

**Strazzacappa, Renata**

---

**Experiencia de  
implementación del  
dispositivo ludoteca móvil  
de un hospital de Córdoba  
con niños y niñas que  
atraviesan una enfermedad  
oncológica: aportes del  
equipo de salud mental en  
el sostén de las funciones  
parentales**

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

Directora: Perazolo, Sofía

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.](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CÓRDOBA

---

*Universidad Jesuita*

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

**TRABAJO INTEGRADOR FINAL**

**“EXPERIENCIA DE IMPLEMENTACIÓN DEL DISPOSITIVO LUDOTECA  
MÓVIL DE UN HOSPITAL DE CÓRDOBA CON NIÑOS Y NIÑAS QUE  
ATRAVIESAN UNA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA: APORTES DEL EQUIPO DE  
SALUD MENTAL EN EL SOSTÉN DE LAS FUNCIONES PARENTALES”**

Strazzacappa, Renata

2026



*“Experiencia de implementación del dispositivo Ludoteca Móvil de un hospital de Córdoba con niños y niñas que atraviesan una enfermedad oncológica: aportes del equipo de salud mental en el sostén de las funciones parentales”*



**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**

**“EXPERIENCIA DE IMPLEMENTACIÓN DEL DISPOSITIVO LUDOTECA  
MÓVIL DE UN HOSPITAL DE CÓRDOBA CON NIÑOS Y NIÑAS QUE  
ATRAVIESAN UNA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA: APORTES DEL EQUIPO DE  
SALUD MENTAL EN EL SOSTÉN DE LAS FUNCIONES PARENTALES”**

**Autora:** Strazzacappa Renata // Clave 2110905

**Directora:** Lic. Sofía Perazolo // M.P 11408

**2026**

## Agradecimientos

*Agradezco a mi familia por ser mi sostén incondicional y mi mayor fuente de inspiración para este trabajo. Gracias por acompañarme en cada momento en el que el camino se volvía difícil, por esperarme con un abrazo después de cada día de la facultad y por hacer posible mi formación académica profesional.*

*Agradezco el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, por abrirme sus puertas con calidez y acompañamiento, y por permitirme conocer en profundidad esta disciplina que amo. Gracias por la paciencia, la disponibilidad para responder cada duda y por sostener el aprendizaje que esta experiencia significó para mi.*

*Agradezco a cada familia y cada pacientito que me permitió compartir un momento de su día a día. Gracias por dejarme, jugar, escuchar y acompañar. Con ustedes aprendí que aún en una situación difícil, el encuentro y la sonrisa siguen siendo posibles. Gracias por recordarme, cada día, el valor de la vida.*

*Agradezco a mi directora por acompañarme en este recorrido con compromiso y generosidad, ayudándome a encontrar las palabras para expresar aquello que deseaba transmitir en la elaboración de este Trabajo Integrador Final.*

*Y por último, agradezco a mis hermanas que me regaló la facultad, por hacer de este camino más alegre y compartido. Gracias por estos años de amistad, por sostenerme y por ayudarme a creer más en mi misma.*

