hematopoyéticas progenitoras, células madre que fabrican los componentes de la sangre”. Entre los subtipos más comunes, se encuentra la Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA), que se caracteriza por el crecimiento desmedido de células blancas inmaduras en la médula ósea y en la sangre, con capacidad de invadir otros tejidos del cuerpo (Jiménez-Morales, Hidalgo-Miranda y Ramírez-Bello, 2017).

Retomando a la Fundación Natalí Dafne Flexer (2025), el segundo tipo de cáncer infantil más frecuente son los Tumores Cerebrales o Tumores del Sistema Nervioso Central (SNC) que tienen la capacidad de extenderse dentro del propio sistema nervioso, afectando otras regiones del cerebro o la médula espinal, aunque es poco común que se propague a otras zonas. Casi la mitad de los tumores cerebrales son astrocitomas o gliomas, que se desarrollan

en las células gliales, encargadas de proteger y sostener a las neuronas. Estas células forman el tejido de apoyo del cerebro y la médula espinal, por lo que los tumores pueden presentarse en distintas áreas de ambos.

A su vez, menciona que otro tipo de cáncer que afecta a los niños son los Tumores Óseos y, entre los más comunes, se encuentran el Osteosarcoma y el Sarcoma de Ewing. El primero afecta con mayor frecuencia a varones y suele localizarse en los huesos largos, especialmente cerca de la rodilla o el hombro. En cambio, el Sarcoma de Ewing se presenta principalmente en los huesos del esqueleto axial, como la columna, las costillas o la pelvis, y cuando afecta a huesos largos, generalmente se ubica en su zona media.

Además de los más frecuentes, en la infancia también pueden aparecer otros tipos de cáncer, como los Linfomas, los Tumores Embrionarios y los de Células Germinales, entre otros, aunque su incidencia es menor (Fundación Natalí Dafne Flexer, 2025).

Siguiendo a Pitillas Salvá (2012), el cáncer infantil representa un desafío psicológico significativo, ya que requiere que el niño comprenda su enfermedad y el tratamiento, a pesar de su temprana edad y de su limitado conocimiento sobre el funcionamiento del cuerpo y la Medicina. Además, implica que el niño dé sentido a esta experiencia y la incorpore en la construcción de su identidad. Esta enfermedad también demanda la expresión y gestión de una variedad de emociones que, por su intensidad o naturaleza, pueden ser desconocidas.

A su vez, el autor afirma que:

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. Estas 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. (p. 148)

Tomando esto, Medín y Méndez (2007) enfatizan que el niño/a que sufre de cáncer enfrenta diversas situaciones de sufrimiento, tanto debido a la enfermedad como a los tratamientos que implican procedimientos invasivos que generan dolor y provocan una fuerte reacción en el cuerpo frente al estrés. Según González Chávez (2024), “En cualquier tipo de tratamiento contra el cáncer, el menor se verá expuesto a un contexto hostil por las implicaciones propias del método médico, las cuales llevan [...] la hospitalización, medicación, y/o cirugía” (p. 58).

Podemos decir entonces, que el diagnóstico de cáncer es una experiencia que genera miedo, desesperanza y ansiedad y la adaptación a las exigencias del tratamiento puede resultar

difícil por lo que requiere tiempo y apoyo del entorno. Además, la comprensión de la enfermedad y del tratamiento estará influenciada por la etapa del desarrollo en la que se encuentre el paciente, por su personalidad y por la manera en que sus padres o cuidadores traten el tema. En líneas generales, los niños/as más pequeños suelen enfocarse en el aquí y ahora y su experiencia de la enfermedad se refleja en lo que vivencian, en cambio, los más grandes tienen la capacidad de comprender la seriedad de su enfermedad, lo que puede intensificar su angustia y miedo (Medín y Méndez, 2007).

Esta enfermedad lleva a la hospitalización prolongada extrayendo al niño/a de su entorno habitual, colocándolo en un ambiente desconocido que interfiere con toda su cotidianidad y lo ubica en una situación de vulnerabilidad que lo lleva a depender de terceras personas extrañas. Además, interrumpe de manera breve o prolongada su escolaridad y limita su tiempo libre y su vida social lo que da lugar a un estado emocional que puede influir positiva o negativamente en la recuperación de su enfermedad (Silva Panex, 2012).

Según Villanueva (2009), “la enfermedad y la internación son para el niño una situación potencialmente traumática” (p. 215).

En este sentido, cabe introducir el concepto de trauma, que según Tarrab (2005):

Eso que llamamos “traumático”, eso que cambia una vida de un solo golpe, a veces, y que va por lo general acompañado del estupor o de la angustia, puede interrumpir, por supuesto, a partir de situaciones terribles a las que estamos expuestos en la vida cotidiana, pero también sabemos que esa no es una condición para que un acontecimiento sea trauma. No es necesaria la guerra, el terror o el Cromagnon para que un sujeto se vea expuesto a algo que traumatiza su existencia. (p. 59)

Es por ello que, aunque la internación y la enfermedad irrumpen abruptamente en la vida de los niños, sin darles tiempo para elaborar simbólicamente lo que ocurre, no necesariamente estas situaciones se traducirán en trauma para todos, ni serán vivenciadas de la misma manera. Asimismo, puede optarse por pensar en el término *disruptivo* en lugar de *traumático*, que refiere a "todo evento o situación con la capacidad potencial de irrumpir en el psiquismo y producir reacciones que alteren su capacidad integradora y de elaboración" (Benyakar, 2016, p. 14). Es por ello que, estas situaciones pueden generar efectos significativos en el niño, aún sin ser consideradas estrictamente traumáticas, sino más bien como una irrupción en su cotidianidad.

6.4 LUDOTECA MÓVIL

Considerando lo expuesto en los apartados anteriores, es fundamental que los niños y niñas continúen jugando, incluso en el contexto de internación, ya que el juego no solo les brinda beneficios, sino que también cumple diversas funciones esenciales en su desarrollo y bienestar. Por esta razón, en el entorno hospitalario se incorporan dispositivos como las denominadas "ludotecas móviles".

La palabra "ludoteca" deriva del latín *ludus*, que significa juego o juguete, y del griego *theke*, que significa cofre o caja. Se define como el "lugar donde el niño puede obtener juguetes en forma de préstamos, además se le permite un espacio donde puede jugar por medio de un juguete con la ayuda de un animador infantil o un ludotecario" (Preciado, Ortiz y Arias, 2011, citado en Pineda, 2017, p. 114).

Según Morosi (2022) las ludotecas se distinguen por su flexibilidad, ya que permiten crear espacios de juego terapéutico en lugares y momentos específicos dentro del hospital. Son una opción útil y efectiva cuando la infraestructura del hospital no dispone de un área específica, como una sala de juegos. Además, su principal ventaja radica en su movilidad y dinamismo, lo que le permite desplazarse fácilmente por las distintas áreas que el niño recorre durante su tratamiento en el hospital.

Siguiendo a la autora, estos dispositivos móviles pueden incluirse en tres áreas: En el área de hospitalización, en el área de hospital de día y en las salas de espera. Particularmente, en la primera lo que se busca es brindar apoyo al niño dentro de la sala de internación, centrándose en los efectos derivados de los tratamientos prolongados en el hospital.

Por otro lado, Morosi (2022) afirma que:

Los dispositivos de Sala de Juegos y Ludoteca Móvil tienden a vitalizar y humanizar la infraestructura hospitalaria percibida en general como aséptica, fría, amenazante y atemorizante, para tornarla más cálida y confortable, donde el dolor, el sufrimiento y los temores puedan ser alojados y creativamente transformados. (p. 203)

Asimismo, Pineda (2018) enfatiza que: "Las ludotecas móviles permiten llevar

diversión, alegrías y días de juegos a niños que se encuentran en la necesidad de un espacio recreativo-lúdico, desarrollando su imaginación, creatividad y diversión [...]” (p. 61).

Estos espacios de juego destinados a niños y niñas hospitalizados son de participación voluntaria, lo que les permite aceptar o rechazar la propuesta según su voluntad. De esta manera, se respeta la autonomía del niño/a, permitiéndole adoptar un papel activo frente a la situación que está viviendo ya que esta capacidad de elección es poco común en este contexto, lo que facilita un cambio de la obligación de seguir indicaciones a la posibilidad de elegir y expresar deseos (Morosi, 2022).

**7. MODALIDAD DE
TRABAJO**

El presente trabajo se constituye bajo la modalidad que se denomina “Sistematización de Experiencia de Práctica” que el autor Jara Holliday (2011) define como un proceso que implica reflexionar e interpretar de manera crítica acerca de una práctica determinada partiendo de la misma. Este proceso refiere a la reconstrucción y organización de aquellos factores subjetivos y objetivos que intervinieron en esa experiencia en particular y con esto se busca extraer aprendizajes valiosos y compartirlos con otros. Esto último, da cuenta de que es importante entender cuáles aspectos de nuestra práctica educativa y experiencias fueron relevantes y cuáles no para reflexionar sobre cómo podemos mejorar nuestras intervenciones y así también ofrecer a otros la oportunidad de aprender de nuestros aciertos y evitar que se repitan nuestros errores en situaciones similares (Pérez de Maza, 2016).

Por otro lado, según García y Tirado (2010), “la sistematización no se refiere a cualquier acción, sino a la que tiene lugar en el marco de proyectos y programas de desarrollo, es decir, de intervenciones intencionadas, con objetivos de transformación de la realidad” (p. 100) y “requiere de sujetos autónomos capaces de plantearse problemas, de aplicar sus saberes sin aferrarse a los conocimientos tradicionales” (Ghisio, 2006, como se citó en García y Tirado, 2010, p. 102).

Para este propósito, el autor Jara Holliday (2013) presenta una propuesta metodológica en la que detalla, paso a paso, cómo llevar a cabo la sistematización. Esta propuesta se compone de cinco tiempos, cada uno de los cuales orienta su desarrollo de manera clara y ordenada.

El proceso inicia con el *punto de partida*, donde es fundamental haber formado parte, de alguna manera, de la experiencia a sistematizar. Además, resulta clave mantener un registro constante de los hechos ocurridos a lo largo de la experiencia y resguardar dicha información.

El segundo tiempo refiere a *las preguntas iniciales*, que consiste en establecer el objetivo de la sistematización y delimitar el objeto de estudio, seleccionando la experiencia o experiencias específicas a analizar. Cabe aclarar que no se pretende abarcar la totalidad del proceso desde sus inicios hasta el presente, sino centrarse en aquellos aspectos más significativos y pertinentes para el propósito de la sistematización. A continuación, es necesario elaborar un plan para la sistematización, en el cual se debe especificar qué temática se seleccionará, qué aspectos principales se abordarán y cuáles se dejarán fuera. También es importante identificar las fuentes de información disponibles y los procedimientos que se seguirán dentro de un tiempo determinado.

Siguiendo al autor, el tercer tiempo corresponde a *la recuperación del proceso vivido*, que implica reconstruir de manera detallada la historia de la experiencia y organizar toda la

información obtenida. Este ejercicio debe ser descriptivo y narrativo, adoptando una postura objetiva o neutral para evitar realizar interpretaciones

El cuarto tiempo refiere a las *reflexiones de fondo* donde es necesario llevar a cabo un análisis y síntesis sobre lo vivido en la experiencia, adoptando una postura crítica y planteando interrogantes. Aquí lo que se busca además es contrastar las reflexiones generadas a partir de esta experiencia con enfoques o conceptos teóricos (Jara Holliday, 2013).

Finalmente, el quinto momento corresponde a los *puntos de llegada* en donde “Se trata de arribar a las principales afirmaciones que surgen como resultado del proceso de sistematización” (Jara Holliday, 2013, p. 12). Dichas afirmaciones, representan un punto de partida para nuevos aprendizajes, por lo que pueden generar interrogantes abiertos, ya que no se trata de conclusiones “finales”. A su vez, en este punto se debe dar respuesta a los objetivos planteados y por último deben transmitirse los aprendizajes de manera que puedan ser compartidos (Jara Holliday, 2013).

7.1 CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS

La población seleccionada para esta sistematización de experiencia está conformada por 5 (cinco) niños y niñas que atraviesan una enfermedad oncológica, cuyas edades oscilan entre los 7 (siete) meses y los 8 (ocho) años. Al momento de transitar la experiencia, los pacientes se encontraban internados en el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, específicamente en la Sala de Onco-Hematología (SIP 200), debido a distintas razones vinculadas al manejo y tratamiento de su enfermedad.

El seguimiento de los pacientes en esta sala se llevó a cabo a través de la implementación del Programa Ludoteca Móvil, desarrollado los días martes y miércoles por la mañana, en el horario de 10:00 a 12:00 am. Durante estas jornadas, se acudió a la habitación de cada niño y niña con el fin de invitarlos a participar en una actividad lúdica, considerando previamente su estado de salud del día (informado por el equipo médico), así como también su interés y

predisposición para sumarse. Por este motivo, la participación en el programa fue totalmente voluntaria y se adecuó a las particularidades, necesidades y deseos de cada paciente.

Asimismo, cada quince días, en el período comprendido entre agosto y noviembre, se realizaron reuniones de supervisión los días jueves, con la participación de todo el equipo de salud mental que integra el Programa Ludoteca Móvil. En estos encuentros, cada miembro del equipo compartía detalles sobre la interacción con los pacientes, mientras que la psicóloga brindaba información complementaria acerca de ellos, además de proponer herramientas y estrategias para las próximas intervenciones.

A continuación, se presenta la Tabla 1, donde se detallan los casos seleccionados para esta sistematización. Con el objetivo de resguardar la identidad de los pacientes, se han utilizado nombres ficticios y únicamente se ha consignado su edad.