## ÍNDICE GENERAL

<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>8</b>
<b>2. CONTEXTO DE LA PRÁCTICA.....</b>	<b>11</b>
2.1 LA PSICOLOGÍA CLÍNICA: HISTORIA Y DESARROLLO.....	12
2.2. DEFINICIÓN Y ALCANCES DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA.....	14
2.3 DESAFÍOS Y PARTICULARIDADES DE LA CLÍNICA EN LA ACTUALIDAD.....	16
2.4 LA ÉTICA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: UN PILAR FUNDAMENTAL.....	17
<b>3. CONTEXTO INSTITUCIONAL.....</b>	<b>19</b>
3.1 TRAYECTORIA HISTÓRICA DE LA INSTITUCIÓN.....	20
3.2 ESTRUCTURA Y DISTRIBUCIÓN DE LOS SERVICIOS.....	21
3.3 SERVICIO DE SALUD MENTAL EN EL HOSPITAL.....	24
3.4 ORGANIGRAMA.....	27
<b>4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN.....</b>	<b>28</b>
<b>5. OBJETIVOS.....</b>	<b>30</b>
5.1 OBJETIVO GENERAL.....	31
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	31
<b>6. PERSPECTIVA TEÓRICA.....</b>	<b>32</b>
6.1 LA EXPERIENCIA INFANTIL FRENTE A LA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA.....	33
6.2 FAMILIA Y SUS FUNCIONES PARENTALES ANTE LA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA INFANTIL.....	34
6.3 EL JUEGO COMO CONSTITUYENTE PSÍQUICO.....	38
6.4 FUNCIÓN DEL JUEGO EN LA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA.....	40
6.5 LA LUDOTECA MÓVIL: APORTES DE SALUD MENTAL.....	41
<b>7. MODALIDAD DE TRABAJO.....</b>	<b>43</b>
7.1 CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS PARTICIPANTES.....	45
7.2 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	47
7.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	48
<b>8. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA.....</b>	<b>51</b>
8.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO.....	52
8.2 ANÁLISIS Y SÍNTESIS.....	55
8.2.1 LA LUDOTECA DEL HOSPITAL.....	56
8.2.1.1 CUANDO EL JUEGO SE PIENSA EN EQUIPO.....	59
8.2.1.2 ¿A QUÉ HABITACIÓN ENTRAMOS PRIMERO?.....	61
8.2.1.3 ARMAR Y DESARMAR EL JUEGO.....	63
8.2.2 EL JUEGO COMO ESPACIO COMPARTIDO.....	66
8.2.2.1 MAMA Y PAPA NO SE VAN, ESTAMOS ACA: CASO BENICIO.....	67

8.2.2.2 LA MAGIA DEL JUEGO: CASO LUCAS.....	70
8.2.2.3 YO PUEDO SOLO: CASO BASTIAN.....	72
8.2.2.4 CUANDO SEA GRANDE QUIERO SER NIÑO: CASO BORJA.....	74
8.2.3 LO QUE SOLO NO SE PUEDE EN RED SE CONSIGUE.....	76
8.2.3.1 GRACIAS POR VENIR, ESTAMOS APRENDIENDO.....	78
8.2.3.2 LA IMPORTANCIA DE JUGAR CON OTROS.....	81
8.2.3.3 JUGANDO SE PASA VOLANDO.....	84
<b>9. CONCLUSIONES.....</b>	<b>87</b>
<b>10. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....</b>	<b>91</b>
<b>11. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>93</b>

## ÍNDICE DE SIGLAS O ABREVIATURAS

EEUU: Estados Unidos

EFPA: Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos.

FePRA: Federación de Psicólogas y Psicólogos de la República Argentina.

UCC: Universidad Católica de Córdoba.

UNC: Universidad Nacional de Córdoba.

HNST: Hospital de Niños de la Santísima Trinidad.

SIP: Sala de Internacion Pediátrica.

PADI: Programa de Atención Domiciliaria Infantil.

SENAF: Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia.

UIAVI: Unidad Interdisciplinaria de Atención a la Violencia Infantil.

NNyA: Niños, Niñas y Adolescentes.

SSM: Servicio de Salud Mental.

CPPC: Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba.

## **1. INTRODUCCIÓN**

El siguiente trabajo apunta a la construcción del proyecto de Trabajo Integrador Final. Se presenta un desarrollo sobre la experiencia en el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad enmarcada dentro de las Prácticas Profesionales Supervisadas en el año 2025, correspondiente al contexto clínico de la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad Católica de Córdoba.

El escrito se estructura en diferentes apartados, en primer lugar, se ofrece un desarrollo sobre el contexto de la Psicología Clínica, la historia de sus orígenes hasta su aplicación en Argentina, su definición y elementos en juego, sus desafíos y particularidades en la actualidad, y la importancia de la ética en la clínica.

Luego, se presenta el contexto institucional, el HNST, teniendo en cuenta su historia, la estructura y división de los servicios en el mismo enfatizando en el funcionamiento del Servicio de Salud Mental.