Tabla 1
Casos seleccionados

CASO	EDAD	DIAGNÓSTICO
Agustín	7 (siete) meses	Astrocitoma
Thiago	3 (tres) años	Leucemia Linfoblástica Aguda Tipo B
Bruno	6 (seis) años	Osteosarcoma
Olivia	7 (siete) años	Leucemia Linfoblástica Aguda Tipo B
Martina	8 (ocho) años	Sarcoma de Ewing

7.2 TÉCNICAS UTILIZADAS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Para reunir la información necesaria y abordar los objetivos de este trabajo, además de la revisión de literatura pertinente, se emplearon distintas técnicas metodológicas, tales como la observación participante, el registro de campo y el acceso a las historias clínicas de los pacientes.

En primer lugar, la observación participante implica, por un lado, observar de manera sistemática y controlada todo lo que ocurre alrededor del investigador y, por otro, involucrarse en las actividades realizadas por la población estudiada para registrar información de aquello que se observa desde un lugar más cercano (Guber, 2001). Durante las Prácticas Profesionales Supervisadas, esta fue la técnica más empleada, ya que permitió recabar información valiosa para la elaboración de este trabajo. Esto fue posible gracias a la implementación del Programa Ludoteca Móvil dentro de las habitaciones de cada paciente de la SIP 200. Por lo tanto, esta proximidad favoreció una experiencia más rica y significativa para el análisis.

Por otra parte, como señala Jara Holliday (2013), “Es fundamental que se vayan realizando y guardando registros de lo que acontece durante la experiencia” (p. 8). En el marco de esta práctica profesional, los registros de campo funcionaron como una herramienta clave para documentar no solo lo que ocurría en los encuentros con los pacientes (lo observable), sino también las impresiones, emociones y aspectos subjetivos que se ponían de manifiesto. Gracias a estos registros, fue posible reconstruir cada experiencia, tanto en los casos de participación activa como en aquellos en los que los niños/as decidieron no participar.

Finalmente, para recabar información adicional, se accedió a las historias clínicas de los pacientes, lo que permitió obtener detalles sobre las evoluciones diarias registradas por los profesionales de la salud de cada niño/a, abarcando tanto lo físico como lo anímico.

7.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

La utilización de las técnicas mencionadas durante la Práctica Profesional Supervisada y la elaboración del trabajo se sustentaron en los principios generales y normas deontológicas establecidos en el Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba y en el Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (FePRA).

En primer lugar, se destaca el principio de Respeto por la Dignidad de la Persona y de los Pueblos, el cual abarca valores asociados como el respeto por los derechos humanos, la diversidad, las costumbres y creencias, la confidencialidad y privacidad de la información personal, así como el derecho a la libre elección, a la autonomía, al acceso a la información y a ser tratado con equidad y justicia (Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba, 2013).

Asimismo, durante las intervenciones se tuvo en cuenta el principio de secreto profesional, el cual establece que “los psicólogos tienen el deber de guardar secreto asegurando así la confidencialidad de todo conocimiento obtenido en el ejercicio de la profesión” (Federación de Psicólogos de la República Argentina [FePRA], 2013, p. 6). En este sentido, se garantizó la protección de la identidad de cada paciente, así como la confidencialidad de la información recabada en cada encuentro.

Además, se hizo uso del consentimiento informado, el cual implica proporcionar información clara acerca de las intervenciones, y esta obligación se basa en el respeto a la autonomía. El consentimiento se considera válido cuando es otorgado de manera voluntaria por los sujetos, quienes deben tener la capacidad para comprender las implicaciones del acto (Federación de Psicólogos de la República Argentina [FePRA], 2013).

Respecto a esto último, el Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba (2013) establece que “en los casos en los que las personas involucradas no se encuentren en condiciones legales, intelectuales, evolutivas o emocionales de brindar su consentimiento, los psicólogos deberán ocuparse de obtener el mismo de los responsables legales, de acuerdo a las normativas vigentes” (p. 6). Por lo tanto, en este caso, durante la Práctica Profesional Supervisada se solicitó el consentimiento de los padres o cuidadores para involucrar a los pacientes en el Programa Ludoteca Móvil, teniendo en cuenta que todos eran menores de edad.

Siguiendo este principio, toda la información y los datos obtenidos durante la práctica a

través de observaciones participantes, registros de campo e historias clínicas se recabaron bajo estas normas y principios para garantizar la protección de los sujetos involucrados.

**8. ANÁLISIS DE LA
EXPERIENCIA**

8.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO

Desde el primer momento en que supe que iba a realizar las prácticas profesionales durante el año 2024, me acompañaron muchas sensaciones, entre ellas entusiasmo, un poco de nervios, y un montón de expectativas.

Recuerdo el inicio de este trayecto, durante las primeras semanas del mes de marzo en la universidad, cuando tuvimos la primera reunión informativa de la cátedra “Prácticas Profesionales Supervisadas”, en donde nos indicaron que debíamos armar una carpeta para presentar a los directivos como parte del proceso previo. Ese fue el primer paso concreto hacia lo que ya empezaba a vivirse como una etapa importante.

En las semanas siguientes, fuimos convocados a entrevistas con los profesionales de los diferentes contextos, para que cada estudiante pudiera ser asignado a un lugar de práctica según su perfil, rendimiento académico e intereses. Así, en la tercera semana del mes de abril, volvimos a ser citados a la universidad para que los directivos nos comunicaran los resultados de las asignaciones. Recuerdo que esas semanas previas a conocer la institución que me había tocado, me encontraba muy ansiosa con muchos deseos de iniciar y de entrar en terreno, más allá del lugar en sí, el hecho de haber podido llegar a esta instancia ya significaba un gran logro para mí. Si bien mis preferencias iban hacia el contexto clínico o jurídico con población infanto-juvenil, no me preocupaba porque sabía que iban a elegir el lugar adecuado para mí.

Finalmente, fui seleccionada para el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, dentro del contexto clínico, y esta noticia me llenó de alegría. A pesar de no tener conocimiento previo sobre la institución ni contar con referencias de otros estudiantes, esta oportunidad fue especial, ya que representaba el inicio del primer convenio entre la universidad y la institución, convirtiéndome en la primera estudiante que recibían allí. Además, la posibilidad de trabajar con niños, niñas y adolescentes iba a enriquecer profundamente mi formación, por lo que sentí que había quedado en el lugar indicado.

A finales del mes de mayo, asistí por primera vez al hospital y, para ese primer día, me habían citado a media mañana en el Servicio de Salud Mental. Recuerdo que me costó encontrarlo, ya que el edificio es bastante grande, con muchos pasillos y sectores que aún me resultaban desconocidos. Finalmente, tras algunas vueltas, logré llegar y allí una de las licenciadas me presentó a quien iba a ser mi referente institucional.

Me recibió con mucha amabilidad, me comentó acerca del funcionamiento del servicio, un poco de historia del hospital y me presentó a quienes conforman el equipo de salud mental, compuesto por profesionales con un gran recorrido y residentes de diferentes disciplinas. Recibí una cálida bienvenida por parte de todos, ya que se tomaron un momento para presentarse, compartir sus roles y, sobre todo, para hacerme sentir parte del equipo.

Casualmente, ese día se daba una situación especial en el servicio, ya que estaban realizando una pequeña despedida para una profesional que se jubilaba, y me invitaron a participar del desayuno compartido que le habían organizado. Ese gesto, tan sencillo como significativo, me ayudó a transitar con mayor tranquilidad los nervios y las incertidumbres propias del inicio, de no saber qué iba a hacer, si me asignarían actividades o cómo me integrarían.

A lo largo de este día, uno de los licenciados se propuso a darme un recorrido por todo el hospital y luego me ofreció acompañarlo a la Unidad de Terapia Intensiva y Unidad Coronaria y aquí tuve mi primera experiencia atendiendo, junto con este psicólogo, interconsultas que habían solicitado los médicos al Servicio de Salud Mental. Aquí, pude tomar conocimiento del funcionamiento y la dinámica de las mismas, así como del rol que cumple el profesional en este espacio, tanto para los pacientes como para sus familias.

Esa primera jornada fue muy movilizante, ya que me encontré de golpe con realidades que, por ahí, uno no llega a dimensionar hasta que las observa de cerca. En este primer acercamiento, no solo estuve en contacto con niños, niñas y adolescentes, sino también con bebés que se encontraban internados por distintas razones.

Una vez iniciada la práctica, al comienzo me resultó difícil enfrentar algunas de las situaciones que presenciaba, ya que la angustia era inevitable frente a historias tan complejas y pacientes en estado crítico o en riesgo de vida.

Particularmente, las primeras interconsultas en la Unidad de Terapia Intensiva, caracterizada por sonidos constantes de monitores y una tensión generalizada en el ambiente, me resultaron abrumadoras. Sin embargo, con el paso del tiempo y el acompañamiento del equipo, fui adquiriendo herramientas para sobrellevar esas situaciones y acompañar a los pacientes y a sus familias brindando escucha y contención, sin perder de vista el rol que me tocaba ocupar como practicante.

A medida que fui sumándome a distintas actividades y dispositivos, comencé a conocer nuevas dinámicas de trabajo. En el mes de junio, participé del “Dispositivo Interdisciplinario de Desarrollo”, y pude conocer otros casos desde la perspectiva de distintos profesionales. Así

también, pude percibir cómo el Equipo de Salud Mental sostiene frente a estos casos la idea de un pensar entre todos las distintas intervenciones que pueden plantearse en la trayectoria de cada paciente, teniendo una mirada interdisciplinaria que beneficia en varios aspectos al tratamiento.

También, tuve la oportunidad de participar de un evento del Programa Pie Bot, en conmemoración del “Día Mundial del Pie Equino varo Aducto Congénito”. Allí, además de aprender sobre esta condición, observé cómo el Equipo de Salud Mental interviene realizando talleres con aquellos niños/as y sus cuidadores y fue otra forma de entender cómo se construyen espacios de cuidado, más allá de la intervención clínica tradicional.

Siguiendo un poco más, a lo largo del recorrido por las Salas de Internación Pediátricas, observé cómo el hospital acoge no solo al menor hospitalizado, sino también a su familia, quienes muchas veces se ven profundamente afectados emocionalmente. Noté que el equipo les ofrece contención y un espacio para expresarse, permitiéndoles aliviar parte de la carga que llevan. Muchos padres o cuidadores llegan con la necesidad de mostrarse fuertes, reprimiendo sus emociones, pero cuando encuentran la posibilidad de poner en palabras sus miedos, preocupaciones o angustia comienzan a transformarse, y pueden así estar más presentes para los menores que acompañan.

En varias oportunidades, este espacio de escucha también es un canal para el enojo, la frustración y el agotamiento de los familiares, sobre todo de aquellos que tienen a sus hijos o parientes internados durante largos períodos. Esto se agrava en el caso de personas que vienen desde el interior de Córdoba o de otras provincias y deben cambiar por completo su rutina, durmiendo en la habitación de un hospital y pasando los días fuera de su hogar.

Asimismo, he notado que la hospitalización puede reactivar experiencias emocionales pasadas en los familiares, ya sea porque han vivido situaciones complejas con seres queridos en un hospital o porque han atravesado internaciones anteriores con otros hijos. Dependiendo del caso, esto puede generar sentimientos de angustia, ansiedad y temor, o bien despertar esperanza y fe en el tratamiento.

La internación también puede impactar en los propios pacientes, quienes muchas veces manifiestan una sensación de pérdida de autonomía e intimidad. La constante presencia de profesionales en sus habitaciones, el miedo a procedimientos dolorosos y el extrañar sus hogares se hacen presentes en sus relatos. En estos casos, se solicitan interconsultas con el equipo de salud mental para acompañar durante estos procesos y brindar herramientas para que puedan afrontarlo. Sin embargo, a veces se puede ver la situación contraria, en donde hay

pacientes que prefieren estar internados porque el hospital les ofrece cuidados o comodidades que no tienen en su casa. Esa dualidad en las experiencias me permitió ver con mayor claridad la complejidad emocional que atraviesan los niños/as y adolescentes hospitalizados.

Hacia mediados del mes de junio, una de las psicólogas del equipo me ofreció la posibilidad de acompañarla a los Consultorios Externos para observar las sesiones de un caso en el que estaba interviniendo la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia (SeNAF), debido a una sospecha de abuso sexual.

Este primer acercamiento a los Consultorios Externos me permitió identificar diferencias significativas en la dinámica de trabajo respecto de las salas de internación, especialmente en relación a los modos de intervención y los protocolos que se activan ante situaciones de alta complejidad. Al mismo tiempo, me enfrentó a otra de las realidades de las infancias atravesadas por vulneraciones de derechos, lo que me hizo tomar mayor conciencia de la formación y el posicionamiento ético que se requieren para intervenir adecuadamente en estos casos.

Con el transcurso de las semanas, continué desempeñándome como observadora participante en diversos casos de niños, niñas y adolescentes en el ámbito de Consultorios Externos, acompañando a distintos profesionales. Estas experiencias, me brindaron aprendizajes valiosos y me permitieron observar diferentes estilos, formas de intervención y abordaje. En ese mismo período, se incorporaron al equipo otras practicantes provenientes de la Universidad Nacional de Córdoba, con quienes compartimos espacios de intercambio muy enriquecedores, ya que tuvimos la posibilidad de rotar por distintos sectores del hospital y nutrirnos mutuamente a partir de nuestras vivencias.

En este período, además, tuve la oportunidad de acompañar uno de los casos más complejos que se presentaron en el hospital y que, sin dudas, fue el que más me movilizó a nivel personal. Se trataba de una pequeña que había sufrido un accidente ferroviario y debió ser sometida a una doble amputación de piernas. Junto al psicólogo que intervenía en su seguimiento, estuve presente en distintos momentos de su proceso, presenciando tanto sus avances como sus recaídas. La visitábamos con regularidad, le llevábamos material lúdico, y procurábamos brindarle contención tanto a ella como a su familia, acompañando de cerca una situación de extrema complejidad emocional y clínica. Este caso, me permitió observar la gran unión que existe entre el Equipo de Salud Mental, los médicos y el personal de enfermería, evidenciando el trabajo interdisciplinario y en red entre todos los profesionales de la salud.