En una etapa siguiente, se introduce el eje de sistematización elegido -"Experiencia de implementación del dispositivo Ludoteca Móvil de un hospital de Córdoba con niños y niñas que atraviesan una enfermedad oncológica: aportes del equipo de salud mental en el sostén de las funciones parentales"-, junto con los objetivos que lo orientan, en torno a los cuales se articulará lo que sigue del escrito.

Seguidamente, se plantea la perspectiva teórica desde un enfoque psicoanalítico, apoyándose en los autores clásicos, con el fin de fundamentar los conceptos centrales pertinentes al eje planteado.

Posteriormente, se describe la modalidad del trabajo, explicitando en qué consiste una sistematización de experiencias, los sujetos seleccionados en función del eje, las técnicas de recolección de datos empleadas y las consideraciones éticas pertinentes tanto para la práctica como para la elaboración de este escrito.

De manera sucesiva, se expone el análisis de la experiencia vivida partiendo desde la recuperación del proceso vivido, en el cual se destacan observaciones y reflexiones personales que surgieron a lo largo de la experiencia en el hospital. En este apartado se presenta el análisis y síntesis de la práctica, orientado a dar respuesta a los tres objetivos planteados, mediante una articulación teórico-práctica construida a partir de la selección de cuatro pacientes que formaron parte del dispositivo elegido. En este marco, se describe la función, la

dinámica y el encuadre del dispositivo Ludoteca Móvil. A partir de su descripción, se exploran diversas escenas lúdicas en las que participan los cuidadores junto al niño/a. Estas escenas serán retomadas para un análisis más profundo, donde se identifican los aportes del equipo de salud mental en el sostenimiento de las funciones parentales dentro de las escenas lúdicas previamente desarrolladas.

Finalmente, se exponen las conclusiones del trabajo, destacando el valor de la Ludoteca Móvil en el acompañamiento de la familia y los niños/as, así como las reflexiones derivadas del proceso de sistematización.

En última instancia, se presenta el listado de referencias bibliográficas utilizadas.

## **2. CONTEXTO DE LA PRÁCTICA**

## 2.1 LA PSICOLOGÍA CLÍNICA: HISTORIA Y DESARROLLO

Este apartado propone una aproximación al recorrido histórico de la psicología clínica, desde sus orígenes más tempranos, hasta su desarrollo e implementación en Argentina.

Para una mejor comprensión del surgimiento de la psicología clínica, es necesario remontarse a ciertos antecedentes históricos ligados a formas muy tempranas de abordaje frente al malestar psíquico. En las primeras sociedades, los trastornos mentales solían atribuirse a la influencia de fuerzas sobrenaturales. Buendía (1999), describe que el nacimiento de las sociedades más complejas, trajo consigo terapias fuertemente influenciadas por lo religioso. En la Antigua Grecia, la medicina se convierte en ciencia, lo que marca el inicio de la primera medicalización de las alteraciones mentales. A su vez, el cristianismo siempre estuvo muy presente a la hora de hablar de dichas alteraciones. Progresivamente las personas con padecimientos psíquicos, llamados “locos” comenzaron a ser consideradas peligrosas y en muchos casos, criminales.

Buendía (1999) enfatiza uno de los hitos más importantes a finales del siglo XVII, luego de la Revolución Industrial, en Francia. Allí, Philippe Pinel, uno de los referentes más importantes en la historia de la psicología, introduce una ruptura clave de la concepción de la locura. Es la primera instancia en donde la enfermedad mental se integra formalmente dentro del campo de las ciencias médicas, marcando un cambio fundamental en el tratamiento de las personas con sufrimiento psíquico.

Durante los últimos años del siglo XIX, en los Estados Unidos, suele situarse el inicio de la psicología como tal. Este desarrollo fue impulsado por Lightner Witmer, un discípulo de Wundt. Dicho personaje, abre la primera clínica psicológica para atender a personas con malestares psicológicos en la Universidad de Pensilvania. En Europa, Freud se convirtió en el representante de la psicología, a partir del desarrollo del psicoanálisis, el cual generó importantes controversias en su época (Colman, 2023).