Poco a poco, comencé a tener una participación más activa en las intervenciones y me

sentí cada vez más integrada al equipo. Acompañé un mayor número de casos, siempre con la guía y el acompañamiento de profesionales, y empecé a rotar por otras áreas y servicios, lo que me permitió conocer todas las Salas de Internación Pediátricas, así como otros espacios significativos del hospital, como la Casa de Ronald McDonald y la Escuela Hospitalaria Atrapasueños. Simultáneamente, comencé a involucrarme en ateneos, supervisiones y encuentros especiales. Uno de ellos, fue el evento organizado en conmemoración del “Día Mundial de la Salud Mental” en el que participé junto al equipo. Realizamos una actividad en el hall del hospital, lo cual nos permitió compartir y reflexionar sobre temas fundamentales relacionados con la salud mental.

Uno de los momentos más significativos de mi práctica diría que fue haberme incorporado al Programa Ludoteca Móvil, que se desarrolla en la SIP 200. Comencé asistiendo a reuniones, capacitaciones y leyendo material para conocer en profundidad el funcionamiento de esta sala. Esta instancia, fue fundamental para familiarizarme con las particularidades del trabajo con pacientes que atraviesan una enfermedad oncológica, así como con las intervenciones lúdicas y los dispositivos terapéuticos que allí se despliegan.

A mediados de agosto, luego de esta capacitación previa, tuve mi primer día en la Sala de Onco-Hematología y recuerdo con claridad la emoción que sentí. Fui convocada un miércoles por la mañana, junto con residentes de Psicomotricidad y Psicopedagogía, que también se sumaron al programa. En ese primer acercamiento, una de las psicólogas nos presentó a los pacientes que podían participar, de acuerdo a lo indicado en la pizarra de la sala de médicos, donde se emplean imanes de distintos colores para señalar su estado de salud del día. También nos explicó las medidas de protección necesarias, especialmente para aquellos pacientes en aislamiento. Fue una experiencia muy agradable y siento que ese día representó un gran comienzo.

Durante los meses que pasé en la sala, observé cómo los pacientes disfrutaban del espacio lúdico y cómo el juego se convertía en un lenguaje en sí mismo. En ese espacio, los niños/as y adolescentes podían expresar lo que sentían, resignificar su experiencia hospitalaria y reencontrarse con la risa y el disfrute. Para los padres o cuidadores, también resultaba un espacio valioso: algunos preferían retirarse de la habitación durante el espacio de ludoteca para despejarse, mientras que otros elegían compartir ese momento de juego con los pacientes. Asimismo, se podía observar cómo la rutina hospitalaria se volvía, por un rato, un poco más llevadera para todos los de la sala.

En este tiempo, asistí también a las supervisiones quincenales del Programa Ludoteca

Móvil, donde compartíamos experiencias, planteábamos dudas y recibíamos sugerencias sobre intervenciones con cada niño/a y adolescente para los próximos encuentros.

Fue en esos meses, gracias a este espacio, donde comencé a definir el tema de mi Trabajo Final Integrador. Había recorrido tantas áreas dentro del hospital que no sabía bien hacia dónde inclinarme, pero a medida que compartía más con estos pacientes durante esos encuentros, supe que este era mi lugar y que quería compartir la experiencia vivida allí. A partir de esto, comencé a observar cómo se desarrollaba el juego en este contexto en particular, y así fue como descubrí un camino que me llevó hasta aquí.

Finalmente, llegó el momento de cerrar esta etapa de práctica, por lo que organicé una despedida junto a parte del equipo, a través de un desayuno compartido. Fue una oportunidad para expresar unas palabras de agradecimiento y entregar unos presentes como muestra de mi gratitud, ya que me brindaron su tiempo y apoyo, contribuyendo a mi formación.

Luego, participé del cierre del Programa Ludoteca Móvil, donde entregamos a los pacientes certificados de participación, lápices, stickers y realizamos actividades con globos y porcelana fría en las habitaciones de cada niño/a y adolescente. Cada gesto y sonrisa fue una forma de sellar todo lo vivido, ya que tanto los pacientes como sus familias expresaron su agradecimiento por haber compartido esos momentos.

Ser parte de este programa representó un gran desafío para mí, ya que hubo momentos difíciles, noticias dolorosas y pacientes que, lamentablemente, ya no están entre nosotros. Sin embargo, a pesar del dolor que conllevan estas experiencias, formar parte del Programa Ludoteca Móvil fue uno de los aprendizajes más significativos de mi recorrido. Me llena de felicidad saber que, a través de estos pequeños encuentros, logramos sacar muchas sonrisas y aportar algo positivo en medio de la complejidad de la internación.

El 29 de noviembre fue la última vez que asistí al hospital, y me invadió una mezcla de emociones. Por un lado, sentía alegría por haber aprendido de grandes profesionales y estar en la recta final de mi carrera, pero por otro, aparecía cierta nostalgia. Ese día, atendí junto a una de las psicólogas a la última paciente en Consultorio Externo, quien, al finalizar la sesión se despidió y me abrazó con fuerza diciendo que me iba a extrañar, un gesto que siempre voy a recordar.

Me llevo de este hospital grandes experiencias vividas y aprendizajes que van más allá de lo académico. Lo compartido con cada equipo, con cada familia, con cada infancia y adolescencia, será lo que me acompañará y dará la base para mi futuro camino profesional.

8.2 ANÁLISIS Y SÍNTESIS

En este apartado se abordan los objetivos planteados en el presente Trabajo Integrador Final. El propósito es analizar el juego de los niños y niñas que atraviesan una enfermedad oncológica en la Sala de Onco-Hematología Pediátrica (SIP 200) del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, en el marco del Programa Ludoteca Móvil. Para ello, se articula la teoría expuesta en el punto 6 del trabajo, con la experiencia obtenida durante las Prácticas Profesionales Supervisadas.

Como se mencionó anteriormente, el análisis se realiza a partir de los registros obtenidos durante los encuentros con los pacientes que participaron en el programa. A partir de esto, se seleccionaron fragmentos significativos de las experiencias lúdicas, utilizando únicamente la información necesaria para responder a los objetivos específicos planteados, sin exponer cada caso en su totalidad.

Para abordar los tres objetivos, se trabajará con los juegos desplegados por 5 (cinco) pacientes que participaron en el programa. En primera instancia, para responder al primer objetivo, se describirán los tipos de juegos observados, caracterizando sus particularidades y la manera en que se desarrollan en el contexto de internación. A partir de estos juegos seleccionados, se abordará el segundo objetivo, con el fin de identificar las funciones del juego en cada niño/a. Finalmente, para el tercer objetivo, a partir de estos juegos anteriormente descritos y analizados, se indagará sobre los posibles efectos en los niños/as.

8.2.1 ¿A QUÉ JUGAMOS?

Siguiendo a la autora Morosi (2022), los procesos de enfermedad y tratamiento en el cáncer infantil tienen características muy particulares. Recibir un diagnóstico que pone en riesgo la vida y afrontar un tratamiento médico prolongado en el ámbito hospitalario representa una experiencia altamente estresante, marcada por transformaciones significativas que implican pérdidas y procesos de duelo. Además, la autonomía del niño/a se ve restringida, ya que no puede elegir el momento, la forma ni el lugar en que debe seguir el proceso de tratamiento, lo que genera sentimientos de vulnerabilidad e indefensión dentro de un entorno lleno de incertidumbre.

En este contexto, el juego se convierte en una herramienta terapéutica clave para favorecer el desarrollo integral del niño y mejorar su calidad de vida. Además de asegurar su derecho a jugar, el juego permite afrontar las repercusiones emocionales que el tratamiento puede generar, como miedo, angustia, ansiedad y diversas fantasías. De este modo, contribuye a mitigar posibles efectos negativos a nivel psicológico, cognitivo y conductual, brindando un espacio de expresión y contención durante el proceso de enfermedad (Morosi, 2022).

Para comenzar, en este primer objetivo se busca describir los distintos tipos de juegos que se despliegan en los niños/as que atraviesan una enfermedad oncológica en contexto de internación. Para responder a esto, es fundamental considerar las siguientes interrogantes: *¿Qué tipos de juegos se despliegan?, ¿Cómo se modifica el juego en contexto de internación?, ¿Qué limitaciones o adaptaciones surgen?*

Cabe destacar que, en este primer objetivo, se busca presentar un escrito puramente descriptivo que servirá como base para desarrollar un análisis más profundo en el segundo y tercer objetivo, considerando lo expuesto en este apartado.

8.2.1.1 ENTRE CABLES Y BATAS

Para iniciar el análisis es pertinente retomar los aportes de Piaget respecto de los tipos de juegos infantiles que se dan en general en los niños/as. En primer lugar, el autor menciona que, durante los primeros meses de vida, los bebés participan en *juegos de simple ejercicio*, los cuales consisten en “repetir actividades de tipo motor que inicialmente tenían un fin adaptativo, pero que pasan a realizarse por el puro placer del ejercicio funcional y sirven para consolidar lo adquirido” (Cortés Herrera y Tlaseca Campa, 2004, p. 43). Muchas acciones sensoriales y motoras terminan transformándose en una forma de juego. En esta etapa, no hay presencia de simbolismo, y aunque suele ser una actividad solitaria, en ocasiones los niños pueden interactuar con adultos mientras juegan.

A su vez, Zachetti (s.f.) menciona que en esta etapa “El primer centro de interés del niño es su propio cuerpo, porque tiene necesidad de moverse libremente y porque carece de posibilidades de acción sobre el mundo exterior” (p. 2). Es así como, los movimientos de sus dedos y manos constituyen las primeras formas de juego, lo que le lleva a tratar estas partes de su cuerpo como si fueran objetos de su entorno. A medida que crece, se siente atraído por nuevas sensaciones y objetos brillantes o sonoros, lo que lo lleva a explorar aún más su entorno. En este proceso, el niño gradualmente comienza a interesarse por los objetos que lo rodean.

Para ejemplificar este primer tipo de juego, se incluye a continuación una breve viñeta del encuentro con **Agustín (7 meses)**:

“La residente de Psicomotricidad iba marcando pautas posturales mientras jugaba con su cuerpo, por ejemplo, sacándole una media y luego la otra. El bebe respondía conectando la mirada y riendo, también jugaba con sus manos. Se fueron incorporando algunos juguetes que había a su alrededor, acompañando con canciones. En este caso, no consideramos necesario llevar material, ya que en su cuna había sonajeros colgando y peluches que utilizamos para el momento de juego. [...]Después de compartir unos minutos, notamos que el bebé comenzaba a incomodarse, por lo que decidimos dar por finalizado el encuentro. Nos despedimos con amabilidad y la mamá nos agradeció el espacio compartido” (Registro de práctica, semana del 28/08/24).

La observación de este encuentro es un claro ejemplo de cómo, en esta etapa, el juego se basa en la repetición de movimientos por placer y en la exploración sensorial, sin un fin simbólico, mientras el niño disfruta de la interacción con el adulto y va consolidando sus

habilidades motoras. Además, se evidencia el interés inicial del bebe por su propio cuerpo, ya que en la actividad realizada con la psicomotricista se observa cómo juega con sus manos y experimenta con su cuerpo. Estos movimientos no solo son parte de la actividad motora, sino que también representan el disfrute del niño al interactuar con su propio cuerpo, como si fuera un objeto de su entorno. A medida que se incorporan nuevos objetos, como los sonajeros y los peluches, el bebé comienza a expandir su interés hacia el mundo exterior, buscando nuevas sensaciones, como se describe en la teoría.

Si bien no fue posible observar otros juegos con bebés internados en la Sala de Oncología Hematología durante el programa, este caso permitió vislumbrar que, aunque el juego se desarrolló de manera similar al de un niño sano, estuvo condicionado por diversas restricciones. Previo al encuentro, los médicos indicaron que el tiempo de interacción con **Agustín (7 meses)** debía ser limitado y que era fundamental evitar movimientos excesivos debido a su condición actual de desnutrición severa, ya que un nivel elevado de actividad podría provocar una pérdida significativa de peso. Además, sus movimientos estaban restringidos por la presencia de cables que monitoreaban sus signos vitales y una sonda, lo que impuso limitaciones adicionales a la dinámica del juego. Es por esto que, a la hora de abordar el encuentro se tuvieron en cuenta las indicaciones de los profesionales y también las del espacio de supervisión del Programa Ludoteca Móvil. Aquí, nos recomendaron mantener interacciones breves con los más pequeños y que solo una persona se ocupe de guiar el juego de principio a fin, con el objetivo de evitar una sobreestimulación o desorganización, ya que de por sí, el ambiente hospitalario está cargado de estímulos. Por ello, en el caso de **Agustín (7 meses)**, la residente ocupó este rol activo y, además, empleo en todo momento un tono de voz suave y una conducta serena, mientras yo observaba a un costado la intervención (Registro de práctica, semana del 28/08/24).

8.2.1.2 PEQUEÑOS MUNDOS, GRANDES SIGNIFICADOS

A medida que los niños crecen, su forma de jugar se transforma, particularmente a partir del segundo año de vida, el juego adquiere una mayor riqueza intelectual. Los *juegos simbólicos* emergen gracias a la capacidad representativa e imaginativa del pensamiento, permitiendo que un objeto adquiera un significado más allá de su forma real. A su vez, el niño realiza *juegos imitativos* de la vida cotidiana, imitando a las personas que lo rodean e identificándose con ellos asumiendo roles.

Cabe destacar que, en ocasiones, a través del juego, los niños modifican la realidad para ajustarla a sus deseos, especialmente cuando han vivido experiencias que les resultaron adversas. Asimismo, ante situaciones conflictivas, suelen recrearlas lúdicamente, como cuando simulan aplicar inyecciones a un muñeco después de haber atravesado una experiencia similar (Zachetti, s.f.).

Piaget se refiere a este tipo de acciones en el juego como *combinaciones liquidadoras*, señalando que el niño “no solamente compensa situaciones desagradables, también intenta revivirlas transponiéndolas simbólicamente. Esta reproducción de las escenas fuera de su contexto le permite al niño asimilarlas paulatinamente y en cierta medida superarlas” (Reynoso, 1980, p. 166).

En la experiencia de práctica, los tipos de juegos que más desplegaron los niños/as fueron los simbólicos, especialmente aquellos a los que refiere el autor anteriormente. A continuación, se presenta un fragmento del caso de *Thiago (3 años)* que ilustra lo expuesto:

“Luego de jugar con bloques de encastre y dinosaurios, se da una escena lúdica en la que el niño toma de la mesa una jeringa (dejada previamente por los profesionales para explicarle un procedimiento) y pincha en el brazo a uno de los dinosaurios, realizando la acción con ímpetu y una expresión de enojo en el rostro. En ese momento, el padre pone palabras al juego de su hijo y dice: ‘¿Le sacamos sangre al dinosaurio?’, a lo que la residente agrega: ‘Si...porque hay que curarlo’” (Registro de práctica, semana del 28/08/24).

Antes de ingresar a la habitación, el padre comentó que el niño estaba enojado porque había sido sometido a una extracción de sangre en el día de ayer. Más tarde, en el espacio de la ludoteca, se observa cómo el niño despliega un juego simbólico al simular con una jeringa que pincha en el brazo a un dinosaurio, realizando la acción con fuerza y una expresión de enojo en

el rostro. De este modo, recrea lúdicamente una experiencia vivida, tal como se menciona en la teoría expuesta anteriormente.

Por otro lado, como menciona Zachetti (s.f.) previamente, de los dos años en adelante los niños suelen realizar juegos imitativos de la vida diaria, identificándose con ciertas personas y adoptando distintos roles. Esto se observó con frecuencia en los juegos que surgieron en la Sala de Onco-Hematología, aunque con una particularidad que se repetía: los niños/as tendían a asumir el rol de las personas que forman parte de su entorno diario, como enfermeros, médicos y otros profesionales de la salud, algo que podría diferenciarse de los juegos de otros niños/as en otros contextos.

“Eligió con entusiasmo la valijita de Juliana doctora y comenzó a interactuar con los elementos, posicionándose en el rol de doctora. Luego nos asignó nuestros roles en el juego, indicando que yo era la enfermera y el residente, el padre que traía a sus hijas al hospital. Durante la escena lúdica, la niña revisaba a las muñecas y le hacía preguntas al padre. Seguido de esto, a una de ellas le coloca un catéter, pegándoselo en el pecho con una cinta y simula una extracción de sangre; a la otra la curó diciendo ‘ella tiene la misma enfermedad que yo de la sangre...no me acuerdo como se llama preguntale a mi papá...y tiene que quedar internada para curarse’” (Registro de práctica, semana del 17/09/24).

El fragmento presentado anteriormente refiere al caso **Olivia (7 años)**, en donde se observa cómo la niña elige para jugar esta valijita, asumiendo un rol activo como doctora dentro de la escena lúdica.

Es importante destacar que los elementos de la valijita utilizados por la niña no son los convencionales del juego, sino que están específicamente adaptados a la situación de internación. Esto es así ya que dentro del Programa Ludoteca Móvil se busca que los niños/as se familiaricen con los instrumentos médicos reales que podrían ser utilizados en su tratamiento, como catéteres, sondas y agujas.

Mientras que en un contexto fuera del hospital un niño sano que juega a ser doctor suele imitar revisiones médicas generales con estetoscopios, jeringas de juguete y termómetros, en el caso de niños internados, el juego adquiere una nueva dimensión. Aquí, los materiales agregados son utilizados en procedimientos médicos que forman parte de su cotidianidad, por lo que su manera de jugar no solo se basa en una fantasía, sino en la imitación directa de experiencias que viven.

Asimismo, en el siguiente recorte del caso **Bruno (6 años)** podemos vislumbrar cómo el niño, además de asumir el rol de doctor como **Olivia (7 años)**, incorpora en su juego elementos propios del contexto hospitalario, ya que hace mención de una enfermedad y

reproduce sonidos característicos del ambiente, como los monitores de frecuencia cardíaca que suelen escucharse en las habitaciones, tanto en la suya como en la de otros pacientes.

“Jeison, el hombre motosierra, se enferma y el niño, metiéndose en el personaje, dice: ‘estoy en coma’, mientras imita el sonido de un monitor de frecuencia cardíaca y comenta: ‘cuando hace piiiiii es porque se murió’. En ese momento, la residente, con otro muñeco, asume el rol de doctor e introduce elementos de cuidado como una manta, una sonda y medicamentos. A partir de allí, B representa la muerte y resurrección del personaje según el sonido del monitor, y luego transforma la escena haciendo que Jeison en realidad estaba dormido y todo era un chiste. Los muñecos se abrazan y el niño repite la escena, esta vez asumiendo el rol de doctor” (Registro de práctica, semana del 2/10/24).

8.2.1.3 ¡A GANAR!

En el universo del juego, hay un momento en el que las reglas aparecen en escena, marcando límites, turnos, objetivos y, por supuesto, ganadores y perdedores. Es en este punto que a partir de los siete años los *juegos reglados* cobran protagonismo por sobre otros tipos de juego.

Como menciona Piaget este tipo de juego tiene un carácter social ya que implica la interacción con un otro y el respeto de normas y reglas pactadas previamente. Para que esto último ocurra, es fundamental un nivel de estructuración psíquica que posibilite la internalización de normas y la colaboración de todos los miembros para que el juego pueda llevarse a cabo y que haya una competencia en la que resulte un ganador. Esto exige anticiparse a la jugada y perspectiva del otro para evitar que gane y cuando se dan equipos, requiere una articulación entre distintas perspectivas que resulta clave para el crecimiento en lo social y el abandono del egocentrismo (Cortés Herrera y Tlaseca Campa, 2004).

En el Programa Ludoteca Móvil, estos juegos, al igual que los simbólicos fueron los más desplegados en los niños/as y adolescentes de la Sala de Onco-Hematología. Sin embargo,

para dar cuenta de esto, se ha seleccionado el juego de **Martina (8 años)** que refleja lo mencionado por el autor:

“Se invita a la niña a jugar, ofreciéndole dos juegos de mesa y ella elige el UNO. Seguido de esto, antes de comenzar la partida, repasamos entre todos la dinámica y la función de cada carta. Una vez comenzado el juego, la niña, entre risas, modificaba las reglas a su conveniencia y hacía trampa. Ante esto, entre todos decidimos ponernos de acuerdo y ‘hacer un poquito de trampa’. M continuó dirigiendo el juego y se realizaron dos partidas en las que resultó ganadora” (Registro de práctica, semana del 2/10/24).

En este caso, la niña optó por un juego reglado que se desarrolla por turnos y cuya dinámica consiste en tirar cartas que coincidan en color o símbolo con la última jugada. El objetivo es quedarse sin ninguna carta en la mano, anunciando previamente antes de tirar la última y ganar, la palabra “UNO”.

Durante el desarrollo del juego, se observó en la niña una actitud muy competitiva, ya que fue modificando las reglas para su conveniencia en función de las cartas que le tocaban, con el objetivo de ganar. A pesar de ello, logró generar complicidad con los demás participantes, quienes aceptaron seguir sus nuevas condiciones. Esta situación, permite visualizar lo señalado por Piaget respecto a la necesidad de reglas compartidas y de la colaboración de todos los integrantes para que el juego pueda sostenerse.

8.2.2 ¿PARA QUÉ JUGAMOS?

En este marco, el compartir momentos de juego con niños y niñas hospitalizados a causa de una enfermedad oncológica cumple diversas funciones, las cuales han podido ser identificadas a lo largo de los encuentros realizados con los pacientes que participaron del Programa Ludoteca Móvil.

Para abordar el segundo objetivo específico, se retomarán los juegos mencionados en el primero, sumando además fragmentos de otros encuentros con estos niños/as y con otros que también participaron del programa, con el fin de enriquecer el análisis.

8.2.2.1 UNA PAUSA PARA REIR

Blunden Nash y Schaefer (2012) sostienen que “sin importar la edad, el juego tiene muchos beneficios en la vida. Es divertido, educativo, creativo, alivia el estrés y fomenta las interacciones y la comunicación social positiva” (p. 4). A su vez, el juego cumple un papel clave en el desarrollo saludable de los niños, por lo tanto, es fundamental promover su presencia en los entornos hospitalarios (Silva Panez, 2012).

Siguiendo esta línea, si bien las funciones del juego en los niños y niñas suelen ser más fácilmente identificables, surge el interrogante: *¿Qué ocurre con los bebés que atraviesan una enfermedad oncológica?, ¿Qué función cumple el juego en esos casos?* Estas preguntas abren nuevas dimensiones para pensar el juego en la primera infancia dentro del contexto hospitalario.

Siguiendo a Farberman (2022), el bebé en las primeras etapas aún no cuenta con la capacidad de calmarse por sí mismo frente a episodios de estrés, los cuales pueden originarse tanto por estímulos internos como externos. En el contexto de una enfermedad oncológica, a los malestares físicos comunes como el hambre o el cansancio, se suman otros relacionados directamente con la enfermedad y el tratamiento, como el dolor, las punciones, las exploraciones físicas y las posiciones incómodas que debe adoptar. A esto se le agrega además el estrés ambiental propio del hospital, un espacio desconocido, cargado de estímulos como alarmas, voces simultáneas, llantos de otros pacientes de la sala, etc.

Por otro lado, la autora señala que, durante los dos primeros años de vida, los bebés atraviesan una etapa de intensa exploración y desarrollo de habilidades fundamentales. A nivel motor, se logran avances significativos como la adquisición de la marcha y el uso de las manos para realizar actividades simples. En el plano cognitivo y social, se observa un progreso constante en la capacidad de distinguirse del entorno y establecer vínculos comunicativos cada vez más precisos, en gran parte gracias al desarrollo del lenguaje.

En el caso de los bebés que atraviesan una enfermedad oncológica, los recursos que

favorecen el desarrollo motor y cognitivo se ven reducidos. A su vez, la libertad de movimientos está condicionada por las limitaciones del contexto hospitalario y por el hecho de evitar golpes, por esto suelen permanecer acostados y con poco espacio para desplazarse. Asimismo, a nivel cognitivo y social, la estimulación se ve afectada por el desgaste que produce la enfermedad y por las restricciones en el contacto con personas externas al grupo conviviente. Por último, el desarrollo del lenguaje, puede verse retrasado si el principal entretenimiento durante la internación se basa en el uso de pantallas, como celulares o televisión, especialmente cuando la hospitalización se extiende por largos períodos (Farberman, 2022). Teniendo en cuenta esto, la autora afirma que:

El desarrollo cognitivo y psicológico debe promoverse a través del juego creativo, posibilitando experiencias novedosas aún en condiciones de internación y de aislamiento. Se puede estimular el desarrollo facilitando juguetes, propiciando la interacción con otros niños de la familia, hablándoles y fomentando la expresión verbal en lugar de satisfacer rápidamente a sus demandas gestuales. (p. 77)

Es en este marco, que el juego a través del Programa Ludoteca Móvil, promueve el desarrollo de los pacientes en todas sus edades, convirtiendo la hospitalización en una experiencia más positiva (Registro de práctica, semana del 8/08/24).

Esto se ve claramente en el juego de **Agustín (7 meses)**, presentado en el primer objetivo, ya que mientras el bebé juega, no solo se divierte y se ríe conectando con la mirada de un otro, sino que también potencia su desarrollo. En este encuentro, la psicomotricista lo acompaña, marcando pautas posturales y estimulándolo con sonajeros y peluches. Además, incorpora canciones al juego y combina el disfrute con otras actividades, procurando que su desarrollo no se vea afectado por la situación de internación.

8.2.2.2 ¿QUÉ ME VAN A HACER?

Otra de las funciones clave del juego en oncología pediátrica es su utilización como herramienta para *obtener y dar información*. Según Pitillas Salvá (2012): "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" (p. 151). Por ejemplo, un niño que desconoce el motivo por el cual recibe inyecciones, su utilidad o cómo afrontar el dolor que conllevan, puede llegar a imaginar que estos procedimientos son un castigo por algo incorrecto que hizo o pensó en algún momento. En este sentido, el juego cumple una doble función: por un lado, facilita un entorno más seguro que el diálogo directo, y por otro, brinda espacios lúdicos donde es posible representar de una forma más fácil de entender y divertida distintos aspectos de la enfermedad o del tratamiento que es necesario que comprenda.

En la Sala de Onco-Hematología, esta práctica se observa con frecuencia. Una de las psicólogas, durante un taller de capacitación, comentó que los profesionales de la salud utilizan muñecos de la marca *Vasalisa* (que visibilizan en juguetes la diversidad de las infancias) de forma terapéutica para explicar los procedimientos médicos a los niños. Por ejemplo, algunos muñecos tienen un hilo rojo cosido en el brazo, lo que representa la pequeña cantidad de sangre que queda luego de una extracción, mientras que otros tienen catéteres venosos centrales que permiten visualizar el procedimiento y preparar a los niños para enfrentarlo. Además, algunos de ellos tienen un hilo en la parte baja de la espalda, simulando lo que sería una punción lumbar. La psicóloga explicó que estos muñecos se adaptan según los procedimientos que los médicos deban explicar a los niños (Registro de práctica, semana del 18/07/24).

En uno de los encuentros, esto se hizo evidente cuando, al ingresar a la habitación de un niño que comenzaba su tratamiento de quimioterapia, nos saludó y, con entusiasmo, nos mostró un muñeco de tela. Este último, tenía un cabello removible, lo que permitía simular la alopecia que es frecuente en el tratamiento de quimioterapia y además tenía un catéter puesto en el tórax. El niño explicó con detalle estos elementos, demostrando su comprensión sobre lo que le iba a suceder (Registro de práctica, semana del 19/11/24).