No obstante, la psicología clínica se consolida propiamente como tal luego de la década de 1940. Luego de la Segunda Guerra Mundial, sus funciones comienzan a

evolucionar: se observa una tendencia en torno a la patología. A partir de allí, se define en EEUU el rol del psicólogo clínico como aquel profesional dedicado al diagnóstico, tratamiento e investigación de los desórdenes del comportamiento (Buendía, 1999).

Será recién en la década de 1960 cuando la psicología clínica obtiene un triple reconocimiento que marca un nuevo punto de inflexión. Por un lado, comienza a considerarse en todas las ramas de la medicina. Por otro lado, se reconoce que la labor del psicólogo clínico no debe limitarse exclusivamente a los problemas psicopatológicos. Y, finalmente, se valora que esta ciencia puede contribuir con nuevas concepciones sobre los problemas de salud en general (Rachman 1980, citado por Buendía, 1999).

De esta manera, la práctica clínica se orientó también a la atención integral de la persona, promoviendo el bienestar, la prevención y el mantenimiento de la salud tanto física como psíquica.

Resulta pertinente situar el desarrollo en el contexto argentino. A finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX, en Argentina se hablaba de una “Psicología sin Psicólogos” (Vezzetti 1988, citado por Degiorgi 2022, p.12), ya que aún no existía una formación profesional reconocida. En 1899, siguiendo los lineamientos de Wundt, Horacio Piñero puso en funcionamiento el Laboratorio de Psicología Experimental en el Colegio Nacional de la Universidad de Buenos Aires. Junto a él, figuras como José Ingenieros y el Dr. Francisco de Veyga, impulsaron la creación de la Sociedad de Psicología de Buenos Aires en 1908 (Safrocada, 2008). Esto podría ser el primer esbozo de las bases de un porvenir institucional de dicha disciplina.

El proceso de institucionalización de la psicología, tal como describe Safrocada (2008), dio un paso decisivo en 1955, año en que se crea la carrera universitaria de Psicología. En este contexto, la orientación clínica se posicionó rápidamente como una de las más elegidas por los estudiantes, debido a la fuerte expansión del psicoanálisis como corriente dominante (Degiorgi, 2022).

Desde el punto de vista legal, se destacan las tensiones en torno al ejercicio profesional del psicólogo clínico. En el año 1967, se promulga la Ley Nacional 17.132 en la cual se menciona la prohibición de los psicólogos en ejercer la práctica clínica sin una supervisión médica. Luego, en 1980 se dicta la Resolución 1560/80, la misma dice que “los

psicólogos les incumbe la obtención de test psicológicos y la colaboración en tareas de investigación psicológica únicamente por indicación y bajo supervisión del médico psiquiatra (...)” ( Degiorgi, 2022, p.20).

Con el paso del tiempo, el campo clínico fue incorporando variedad de enfoques psicoterapéuticos, este crecimiento se desarrolló en paralelo al avance de la psiquiatría, lo que obstaculiza la autonomía de la psicología. No fue hasta las últimas décadas del siglo XX que se alcanzó el reconocimiento legal y profesional del psicólogo clínico como agente terapéutico independiente, dejando atrás su figura subordinada al médico psiquiatra (EFPA, 2003, citado en Boedo Martinez, 2025).

En el plano gremial, un avance fundamental sucedió en el año 1977, la creación de la FePRA, “una entidad 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” (Saforcada, 2008 p. 469). Finalmente, en la década del 1980, se consolidó un periodo de plena institucionalización y fortalecimiento del rol del psicólogo en el país.

## 2.2. DEFINICIÓN Y ALCANCES DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

La Psicología Clínica se ha definido según Lagache (1982), como el estudio profundo de casos individuales su contexto, buscando comprenderla en su totalidad. En la misma línea, la EFPA (2003) define a la misma como “una disciplina científico-profesional con historia e identidad propias y cuyos objetivos son la evaluación y diagnóstico, tratamiento e investigación en el ámbito de los trastornos psicológicos o mentales” (p.1). Así mismo, dicho organismo resalta que la Psicología Clínica se ocupa de trastornos mentales, y no de “enfermedades” en sentido médico. Esta distinción es central, ya que incluso en casos graves

como la esquizofrenia o depresión, la importancia está en múltiples factores psicológicos y sociales.

Sin embargo, en múltiples situaciones, el origen del término “clínico” puede generar cierta confusión. Por este motivo, es fundamental diferenciar la psicología clínica de la psicología médica. El contraste principal entre ambas es que la psicología clínica, si bien trabaja el malestar psíquico, lo hace desde un enfoque centrado en el sujeto, no solamente priorizando lo físico, sino su historia, su subjetividad y su contexto.

Ahora bien, esto no implica que los psicólogos no puedan participar en ámbitos hospitalarios. Por el contrario, su presencia resulta cada vez más necesaria. Esta participación se encuentra avalada debido a la Ley Provincial N° 7106 (1984) que en su Art. 2º, inciso a) define al área de la Psicología Clínica como: “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”. Dentro de este enfoque se encuentran múltiples métodos, modelos y procedimientos, algunos de ellos pueden ser métodos psicodiagnósticos, orientados a la evaluación y comprensión del funcionamiento psíquico; modelos psicopatológicos, que permiten organizar las manifestaciones del malestar; y procedimientos psicoterapéuticos, que abarca específicamente las técnicas para el tratamiento (Colman, 2023).

En este sentido, y siguiendo a Buendía (1999) las tareas de un psicólogo clínico incluyen la evaluación del comportamiento y de la personalidad, la investigación en torno al ser humano, la psicoterapia orientada a reducir el malestar y conseguir cambios, la prevención en salud mental y la enseñanza para la formación de futuros profesionales.

Siguiendo la misma línea, Jorge (2018) destaca la evaluación clínica como función esencial, ya que permite al psicólogo indagar, fijar objetivos, intervenir, pronosticar y volver a evaluar. Se la entiende evaluación clínica como un proceso de recoger y organizar la información acerca de una persona, con el fin de comprenderla y anticipar su conducta futura. Este proceso se enmarca dentro del método clínico, basado en el estudio profundo de un caso que sigue tres etapas: observar, elaborar hipótesis y diagnosticar.

### 2.3 DESAFÍOS Y PARTICULARIDADES DE LA CLÍNICA EN LA ACTUALIDAD

Hablar de clínica en la actualidad implica reconocer que el ejercicio profesional se desarrolla en un contexto dinámico, atravesado por transformaciones sociales, culturales y tecnológicas. En este marco, se entiende que la psicología surge como una disciplina que implica no aislar al sujeto e integrar todos aquellos aspectos que forman parte de la vida de una persona.

Tomando los aportes de Colman (2023), es necesario repensar el rol del psicólogo clínico y su lugar de práctica desde una perspectiva actual, capaz de estar a la altura de la complejidad que forman las distintas maneras de pensar. Esta complejidad está atravesada por una diversidad de demandas que no son sólo individuales, sino que también colectivas. En esta línea, Colman (2023) afirma: “la mirada actual conceptualiza los problemas de salud mental como problemáticas psicosociales, las cuales se encuentran influidas por variables de distinto orden lógico, y que se relacionan con el modo con que el individuo interactúa en contextos diversos” (p.6).

En el contexto actual, complejo y cambiante, el rol del psicólogo también se transforma. Es así como uno de los principales desafíos es dejar atrás la idea de que el trabajo debería ser únicamente individual y autónomo (Colman, 2023). A lo largo del tiempo, diversas leyes fueron reconociendo la importancia del psicólogo en ámbitos más integrales, habilitando su labor en hospitales, escuelas y otras instituciones.

Este cambio, también implica una nueva concepción del sujeto. Tradicionalmente, se pensaba que el objetivo de la psicología clínica era cuidar la salud mental del paciente desde un espacio individual. Sin embargo, este enfoque es limitado, no alcanza para dar respuesta a la complejidad. En este sentido, uno de los desafíos más importantes para el psicólogo es el de ampliar la práctica. Haz et al (2002) agrega un aporte valioso al señalar que la mirada

sobre los problemas de salud mental se ha complejizado y que ya no es posible comprender las patologías del sujeto como si fuera única y exclusivamente del individuo. Por el contrario, hay que comenzar a situar los problemas desde un contexto único, en el cual el individuo vive en una red con influencias de todo tipo.