Siguiendo a Morosi (2022): "Esta herramienta terapéutica se incluye al inicio del proceso de tratamiento, con la posibilidad de que cada niño disponga de un muñeco propio,

único e individualizado” (p. 194).

Por otro lado, es relevante mencionar que, aunque nuestro rol como practicantes que llevaban a cabo el Programa Ludoteca Móvil no era dar información sobre los procedimientos médicos, sí era necesario aclarar nuestra función allí, ya que como explica el autor Pitillas Salvá al inicio de este apartado, la ansiedad frente a lo desconocido es algo común en estos casos. Al ingresar con la chaquetilla blanca, barbijo y guantes, algunos niños/as se asustaban, creyendo que éramos médicos o enfermeros que venían a realizarles algún procedimiento o control.

Por ello, a lo largo de los encuentros trabajamos con cada niño/a, especialmente con los recién llegados, para que comprendieran que nuestra tarea era acompañarlos en momentos de juego y entretenimiento, sin involucrarnos en el tratamiento de su enfermedad. Esto puede visualizarse en el caso de **Thiago (3 años)**:

“Tenía mucho miedo y no quería que ingresemos a la habitación, ya que pensaba que éramos médicos o enfermeros que veníamos a pincharlo. A raíz de esto, intentamos explicarle que nuestra función no era esa, sino que estábamos allí para jugar con él. Sin embargo, lloraba mientras se cubría el cuerpo y se tapaba los ojos, por lo que decidimos regresar en otro momento” (Registro de práctica, semana del 27/08/24).

Sin embargo, en el siguiente encuentro, logramos acercarnos al niño poco a poco a través del juego, con el acompañamiento de su papá, quien le explicaba que estábamos allí para jugar con él. Esto le generó confianza y ayudó a disminuir su temor. A su vez, este tipo de situaciones nos ayuda a transmitirles a los pacientes que, incluso en el contexto de internación, pueden vivenciar momentos agradables, como los que se propician en estos espacios lúdicos que brinda el programa.

8.2.2.3 EMOCIONES DISFRAZADAS DE JUEGO

En este punto, se plantean las interrogantes: *¿Cómo se modifica el modo de jugar de un niño/a en el contexto de internación?, ¿Qué aspectos internos se expresan?, ¿Influye la enfermedad en la elección de los juegos?*

Siguiendo al autor Pitillas Salvá (2012), otra de las funciones esenciales del juego en el contexto de la oncología pediátrica, es su uso para *favorecer la expresión subjetiva de estados internos*.

En este sentido, el valor terapéutico del juego, entendido como una forma espontánea de manifestar estados emocionales, no reside únicamente en que el niño pueda expresar lo que le ocurre, sino en que, al hacerlo, se encuentre con una persona empática que lo escuche, lo valide y le brinde contención. Por lo tanto, el beneficio de emplear el juego como herramienta para facilitar la expresión y el alivio emocional del paciente proviene tanto de su capacidad comunicativa como del vínculo que se establece en ese intercambio. Asimismo, esto resulta fundamental, dado que es común que el entorno emocional y comunicativo que rodea al niño durante su enfermedad esté marcado por una limitación en la expresión de los afectos (Pitillas Salvá, 2012). A su vez, el autor menciona: “En las familias pueden instalarse estilos represivos de afrontamiento o situaciones de conspiración de silencio, 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” (p. 157).

Esto podemos verlo reflejado en el juego del paciente **Thiago (3 años)**:

“Durante el encuentro, el papá le decía reiteradamente ‘despacio, hijo’ y ponía límites, ya que el niño arrojaba los dinosaurios al suelo con energía como parte del juego. Al mismo tiempo, le daba indicaciones constantes sobre qué hacer, sin permitir que el niño pudiera desplegar el juego a su manera” (Registro de práctica, semana del 25/09/24).

Durante una de las reuniones de supervisión del programa, se conversó sobre estas situaciones que se repetían en los encuentros. Se observó que, en varias ocasiones, el padre no permitía que su hijo se desenvuelva libremente, brindando constantemente instrucciones y poniendo límites al accionar lúdico. Ante esto, la psicóloga sugirió que en futuros encuentros se puedan utilizar frases como: “No se preocupe papá, vamos a dejar que él lo haga solo” o “En este espacio se permite que él pueda mostrar sus emociones” (Registro de práctica, semana del

26/09/24).

Estos fragmentos ejemplifican cómo el juego puede ser una vía privilegiada para expresar aspectos internos, ya que como se menciona, el niño desplegaba la escena lúdica de manera enérgica arrojando juguetes, lo que puede interpretarse como una manifestación de tensiones o ansiedades difíciles de expresar verbalmente.

Por otro lado, como menciona el autor anteriormente, en el juego además de brindarse la posibilidad de expresión de los afectos, se pretende que haya un otro empático que escuche, valide y contenga. En este caso, la actitud del padre al imponer límites e indicar constantemente qué hacer, obstaculiza de algún modo esto, restringiendo el juego libre del niño. Sin embargo, esto se pudo compensar ya que se nos propuso intervenir promoviendo un entorno que habilite esa expresión.

No obstante, esta libre expresión también puede verse condicionada por el contexto hospitalario y las exigencias médicas. En uno de los encuentros, se observó con otro paciente cómo el despliegue emocional a través del juego fue interrumpido por una intervención del personal de salud. A modo de ejemplo:

“Por momentos, construía algo con los rastres y luego lo arrojaba al piso con impulsividad, o desarmaba lo que nosotras hacíamos mientras gritaba ‘¡bombar... puff!’ [...]. Cerca del final del encuentro, ingresó una enfermera para controlarle la fiebre y la tensión, y le indicó al niño que debía jugar más despacio, ya que no podía golpearse ni hacer fuerza debido a que tenía las plaquetas bajas. En ese momento, como nosotras no sabíamos acerca de esta situación, le dijimos con firmeza, pero de manera amable, que no íbamos a seguir tirando las cosas y que podíamos buscar otra forma de jugar. Frente a esto, el niño se mostró enojado y, por un momento, continuó arrojando los rastres, hasta que comprendió que debía jugar más despacio por su salud y dejó de hacerlo” (Registro de práctica, semana del 14/08/2024).

Este registro permite ver cómo el juego, si bien habilita la expresión emocional, también puede verse restringida por las condiciones propias del entorno hospitalario, en especial cuando la misma se interpreta como una conducta que puede poner en riesgo la salud física del niño. Es por esto que: “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” (Pitillas Salvá, 2012, p. 154).

Por otro lado, a partir de las interrogantes planteadas anteriormente, se puede observar que esta función que cumple el juego de favorecer la expresión subjetiva de estados internos se manifiesta de manera evidente en la forma en que los niños juegan. En palabras de Pitillas Salvá (2012):

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 inusual; en otros momentos, los muñecos son manipulados con brusquedad, el tono de voz es especialmente elevado, el niño puede llegar a gritar o arrojar materiales, etc. (p. 154)

Esto puede observarse en el fragmento del niño que arrojaba los rastros al suelo y destruía con impulsividad las construcciones propias y las de los demás. Del mismo modo, se evidencia esto en el juego de **Thiago (3 años)**, quien lanzaba con fuerza los dinosaurios al suelo y también en **Bruno (6 años)**, que en cada encuentro desplegaba escenas lúdicas cargadas de energía, acompañadas de descargas corporales, sonidos, canciones y movimientos intensos.

Por el contrario, en otros casos, esta función del juego se manifiesta de manera diferente, ya que algunos niños/as no expresan emociones intensas, sino que adoptan una actitud más tranquila o retraída durante la actividad lúdica.

Desde la mirada de Winnicott, las afectaciones tanto físicas como emocionales del niño se reflejan en el juego, ya que este constituye una forma privilegiada de comunicación. Esta herramienta se convierte en un recurso clave para saber más del niño y brindarle una mejor calidad de vida, especialmente en casos de enfermedad grave. Se considera que, si el juego cumple una función elaboradora, la necesidad de jugar debería aumentar durante la internación. No obstante, se ve que algunos niños, a pesar de contar con elementos lúdicos no juegan o la actividad se ve inhibida. En muchos casos, el juego se interrumpe cuando se incrementa la excitación o la angustia, volviéndose insostenible para el niño. Frente a esto, puede optar por cambiar de actividad o presentar síntomas pasajeros. En este contexto, es esperable que se instale una actitud depresiva, o bien una sensación de aburrimiento, que puede estar señalando la dificultad para simbolizar y elaborar situaciones conflictivas (Villanueva, 2009). A su vez, esta autora plantea que:

La inhibición de la actividad lúdica se vincula a dos factores: a) Por su compromiso orgánico y el dolor físico concomitante, la libido está volcada sobre su propio cuerpo; b) Esta actividad lúdica se interrumpe cuando surge angustia, hasta que finalmente abandona todo intento y hace síntomas, a veces transitorios, que indican la dificultad de elaboración por el carácter terrorífico de las fantasías que subyacen. (p. 217)

En el caso de **Olivia (7 años)**, podemos ver como se refleja lo planteado anteriormente. A diferencia de otros pacientes, su diagnóstico era irreversible y el equipo médico le había comunicado a su familia que le quedaba poco tiempo de vida. Esta situación se reflejaba tanto

en su estado de ánimo, menos vital que el de otros niños, como en el contenido de sus dibujos, donde comenzaban a aparecer temáticas vinculadas con el desenlace de su enfermedad. A continuación, se presentan dos fragmentos de encuentros que ilustran esto:

“Comienza pintando de color celeste todo el fondo de la hoja, mencionando que representa el cielo. Sin embargo, se notaba poca planificación en lo que intentaba dibujar y no lograba responder cuando se le preguntaba. A su vez, nos iba mostrando otros dibujos que tenía pegados en la pared, explicando de manera concisa la técnica que había utilizado en cada uno. Mientras continuaba pintando, fue agregando flores y solicitó mi ayuda para completar el fondo. Luego de unos minutos, tras pintar la mitad de la hoja del mismo color, expresó con un suspiro: ‘Ya me cansé’, por lo que decidimos hacer un cierre” (Registro de práctica, semana del 11/09/24).

“En un primer momento, la niña se niega a participar de la ludoteca, pero posteriormente acepta que se le acerquen elementos para dibujar y pintar y permite que la residente permanezca en la habitación. Dibuja un corazón al que le agrega ojos y boca y pinta con lentitud. Sus respuestas son breves y limitadas. Al finalizar el dibujo, se da por concluido el encuentro, ya que se la observa con poco ánimo” (Registro de práctica, semana del 25/09/24).

Estos registros permiten pensar que la forma en que se juega, así como la elección de propuestas más tranquilas o más activas, está estrechamente relacionada con la situación particular del paciente respecto a su enfermedad.

En este caso, **Olivia (7 años)** había sido informada de que “iba a ir al cielo”, lo que marcó un cambio significativo en su estado anímico durante los últimos encuentros, evidenciando mayor agotamiento físico y una actitud más retraída y apática.

Asimismo, puede considerarse que las elecciones lúdicas también responden al tipo de tratamiento que se esté atravesando. En diversos juegos simbólicos se observaron repeticiones de escenas relacionadas con procedimientos médicos vividos previamente, así como la aparición de temáticas vinculadas con la enfermedad, el dolor o la muerte, como se observa en el juego de **Olivia (7 años)**, **Thiago (3 años)** y **Bruno (6 años)** en el primer objetivo.

En este sentido, podría pensarse el juego como una vía para la elaboración de lo traumático ya que de algún modo cada niño está creando representaciones simbólicas de sus experiencias. En el caso de **Olivia (7 años)**, en su juego se ubica en el rol de doctora asignándole su enfermedad a la muñeca y esta representación podría verse como un modo de distanciarse emocionalmente de lo que le está ocurriendo y recrea la vivencia dentro de una fantasía, que podría representar el deseo de curarse (como cuando juega con la muñeca y le dice al papá que para que su hija se cure debe quedar internada).

Por otro lado, en el caso de **Thiago (3 años)**, observamos cómo su juego de pinchar al dinosaurio alude a una de las funciones que Freud atribuye al juego: permitir, a través de este, convertir en activo lo que se vivió pasivamente, afirmando que:

A través del juego se expresan deseos, temores, ansiedades, se descarga tensión, etc. Es en la repetición y en las variaciones que se vayan introduciendo en las situaciones lúdicas, donde el niño irá elaborando, ligando aquello que no pudo ser procesado y que lo conducirá paulatinamente a dominar su realidad objetiva y a organizar su mundo interno. (Villanueva, 2009, p. 216)

Es por esto que, el juego desplegado por **Thiago (3 años)** adquiere un carácter simbólico, ya que en su desarrollo es posible identificar un sentido vinculado a la vivencia previa del niño de haber sido sometido a una extracción de sangre y, al mismo tiempo, pone de manifiesto el enojo que le provocó aquel sometimiento doloroso siendo reproducido en el juego. Así, tal como señala Zachetti (s.f.), “la función y el significado del juego es expresar los sentimientos que le suscitó la experiencia y al repetirlo poder dominarla” (p. 4). A su vez, este recorte se puede relacionar con lo planteado por Freud en torno al juego del *fort-da*, donde el bebé, a través del mismo, logra simbolizar la ausencia de la madre y transformar una experiencia dolorosa en una acción activa (Reynoso, 1980). En este sentido, al ser **Thiago (3 años)** quien ejerce la acción sobre el dinosaurio, invierte los roles y asume una posición activa, lo que puede ayudarle a tramitar la angustia generada por lo vivido pasivamente.