Si tomamos lo expuesto anteriormente, puede decirse que dicho desafío interpela al psicólogo a desarrollar un manejo de lenguaje que le permita trabajar con un equipo interdisciplinario (Colman, 2023). Esto implica la necesidad de establecer vínculos con profesionales que trabajen en otros ámbitos del saber para que lleguen a una colaboración conjunta. Debido a que cualquier dispositivo, se encuentra atravesado por transformaciones sociales derivadas de políticas gubernamentales. Dichas políticas promovieron un cambio de mirada, orientado hacia un trabajo relacionado a servicios públicos, con énfasis en la atención primaria de la salud. Esta perspectiva propone una visión integral que incluya acciones de promoción, prevención y rehabilitación (Haz et al, 2002).

Finalmente, y no por ello menos relevante, este contexto cambiante, habilita al psicólogo clínico a repensar su rol. Es fundamental que el profesional de la salud mental pueda adoptar una mirada crítica frente a problemas psicosociales actuales. Tal como afirma Colman (2023), el abordaje actual de estas problemáticas demanda una perspectiva interdisciplinaria y un enfoque multidimensional. Solo de este modo el psicólogo clínico puede abordar de manera compleja, desde su lugar, el trabajo con las personas que consultan.

Tomando los aportes de Lagache (1982), la psicología clínica es una herramienta central para comprender conductas humanas. Pero la fuerza de la misma radica en su capacidad de adaptarse en cualquier contexto, integrando enfoques y una mirada amplia.

## 2.4 LA ÉTICA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: UN PILAR FUNDAMENTAL

La ética es algo que atraviesa constantemente, en todo momento, al profesional que tiene a su cargo la vida y el bienestar de una persona. Según Garcia Barthe (1977) la ética se entiende como códigos de normas y sistemas de valores, es la reflexión sobre la acción. Una acción realizada por un sujeto responsable que debe hacerse cargo de sus efectos.

Dicho esto, un profesional de la salud mental debe poseer una postura ética frente a la clínica, un compromiso con el paciente y con las acciones que realiza frente al mismo. En función de ello, existe la FePRA (2013), aquel documento que obliga a los psicólogos a actuar desde la ética. Los psicólogos deben respetar la intimidad, autonomía y bienestar de la persona y las comunidades, reconocer los límites de su competencia, asumir responsabilidad, mantenerse actualizados científicamente, hacia la comunidad y la sociedad en la que trabaja y vive.

De esta manera, se entiende que la ética es la herramienta y un pilar fundamental de la psicología clínica. Trabajar con la subjetividad de un otro exige una actitud de responsabilidad, de respeto y de compromiso. Sin una posición ética, el vínculo entre paciente y profesional pierde sentido, ya que el cuidado, la escucha, la confianza se da en un encuentro que se sostiene en la ética.

### **3. CONTEXTO INSTITUCIONAL**

### 3.1 TRAYECTORIA HISTÓRICA DE LA INSTITUCIÓN<sup>1</sup>

La siguiente descripción sobre la trayectoria institucional ha sido elaborada a partir de información recabada de diversas fuentes de libre acceso al público, tales como el portal oficial del Gobierno de la provincia de Córdoba y una sección del diario La Voz del Interior. Estas referencias permiten reconstruir acontecimientos que marcan la historia de dicho hospital.

El Hospital de Niños de la Santísima Trinidad es un Hospital Pediátrico de alta complejidad ubicado en la ciudad de Córdoba, Argentina. Actualmente se encuentra en Bajada Pucará 787, esquina Ferrovianos, en Barrio Crisol (CP X5000). Dicha institución, pertenece a la red hospitalaria del Ministerio de Salud de Córdoba, catalogado como uno de los hospitales más importantes, debido a la gran afluencia de pacientes provenientes de todo el territorio provincial.