Por último, en el caso de **Bruno (6 años)**, el niño introduce en su juego temas como la enfermedad, el coma, la muerte y la reanimación, conceptos presentes en el ámbito hospitalario. Así, al adentrarse en el personaje de Jeison, se podría pensar que está externalizando sus propios temores de forma indirecta, sacándolos de sí mismo para poder transformarlos a través del juego. Además, el hecho de que el personaje muere y revive y todo se convierte en una broma, podría interpretarse como una manera de procesar el miedo a la muerte, transformándolo en algo más manejable para él. Por otra parte, al final asume el rol de doctor que podría ser visto como un modo de tomar el control de la situación asumiendo un rol activo.

En relación a lo mencionado anteriormente, durante los encuentros lúdicos con los niños/as que participaron del programa, la necesidad de tomar el control se manifestó en varios casos, esta actitud puede vincularse con otra función terapéutica del juego. A continuación, a modo de ejemplo, se presentan fragmentos de dos momentos de juego con **Bruno (6 años)**:

“El niño comenzó a dirigir el juego, que consistía en peleas de dinosaurios, y en un momento tomó al más grande diciendo, de manera eufórica y destructiva:

'yo soy el rey...el poderoso...el más fuerte'" (Registro de práctica, semana del 10/09/24).

"Al comenzar el juego, el niño empieza a imponer sus propias reglas diciendo: 'si el dado cae acá, el auto se convierte en fantasma y hay que llamar al caza fantasmas [...] estos dos autos avanzan juntos, son amigos'. A partir de allí, se intenta que siga las reglas del juego de avanzar los casilleros según lo que indique el dado, y si bien en algunas ocasiones el niño las aceptaba, en otras introducía otras como: 'pero este puede volar, así que avanza más'. Esto se repite de forma continua, sin lograr introducir en el juego otros personajes, variantes o sugerencias nuestras. Por ejemplo, cuando le decíamos: 'yo quiero que este se llame Juan', él respondía: 'No, no se llama así'. Ante esto, intentábamos decirle: 'mmm... ¿pero no me podría llamar así?', y él, con firmeza, contestaba: 'No, yo te voy a decir cómo te llamás, dejame pensar... te llamas Silver'" (Registro de práctica, semana del 2/10/24).

Esto lo podemos vincular teóricamente con lo que plantean los autores Schaefer y Drewes (2012) al afirmar que, a través del juego, los niños pueden experimentar una sensación de poder y dominio, ya que tienen la posibilidad de moldear ese mundo lúdico según sus propios deseos y necesidades. A su vez plantean que: "El niño tiene dominio sobre los materiales de juego y determina qué y cómo jugar" (p. 20).

Siguiendo lo planteado, en el espacio de supervisión del programa comentamos que muchas veces nos costaba que **Bruno (6 años)** reciba sugerencias de nuestra parte o que acepte variaciones en el juego, y en el equipo nos señalaron que quizás esto se deba a que, en muchos aspectos de su vida fuera del juego, como las intervenciones médicas y otros procedimientos, no tiene control alguno. Sin embargo, en este espacio lúdico sí puede ejercer control y por eso domina la situación durante el juego, sin mostrarse flexible. Aquí se genera una repetición de lo que él vive pasivamente: "esto es así, te tenemos que pinchar para curarte y listo". Esto se hace evidente, por ejemplo, cuando dice: "este muñeco se llama así" o en el hecho de dirigir el juego (Registro de práctica, semana del 24/10/24).

De manera similar, esto también puede observarse en el caso de **Martina (8 años)**, mencionado en el primer objetivo. Durante el juego reglado, la niña asumió el control modificando las reglas según su conveniencia, en función de las cartas que le iban tocando. Además, se mostraba con una actitud altamente competitiva y, en ocasiones, recurrió a hacer trampa con tal de ganar. En este sentido, resulta pertinente retomar lo planteado por Schaefer y Drewes (2012), quienes afirman que "cuando juegan, los niños se sienten poderosos y en control" (p. 20). Desde esta perspectiva, puede pensarse que la competencia le permitió ejercer cierto grado de influencia sobre la situación y tomar decisiones activamente, favoreciendo así

un sentimiento de empoderamiento que, dadas las condiciones propias del contexto de internación, no suele estar al alcance de los niños/as.

Por último, cabe mencionar que en todos los juegos descritos se muestra que el juego cumple una función social. En palabras de Delgado Linares (2011), el juego cumple un rol fundamental como medio de socialización, ya que contribuye a la formación de vínculos y al desarrollo de habilidades para interactuar con otros. A su vez, a través del juego, los niños/as aprenden a comprender y acatar reglas, fortalecer la comunicación, estimular la cooperación y favorecer su integración en entornos sociales.

8.2.3 ¿QUÉ HUELLA DEJA EL JUEGO?

En este último objetivo específico, se pretende indagar los efectos que tiene el juego en los niños/as que atraviesan una enfermedad oncológica en contexto de internación. Para ello, se toma en cuenta la experiencia subjetiva de cinco niños y niñas que participaron del Programa Ludoteca Móvil, de la cual se fueron describiendo fragmentos de encuentros lúdicos a lo largo de los apartados anteriores.

De igual forma, se busca indagar el sentido que esos momentos de juego adquirieron para cada niño/a en particular, poniendo de relieve las valoraciones y significados personales que emergieron en la experiencia lúdica.

8.2.3.1 UNA SONRISA TRANSFORMADORA: CASO AGUSTIN

Con este bebé solo se pudo llevar a cabo un único encuentro, dado que continuó con el equipo de Psicomotricidad encargado de cubrir otras necesidades específicas y de integrar también espacios de juego en su atención. No obstante, aunque se trabajó con él en una sola ocasión, podría pensarse que aquella intervención tuvo efectos visibles en su comportamiento y estado anímico.

Antes de iniciar el espacio de juego, se le propuso a su madre la participación de Agustín en el Programa Ludoteca Móvil y aceptó con gusto. En ese momento, comentó que el niño se encontraba algo “inquieto” y, al ingresar a la habitación, se lo observó visiblemente molesto y con quejidos. Sin embargo, cuando la residente comenzó a interactuar con él, de manera tranquila y suave, el bebé mostró un cambio en su expresión al percibir la presencia de rostros nuevos en el entorno.

A partir de la interacción, el bebé respondió con disfrute, involucrándose en una exploración sensoriomotora adaptada a sus necesidades y condición. De este modo, podría pensarse que el juego tuvo un sentido allí, ya que habilitó un espacio que, según lo relatado por la madre, previamente no se encontraba disponible para él.

Aunque el juego tuvo un efecto positivo durante el encuentro, el bebé marcó claramente sus límites al comenzar a mostrar signos de malestar. Si bien este tipo de reacción es habitual en los más pequeños, en este caso, la incomodidad se veía agravada por la situación de internación. Por ello, decidimos concluir la actividad para evitar que se produzca un efecto negativo en él.

8.2.3.2 DEL TEMOR A LA TRAVESURA: CASO THIAGO

Con este niño se compartieron cuatro encuentros a lo largo del programa y los efectos que produjo el espacio de juego en él resultaron significativos. Desde un inicio, fue necesario llevar adelante un proceso gradual de confianza y adaptación, ya que al principio no lograba distinguir que, a pesar de que usábamos chaquetillas blancas, barbijos y guantes, no éramos parte del equipo médico ni de enfermería.

En el primer encuentro, el niño estaba acompañado por su mamá y, al vernos ingresar a la habitación, desbordó en llanto. Se lo notaba con miedo, se cubría el cuerpo y se tapaba los ojos. Frente a esta reacción, se decidió no intervenir en ese momento e intentar regresar al día siguiente con otra estrategia, ya que como nos había señalado la psicóloga, el niño necesitaba este espacio, dado que eran sus primeros días de internación y tenía mucho temor.

A lo largo del segundo encuentro, ya se fue notando un cambio en su actitud que se puede observar en la siguiente viñeta:

“Al principio, el niño se mostraba muy temeroso, tapándose la cara y el cuerpo, como había sucedido en el primer encuentro. Cuando la residente dijo: ‘Yo soy P, vengo a jugar’, el papá reafirmó: ‘Ellas vienen a jugar, hijo, no te van a hacer nada... mira lo que te traen’. El niño lloraba, hacía berrinche diciendo que no con la cabeza. Ante esto, la residente decidió esperar un momento y, desde lejos, comenzó a mostrarle el material. Primero le enseñó unos dinosaurios, lo que despertó algo de curiosidad en el niño, quien levantó la mirada, aunque aún se mostraba algo cohibido. Entonces, la residente le pasó el dinosaurio al papá y este se lo entregó al niño, quien empezó a jugar en la cama. Luego, le mostró otro dinosaurio y el mismo recorrido se repitió.”

[...] Más tarde, la residente le mostró unos bloques para encastrar, diciéndole: ‘Le armemos una casa a ese dino’ ofreciéndole un bloque al papá, quien se lo pasaba al niño. Gradualmente, la residente comenzó a acercarse más y a entregarle los bloques directamente al niño, quien comenzó a recibirlas. En ese momento, el pequeño empezó a construir con la ayuda de su papá una casa, logrando tolerar la presencia de la residente y la mía, aceptando sugerencias” (Registro de práctica, semana del 28/08/24).

Durante todo el encuentro, el niño no se comunicó con palabras, pero se hizo entender a través de gestos y señas. Fue un gran avance observar cómo pasó de un llanto inicial a querer interactuar y mostrar interés por el juego. Luego de compartir un tiempo en el que surgieron distintas escenas lúdicas, nos despedimos dejándole uno de los dinosaurios, con la intención de

que pudiera recordar tanto nuestra presencia como el momento compartido cuando regresáramos con una nueva propuesta. Cuando le preguntamos si quería que volviéramos a jugar otro día, él respondió con un gesto afirmativo con la cabeza y nos regaló una sonrisa.

En el tercer encuentro, continuamos observando transformaciones en su actitud, y fuimos descubriendo cómo el juego habilitó nuevas posibilidades de expresión y una participación más activa, como se detalla a continuación:

“El niño se encontraba con su papá. Se lo invitó a jugar mostrándole en principio cuentos sensoriales, lo que captó su atención. La residente le leyó una historia de animales imitando los sonidos, mientras él observaba atento. Luego, junto a su papá, se sumó a un juego con camiones y dinosaurios, participando activamente en el traslado de los personajes e interactuando con entusiasmo.”

[...]Después de un tiempo, decidimos finalizar la actividad poniendo a dormir a los dinosaurios, y el niño colaboró en esta tarea. Luego nos despedimos, y él, tímidamente, pero con una sonrisa, nos saludó y, entre risas, a través de la ventana nos hizo burla y nos sacó la lengua en un gesto de picardía que marcó el cierre del encuentro” (Registro de práctica, semana del 25/09/24).

En esta viñeta, puede observarse cómo el niño finaliza el encuentro con una pequeña “travesura” hacia nosotras, gesto que deja entrever la confianza que había logrado construir, así como también el interés, la curiosidad y el disfrute que, hacia el último encuentro, se volvieron más evidentes.

“Cuando entramos a su habitación para invitarlo a participar de la ludoteca, se lo veía muy activo y entusiasmado al vernos. El papá nos pidió si podíamos traer masas, porque a la mañana el niño las había estado pidiendo. Al volver con lo solicitado, lo encontramos jugando con unos camiones; nos recibió con una sonrisa, y el papá nos dijo: ‘Thiago los estaba esperando, me preguntaba cuándo volvían para jugar’” (Registro de práctica, semana del 22/10/24).

Este recorte permite evidenciar otro gran cambio en el niño, ya que pasó de no querer participar en un momento de juego a esperarnos con entusiasmo y ganas de compartir. Uno de los efectos que observamos, fue el avance en su forma de comunicarse: si bien continuaba expresándose principalmente a través de gestos —como fruncir el ceño cuando algo le molestaba—, en el espacio de juego comenzó a emitir algunas palabras breves y sonidos, algo que no se había manifestado en los primeros encuentros.

A modo de cierre, podemos decir que con el correr de los encuentros, se mostró más extrovertido, alegre y con expectativa por volver a jugar, dejando ver que este espacio tuvo efectos positivos para él. Si bien necesitó más tiempo de adaptación que otros niños del programa, fue posible acompañar un proceso de transformación. A partir del juego, logró

generar vínculos, disminuir la ansiedad y el temor, y disfrutar de un espacio diferente en medio de su internación. Esto permite representar lo que plantea Morosi (2022), afirmando que: “Desde el juego pueden desarrollarse las funciones de acompañamiento, sostén, contención y elaboración, apostando a transformar el sufrimiento en fortalecimiento y crecimiento” (p. 190).

8.2.3.3 JUGUEMOS UN RATO MÁS: CASO BRUNO

Con este niño tuvimos la posibilidad de encontrarnos en cuatro oportunidades a lo largo del programa, ya que fue uno de los pacientes que nos asignaron como prioridad para el espacio de juego. Algo que se repitió en cada invitación, es que siempre había una gran predisposición y entusiasmo, nos recibía con energía y su familia nos comentaba cuánto disfrutaba de estos momentos, ya que podía sostener el juego durante un largo tiempo.

Sin embargo, este caso permitió abrir otra interrogante: *¿Qué sucede con los tiempos institucionales y cómo responden los niños cuando hay que interrumpir el juego?* En estos encuentros notamos que, a diferencia de otros pacientes que marcaban naturalmente el cierre al manifestar cansancio o incomodidad, él quería seguir jugando, introducía nuevas escenas y proponía otros materiales. Esta situación nos enfrentó al desafío de pensar cómo reconocer el momento adecuado para cerrar, especialmente cuando el juego continúa siendo fuente de disfrute y vitalidad y no hay señales claras de malestar.

En este sentido, nos encontramos con un límite que no venía del niño, sino del contexto hospitalario y del propio encuadre del programa, que establece tiempos acotados y que debe coexistir con los tratamientos médicos. En varias ocasiones, incluso, los encuentros debían detenerse por requerimientos del equipo de salud.

A partir de esta experiencia, en el espacio de supervisión se trabajó la importancia de poder leer también los límites que no siempre se manifiestan en el lenguaje o el gesto evidente, sino en aquello que el cuerpo puede o no sostener. El riesgo de una sobreestimulación también está presente, y si bien el juego produce efectos positivos, es necesario cuidar que estos no se

transformen en algo contraproducente y excedan la capacidad del niño. Por esto, no se trata solo de facilitar y sostener la experiencia lúdica, sino también de saber cuándo marcar un cierre, cuidando el bienestar del niño más allá del deseo de continuar.

Más allá de lo planteado, el juego en Bruno tuvo grandes beneficios, ya que en este espacio desplegaba su enorme creatividad e imaginación que se reflejaba en cada juego simbólico, como si fuera un recurso inagotable para él.

Por otro lado, si bien en un principio se observaba cierta rigidez y una marcada necesidad de controlar el desarrollo del juego, hacia el final de los encuentros fue posible percibir pequeños pero significativos cambios, como la aceptación de propuestas diferentes y mayor flexibilidad.

En este sentido, también se podría afirmar que el juego habilitó un espacio que antes no estaba, y que tuvo un valor significativo en la experiencia del niño.

8.2.3.4 SER NIÑO/A HASTA EL ÚLTIMO INSTANTE: CASO OLIVIA

Con esta niña realizamos cuatro encuentros, y en su caso, la participación en el programa le permitió conectarse con un espacio de creatividad. En el primer encuentro, se dispuso a pintar con témperas y a decorar con lentejuelas, mientras decidía poner música. Si bien fue un momento breve —ya que su cuerpo le marcó un límite manifestando cansancio—, participó con gran interés y pidió que le dejáramos el dibujo para terminarlo y mostrárnoslo en el próximo encuentro. En esto, vemos reflejado claramente que estaba disfrutando del espacio y quería continuar con la actividad, aunque en ese momento necesitó detenerse. El juego, en esta instancia, también cobró un sentido como canal para expresar su mundo interno al dibujar un cielo y flores como aspectos vinculados a lo que estaba viviendo.

En el segundo encuentro, cuando la invitamos a participar, se mostró motivada diciendo que quería jugar, pero nos pidió que la esperáramos a terminar unos dibujos que estaba haciendo para regalar a cada uno de los médicos de la sala. Al finalizar, le mostramos algunas propuestas

de actividades, y eligió jugar a la doctora con una valijita. Al igual que en el primer encuentro, esto reflejaba cómo externalizaba su enfermedad y, de algún modo, la transformaba en juego.

Al finalizar nos pidió hojas y lápices de colores, dibujó y pintó un corazón, luego lo recortó por la mitad y escribió su nombre en cada lado. De ahí, nos entregó una mitad a cada uno con una sonrisa, diciéndonos que era un regalo para que la recordáramos. Fue un gesto muy emotivo, y podríamos pensar que, en algún punto, los encuentros también reflejaban su gratitud por compartir con ella estos momentos. Luego de eso, se la veía muy contenta y utilizamos esto a modo de cierre, así que ella nos saludó y expresó que volvamos otro día para seguir jugando.

En este sentido, también se evidenció un cambio de actitud, ya que, al principio, cuando la conocimos, se mostraba algo tímida, pero logró volverse más extrovertida en los encuentros siguientes. A su vez, observamos nuevamente que este espacio generó un impacto favorable, ya que solicitó volver a participar en el programa.

Hacia el tercer encuentro aceptó la invitación con entusiasmo, solicitando masas y, posteriormente, se desplegó un juego simbólico de “la cocinita”, utilizando elementos para cortar y modelar, lo cual dio lugar a la elaboración de distintas comidas. En este encuentro se notaba su deseo de participar, conversar, y una fuerte implicación en el juego, pero también cierta frustración, ya que no podía mover uno de sus brazos debido a que, horas antes, le habían colocado una vía. Esto muestra cómo quería sostener el juego a pesar de las limitaciones físicas, sin embargo, al cabo de unos minutos manifestó estar cansada diciendo que tenía ganas de dormir, por lo que decidimos cerrar la actividad. Antes de irnos, nos pidió que en el próximo encuentro le leyéramos un cuento, reafirmando su deseo de continuar disfrutando del espacio en otro momento.

Respecto a esto, Morosi (2022) menciona que “la posibilidad de elegir participar de la propuesta lúdica o negarse a la misma implica el respeto por la autonomía, pudiendo asumir de este modo una posición activa” (p. 203). En este caso, se puede pensar que el hecho de que la niña marque sus propios límites y comunique que ya no quiere jugar más, constituye también una forma de aumentar su autonomía en este espacio, ya que aquí el jugar es una elección voluntaria, a diferencia de otros aspectos vinculados a su tratamiento.

Por otro lado, cabe destacar que, en el espacio de supervisión, se había comentado previamente que la niña debía ser prioridad dentro del programa, ya que venía presentando recaídas intratratamiento. Además, los médicos comunicaron que lamentablemente no le quedaba mucho tiempo de vida, por lo cual se consideraba fundamental brindarle este espacio de juego, permitiéndole tener momentos agradables dentro de la internación y transitar su

último tiempo de la mejor manera.

En el último encuentro, por primera vez rechazó inicialmente la invitación al espacio, sin embargo, luego de ofrecerle elementos para pintar, aceptó. Ese día ya se la notaba muy comprometida físicamente, ya que le habían colocado una máscara de oxígeno porque no estaba respirando bien. Aun así, realizó un dibujo (pintándolo con lentitud), luego le leímos un cuento y para finalizar el encuentro realizó una actividad de buscar objetos en una imagen.

Semanas después, en el espacio de supervisión, nos informaron que la niña había fallecido y en ese contexto, una de las licenciadas expresó:

“Este espacio tiene su parte mala, como tener que enfrentar a veces la muerte de un paciente, pero también tiene su parte hermosa, que es poder ofrecer estos momentos de juego, este espacio saludable, y que los pacientes que están en estado crítico puedan disfrutar de sus últimos días de forma más placentera, y que no sea puro sufrimiento. Eso es lo que nosotros podemos ofrecer desde nuestro lugar, y es algo grande” (Registro de práctica, semana del 10/10/24).

A partir de esta experiencia, puede afirmarse que el juego aportó algo muy valioso en la paciente y, de algún modo, le permitió transitar sus últimos días con algo de alegría y, al menos por instantes, seguir siendo una niña, con todo lo que ello conlleva: imaginar, crear y jugar.

8.2.3.5 CUANDO YO ME CURE: CASO MARTINA

Con esta paciente tuvimos la oportunidad de ofrecer el espacio de juego en dos ocasiones, ambas solicitadas por el equipo de salud dentro de la Sala de Onco-Hematología. Aunque los encuentros fueron pocos en cantidad, fue posible notar que el espacio de juego sumo algo bueno.

Durante la primera intervención se propuso un juego reglado, en el cual la niña se mostró

especialmente activa, liderando la dinámica con entusiasmo y, con un toque de picardía, haciendo pequeñas trampas. Su estado de ánimo se elevó visiblemente, se reía y disfrutaba y hacia el final, se mostró más extrovertida. En un momento compartió que estaba acompañada por su papá y su abuela, luego hizo una pausa y agregó con un gesto de ternura: “Porque mi mamá está con Dios en el cielo”. Seguido de esto, retomó la conversación con gran exaltación y comentó: “¿Vos sabías que cuando yo me cure voy a ir a Alemania con mis tíos? Mi papá me dijo que me va a llevar”. Luego nos contó algunas cosas más y decidimos cerrar el encuentro y al momento de despedirnos, expresó: “Si vienen otro día a la sala, vengan a visitarme para jugar”. Y, al preguntarle cómo la había pasado, respondió con alegría que se había divertido un montón.

En este caso, se puede observar cómo luego del juego se abrió un espacio de diálogo que permitió comunicar abiertamente una emoción profunda como la pérdida de su madre y a la vez, algo alegre como esos deseos que proyectaban esperanza. En este sentido, el espacio lúdico permitió que emergieran esos contenidos, sintiéndose en confianza para hacerlo.

En el segundo encuentro, aunque también se generó un momento agradable, la disposición inicial fue diferente. Aceptó participar nuevamente, esta vez junto a su papá, pero se percibía un ánimo disminuido con algo de enojo. Esto podría estar vinculado a la reciente intervención quirúrgica que implicó la extirpación de la escápula, lo que limitó el uso de uno de sus brazos. No obstante, al comenzar el juego, logró involucrarse, se reía especialmente cuando nos tocaba alguna prenda y, poco a poco, su actitud fue transformándose. Al finalizar, le propusimos otro juego, pero manifestó que no le gustaba, por lo que concluimos el encuentro y la niña se despidió con amabilidad, agradeciéndonos por haberla visitado.

De este modo, se evidencia cómo el juego contribuyó de manera positiva en el sentido de que logró cambiar la actitud inicial de enojo y apatía, terminando el encuentro con una sonrisa, permitiéndole por un momento despejarse del malestar físico.

A su vez, logró compartir una experiencia única con su papá, al integrarlo en su juego, rompiendo de algún modo con la rutina hospitalaria. Este momento de disfrute les permitió conectar emocionalmente y fortalecer su vínculo, ya que decidió aliarse con él en un equipo para ganarnos a nosotros. Esto lo podemos vincular con lo que plantea VanFleet (2012) acerca de que uno de los beneficios más grandes del juego es el disfrute compartido entre padres e hijos. Cuando ambos se divierten juntos, su vínculo se fortalece, y ese disfrute se convierte en lo que mantiene unida su relación.

A modo de cierre, tras recorrer los casos presentados, se torna evidente que el espacio

de juego en el contexto de internación, a través del Programa Ludoteca Móvil, cumplió amplias funciones y dejó huellas profundas en cada uno de los pacientes.

Desde este recorrido, y a través del análisis de las experiencias relatadas en los tres objetivos específicos propuestos, se reafirma con fuerza la importancia del juego como una herramienta poderosa para acompañar los procesos de internación. En este sentido, Espinosa Gómez (2013) sostiene que:

Mientras el niño juega se transforma, puede modificar la realidad, construir su mundo y fantasear; con el juego y a través de este, el niño y la niña viven un proceso de subjetivación, una experiencia de sí mismos. Es el medio y la vía principal para la constitución [...] como sujetos. (p. 25)

Es por esto que, más allá del contexto en el que se encuentren inmersos, a los niños se les debe brindar siempre la posibilidad de encontrarse con lo lúdico. Como señala Winnicott, citado por Portalatín Vargas (2020): “Jugar es universal, es comunicación, es lo natural, es salud y autocuración” (p. 169).

El juego no cura el cáncer, pero sí aloja al niño en su experiencia. Lo sostiene, lo nombra, le devuelve algo propio en medio de tanta ajenidad. Cada juego desplegado en la sala es un intento de estar, de seguir siendo niño, incluso allí donde todo parece interrumpirse.
(autor desconocido)

9. CONCLUSIONES

La enfermedad oncológica representa un acontecimiento profundamente disruptivo en la vida de un niño/a, quien, a partir del diagnóstico, se ve impulsado a la hospitalización para iniciar su tratamiento, alejándose abruptamente de toda su cotidianidad. El niño ingresa así en un territorio desconocido, que muchas veces resulta amenazante, encontrándose de pronto rodeado de personas ajenas a su círculo afectivo y viendo invadida no solo su autonomía, sino también su privacidad.

Dentro de este contexto, el niño no tiene posibilidad de tomar decisiones ni de elegir respecto de los procedimientos médicos, propios de su tratamiento, que suelen ser altamente invasivos y dolorosos. Sin embargo, hay algo que permanece bajo su elección: El Juego.

Desde este lugar surgió el interés que dio origen al presente Trabajo Integrador Final, nutrido por toda la experiencia vivida durante el recorrido de la práctica profesional. La misma permitió comprender en profundidad la importancia del juego para los niños/as que atraviesan una enfermedad oncológica, particularmente en la Sala de Onco-Hematología (SIP 200) del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, a través del Programa Ludoteca Móvil.

Desde el rol de practicante, desempeñándome como observadora participante y a través del análisis teórico-práctico de los cinco casos seleccionados, fue posible arribar a diversas conclusiones:

Respecto al primer objetivo planteado, se logró describir los tipos de juegos que se despliegan en este contexto tan particular, evidenciando cómo se ven atravesados por variables como la edad, el momento del tratamiento o de la enfermedad, y las condiciones físicas. El juego, aunque modificado por la internación y sus restricciones, encuentra siempre formas de surgir, adaptarse y cobrar sentido: desde juegos sensoriomotores en los más pequeños hasta juegos simbólicos y reglados en los más grandes, demostrando que aún en medio de las limitaciones, el juego persiste.

En relación al segundo objetivo, se identificaron múltiples funciones que el juego cumple en este contexto, tales como la estimulación del desarrollo, la facilitación de la comunicación, la elaboración de situaciones traumáticas y el favorecimiento de la expresión subjetiva de estados internos, permitiendo externalizar vivencias y emociones a través del juego, pudiendo dominarlas y resignificarlas en él. Asimismo, proporciona al niño una sensación de autonomía y control en un entorno donde casi todo le es impuesto. Por otro lado, se observó que los modos de jugar pueden variar, manifestándose en momentos de energía y entusiasmo, o bien en actitudes de apatía y debilidad, reflejo del desgaste físico y emocional propio del proceso de enfermedad. Esto reafirma que el valor terapéutico del juego no reside en

términos de cura, sino en algo mucho más amplio: en su capacidad de sostener y humanizar la experiencia hospitalaria.

Finalmente, el tercer objetivo permitió indagar en los efectos subjetivos que este espacio generó en los niños y niñas. Fue posible vislumbrar cómo deja huellas —a veces pequeñas, otras profundas— pero siempre significativas, reflejadas en gestos, miradas y palabras compartidas. Asimismo, se evidenció que la experiencia lúdica fue una fuente de alegría, disfrute, comunicación y expresión, aun cuando sus efectos no siempre resultaban evidentes de manera inmediata.

Este trabajo no pretende cerrar respuestas, sino más bien abrir nuevas preguntas, invitando a continuar promoviendo espacios como la Ludoteca Móvil o las salas de juegos dentro del ámbito hospitalario, considerando su inmenso valor. Para futuros practicantes, esta experiencia ofrece pistas, herramientas y una propuesta a seguir explorando el poder del juego, así como a plantearse interrogantes futuros, por ejemplo: *¿Cómo promover momentos de juego compartido entre los niños y sus familias durante la internación?* Este cuestionamiento se hizo visible cuando algunos niños manifestaban que sus padres no jugaban con ellos, priorizando otras actividades como el uso del celular o salidas breves de la sala, lo cual invita a reflexionar sobre la importancia de fortalecer también el acompañamiento familiar, siempre con el bienestar integral del niño como prioridad.

Asimismo, se alienta a todos los profesionales de la salud a integrar el juego en sus intervenciones, adaptándolo a las necesidades específicas de cada niño/a, y trabajando en red para brindar una atención integral.

Esta experiencia permitió comprender que ofrecer espacios de juego no solo otorga vitalidad, sino que también reafirma el derecho a jugar y a seguir siendo niño, con todo lo que eso implica, incluso en los momentos más difíciles, permitiéndoles mantener su esencia más allá de cualquier circunstancia. Incluso cuando la posibilidad de muerte se hace presente, es posible ofrecer a los pacientes una experiencia positiva, porque, como sostienen Germ, Dussel y Medín (s.f.): “El niño enfermo es una persona digna hasta el final de sus días; tiene sentimientos, deseos, opiniones, y todo su entorno debe acompañarlo y proveerle cuidado, atención a sus necesidades físicas, emocionales, espirituales y mucho amor” (p. 3).

En definitiva, la práctica en este hospital no solo fortaleció mi formación académica, sino que también me brindó una visión más humana de la profesión, reafirmando que, más allá de los tratamientos y de los esfuerzos por curar, el verdadero sentido radica en acompañar a

cada paciente desde el respeto, la empatía y el amor, protegiendo siempre su dignidad, sus derechos y su ser, incluso en medio de la enfermedad.

Curar algunas veces, aliviar a menudo y acompañar siempre.
(Fundación Natali Dafne Flexer)

10. BIBLIOGRAFÍA

- Barnechea García, M. M., y Morgan Tirado, M. D. L. L. (2010). La sistematización de experiencias: producción de conocimientos desde y para la práctica. Tendencias y retos, 1(15), 97-107.
- <https://ciencia.lasalle.edu.co/cgi/viewcontent.cgi?article=1167&context=te>
- Benyakar, M. (2005). Lo traumático. Clínica y paradoja. Buenos Aires: Biblos.
- Blunden Nash, J., & Schaefer, C. E. (2012). Terapia de juego: Prácticas y conceptos básicos. En C. E. Schaefer (Ed.), *Fundamentos de terapia de juego* (2.^a ed., pp. 3–13). Editorial El Manual Moderno. (Trabajo original publicado en inglés como *Foundations of Play Therapy*, 2nd ed.).
- Buendía, J. (1999). Aproximación al desarrollo histórico y conceptual de la psicología clínica. En J. Buendía (Ed.), *Psicología Clínica: Perspectivas Actuales* (pp. 7-15). Pirámide.
- Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba. (2016). *Constitución del colegio de psicólogos de la provincia de Córdoba*.
- <https://cppc.org.ar/wpcontent/uploads/2022/05/CODIGO-DE-E%CC%81TICA-2016.pdf>
- Cortés Herrera, M. I., & Tlaseca Campa, M. (2004). *Monografía Jean Piaget* (Monografía para obtener el título de Licenciatura en Educación). Secretaría de Educación Pública, Universidad Pedagógica Nacional, Unidad UPN 095 Azcapotzalco.
- Deasy Spinetta, P., Spinetta, J. J., Kung, F. H., & Schwartz, D. B. (s.f.). *Aspectos emocionales del cáncer en niños y adolescentes: manual para padres*. Fundación Bunge y Born.
- Delgado Linares, I. (2011). El juego infantil y su metodología. Ediciones Paraninfo, SA.
- Federación de Psicólogos de la República Argentina (FePRA). (2013). *Código de Ética*.
- <https://fepra.org.ar/wp-content/uploads/2021/06/Codigo-de-E%CC%81tica-de-la-FePRA.pdf>
- Federación de Psicólogos de la República Argentina (FePRA). (2020). *Pautas de orientación para la atención psicológica a distancia*. <https://www.cppm.org.ar/wp-content/uploads/2020/03/PAUTAS-DE-ORIENTACI%C3%93N-PARA-LA-ATENCI%C3%93N-PSICOL%C3%93GICA-A-DISTANCIA.pdf>
- Federación de Psicólogos de la República Argentina (FePRA). (2024). *Leyes relevantes*.
- <https://fepra.org.ar/leyes-relevantes/>

- Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA). (2003). Psicología clínica y psiquiatría. *Papeles de psicólogos*, 24 (85), 1-10. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77824828004>
- Freud, S. (1908). *El creador literario y el fantaseo*. Obras completas, 9, 1906-1908.
- Freud, S. (1920). *Más allá del principio del placer*. Obras completas, 18, 1920-1922.
- Germ, S., Dussel, V., & Medín, M. (s.f.). *Cuidar a un niño enfermo en casa: Manual de cuidados paliativos para padres*. Fundación Natalí Dafne Flexer.
- Gobierno de Córdoba. (19 de julio de 2014). *Escuela hospitalaria: la educación como motor de esperanza*. Prensa CBA. <https://prensa.cba.gov.ar/informacion-general/escuela-hospitalaria-la-educacion-como-motor-de-esperanza/>
- Gómez, A. M. E. (2013). Configuración de la subjetividad en la primera infancia en un momento posmoderno. *Infancias imágenes*, 12(2), 18-28.
- González Chávez, V. (2024). Cáncer infantil: su representación y simbolización en la terapia de juego. En V. Arredondo Martínez & P. Serna González (Coord.), *Intervenciones desde y con las psicologías* (pp. 55-79). <https://doi.org/10.14483/16579089.5446>
- Guber, R. (2001). *La etnografía: Método, campo y reflexividad*. Grupo Editorial Norma.
- Haz M., A. M., Díaz V., D., y Raglanti H., M. (2002). Un desafío vigente para el psicólogo clínico: El entendimiento de estrategias de intervención integrales para abordar problemas de riesgo psicosocial. *Terapia Psicológica*, 20 (1), 23-28. <https://bit.ly/3XBSNu8>
- Jara Holliday, O. (2011). La sistematización de experiencias: aspectos teóricos y metodológicos. Entrevista a Oscar Jara. *Decisio*, 28, 67-74. <https://studylib.es/doc/2506428/la-sistematizaci%C3%B3n-de-experiencias--aspectos%20te%C3%BCnicos-y-m%C3%A9tode%20de%20vignette>
- Jara Holliday, O. (2013). *Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias*.
- Jiménez-Morales, S., Hidalgo-Miranda, A., & Ramírez-Bello, J. (2017). Leucemia linfoblástica aguda infantil: una aproximación genómica. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 74(1), 13-26.
- Lagache, D. (1982). Psicología clínica y método clínico en D. Lagache (Ed.), *Obras III: De la homosexualidad a los celos* (pp. 141- 156). Paidós.

Ley N° 7106 de 1984. Disposiciones para el ejercicio de la psicología. Boletín Oficial de la República Argentina, Córdoba, 27 de septiembre de 1984.

Medín, G., y Méndez, T. (2007). *La escolaridad del niño con enfermedad oncológica: Guía para docentes*. (1a ed.). Fundación Natalí Dafne Flexer.

Medín, G., y Méndez, T. (2007). *Pinchazos y punciones. ¿Qué podemos hacer para aliviar el dolor?* (1a ed.). Fundación Natalí Dafne Flexer.

Morosi, M. (2022) El juego terapéutico como herramienta de intervención en la asistencia integral en Oncología Pediátrica: Aportes desde la psicooncología. En Moreno, F., y Farberman, D. (2022). *Manual de psicooncología pediátrica* (1a ed.). Instituto Nacional del Cáncer.

Pereyra, R. (20 de mayo de 2023). El hospital de niños cumple 110 años: un repaso por su historia. *La Voz del Interior*. <https://www.lavoz.com.ar/viral/el-hospital-de-ninos-de-cordoba-cumple-110-anos-un-repaso-por-su-historia/>

Pérez de Maza, T. (2016). Guía Didáctica para la Sistematización de Experiencias en Contextos Universitarios. Universidad Nacional Abierta de Caracas, Venezuela. https://eva.udelar.edu.uy/pluginfile.php/641425/mod_resource/content/1/P%C3%A9rez%20de%20Maza%20%282016%29%20Sistematizaci%C3%B3n%20de%20ex%20en%20contextos%20univ.pdf

Pineda Iraheta, K. L. (2017). *Importancia del acompañamiento psicológico en la recuperación de enfermedades comunes en niños, mediante el uso de ludotecas hospitalarias* (Monografía de licenciatura). Universidad Dr. José Matías Delgado. <http://redicces.org.sv/jspui/bitstream/10972/3661/1/0002628-ADTESPI.pdf>

Pitillas Salvá, C. (2012). Ayudar al niño con cáncer en lo que necesita: Cuatro usos posibles de la terapia de juego en el campo de la psicooncología pediátrica. *Clínica Contemporánea*, 3(2), 147-161. <https://www.revistaclinicacontemporanea.org/archivos/cc2012v3n2a3.pdf>

Platas Vázquez, R. (2017). La importancia del juego en el desarrollo social del niño.

Portalatín Vargas, B. (2020). Sobre el juego en Winnicott. *Revista Electrónica de Psicoterapia Clínica e Investigación Relacional*, 14(1). <http://dx.doi.org/10.21110/19882939.2020.140110>

Real Academia Española: Diccionario de la lengua española, 23.^a ed., [versión 23.8 en línea]. <https://dle.rae.es>

- Reynoso, R. (1980). *Psicopatología y clínica infanto-juvenil*. Tomo 1. Belgrano.
- Saforcada, E. (2008). La Psicología en Argentina: desarrollo disciplinar y realidad nacional. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 42(3), 462-471. <https://www.redalyc.org/pdf/284/28442305.pdf>
- Schaefer, C. E., & Drewes, A. A. (2012). Poderes terapéuticos del juego y la terapia de juego. En C. E. Schaefer (Ed.), *Fundamentos de terapia de juego* (2.^a ed., pp. 15–26). Editorial El Manual Moderno. (Trabajo original publicado en inglés como *Foundations of Play Therapy*, 2nd ed.)
- Silva Panez, G. (2012). *Las vivencias de los niños hospitalizados desde sus dibujos y testimonios*. Fundación telefónica.
- Toro Moncada, A. M., & Pérez-Villa, M. (2021). Calidad de vida en el paciente pediátrico con cáncer. *Index de Enfermería*, 30(1-2), 44-49. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-1296202100010001
- VanFleet, R. (2012). Terapia filial: Fortalecimiento de las relaciones familiares por medio del poder del juego. En C. E. Schaefer (Ed.), *Fundamentos de terapia de juego* (2.^a ed., pp. 153–170). Editorial El Manual Moderno. (Trabajo original publicado en inglés como *Foundations of Play Therapy*, 2nd ed.).
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 11- 14. <https://biblat.unam.mx/hevila/Archivosdemedicinainterna/2011/vol33/no1/3.pdf>
- Villanueva, S. (2009). Sala de juegos terapéutica: Algunas características del niño enfermo. *Revista Hospital de Niños de Buenos Aires*, 51(234), 215-217. <http://revistapediatria.com.ar/wp-content/uploads/2012/03/con292-215.pdf>
- Yadelis Moya, L. (2021) El lugar del juego en el desarrollo evolutivo. Una comprensión teórica desde la perspectiva psicológica. <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/27358>
- Zachetti, M. (s.f.). El juego en el niño. Ficha de Cátedra.

ANEXO

INDICADORES DE OBSERVACIÓN:

Juego	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Actitudes frente a la propuesta de jugar. ❖ Motivación. ❖ Tipo de juego o juguete que prevalece (reiteración, evitación). ❖ Modalidad de juego (individual, colectivo, creativo, cooperativo, espontáneo, estereotipado, requiere motivación externa) conductas agresivas o compulsivas. ❖ Posicionamiento frente al juego y el espacio en donde se desarrolla (como inviste el espacio). Interrupciones de profesionales en la habitación (que ocurre durante las mismas, como retoma el juego). ❖ Tiempo de juego. ❖ Secuencia del juego (principio-desarrollo-fin). ❖ Reglas de juego (respeto-transgresión). ❖ Tolerancia a la frustración (frente a obstáculos del juego y al momento de finalizar el mismo). ❖ Capacidad de simbolización y grado de autonomía. ❖ Estado emocional-afectivo (risa, llanto, berrinche, ansiedad, apatía).
Formas de relacionarse	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Modalidad de interacción con sus pares, familiares, profesionales y practicantes (individual, cooperativa, solidaria). ❖ Tipos de vínculos. ❖ Comunicación (lenguaje verbal y no verbal que reflejen placer o displacer).
Respecto al tratamiento y la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Conciencia de enfermedad (miedos, temores, verbalizaciones acerca de la enfermedad y/o tratamiento que está recibiendo). ❖ Expresiones respecto a la situación de hospitalización. ❖ Cómo afecta su estado orgánico a la actividad lúdica o la limita. ❖ Qué efectos tiene el juego.

9

⁹ El presente cuadro fue elaborado a partir del material proporcionado por el equipo del Programa Ludoteca Móvil del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, con el fin de utilizarlo como guía para registrar los momentos de juego con los pacientes.