La creación del HNST se remonta al año 1893 junto a dos figuras importantes, Dr. Jose Antonio Ortiz y Herrera, quien tenía el cargo de Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNC. Ese mismo año, el Gobierno de Córdoba entregó dos casas ubicadas en la calle Entre Ríos a la Sociedad de Beneficencia de Córdoba, entidad que tenía la administración de los hospitales. De esta manera, el 20 de mayo de 1894, comenzó a funcionar oficialmente el hospital, siendo su primer director el Dr. Geronimo del Barco.

A lo largo de los años, la institución experimentó un crecimiento, la Facultad de Medicina de la UNC incorporó la Cátedra de Pediatría al hospital. Dos años después, logra haber 30 camas y se inauguró una sala de cirugía. En 1897, se crearon los consultorios externos propios de Oftalmología y Otorrinolaringología. Bajo la dirección del Dr. del Barco, quien ejerció dicho cargo durante más de tres décadas, se desarrollaron también el servicio de

---

<sup>1</sup> 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/>  
<https://turismo.cordoba.gob.ar/hospital-de-ninos-de-la-santisima-trinidad/>

Cirugía, Pabellón de Enfermedades Infecciosas, una farmacia institucional, y el consultorio odontológico. Hasta 1919 ya contaba con 180 camas y salas, en las que había servicios de Pediatría, Cirugía, Ortopedia y Fisioterapia. Finalmente, en la década del 1950, el hospital pasó a depender del Gobierno de la Provincia de Córdoba, siendo hasta el día de hoy, quien se encarga de designar a las autoridades y a cualquier profesional que trabaje allí.

Casi 50 años después, ante el crecimiento demográfico y la demanda sanitaria, en el año 2000 se inauguró un edificio con más espacio en Bajada Pucará, dentro del Polo Sanitario en Córdoba, con tres plantas y más de 21.000 m<sup>2</sup>.

Hoy en día, con 131 años de trayectoria, el HNST continúa siendo una institución pública y con todas las especialidades pediátricas, consolidada como referente sanitario en la provincia y el país.

### 3.2 ESTRUCTURA Y DISTRIBUCIÓN DE LOS SERVICIOS

En el presente, el HNST asiste a una población desde los 30 días a los 14 años y 11 meses de edad. Se encuentra organizado en distintos servicios y áreas que responden a las necesidades clínicas de una institución pediátrica de tercer nivel. Para comprender mejor este término, conforme a lo propuesto por Vignolo et al (2011), el tercer nivel de complejidad se refiere a instituciones que brindan prestaciones médicas y quirúrgicas con subespecialidades. Esto equivale a decir que el HNST se encuentra dentro del nivel más alto de atención médica, no solo ofrece atención médica general, sino también intervenciones realizadas por profesionales con formación en múltiples especialidades. A su vez, implica que cuentan con

equipamiento tecnológico avanzado para llevar a cabo cualquier práctica compleja que requiera precisión.

El edificio del hospital consta de tres niveles o plantas. En primer lugar, un nivel inferior, que comprende el subsuelo de la institución. Aquí, se encuentra la Guardia Central de Emergencia, la Unidad de Estabilización Pediátrica en Emergencia (UEPE), la Unidad Coronaria (UCO), la Unidad de Terapia Intensiva (UTI), Hemodiálisis, Sala de Informes, Nefrología, Morgue, Centro Quirúrgico y Nutrición. Cabe mencionar además que junto a la Terapia Intensiva se encuentra la Sala Familiar de Terapia Intensiva, un espacio de contención y descanso totalmente gratuito para padres con sus hijos internados en el hospital organizada por “La Casa Ronald Mcdonald” (Registro N°5, 06/08/2025).

En segundo lugar, un nivel medio, que comprende la planta baja por el cual se encuentra la entrada principal del hospital. Aquí se localizan los siguientes servicios Hemoterapia, Servicios Sociales, Unidad Interdisciplinaria de Atención a la Violencia Infantil (UIAVI), Coloproctología, Laboratorio General y Especializado, Electromedicina, Medicina Nuclear, Hemodinámica, Departamento de Salud Ambiental, Biblioteca, en donde actualmente, se reúne el equipo de salud mental, debido a que el servicio original esta en reforma; la Sala de Telecomunicación, Diagnóstico por Imágenes, Sala de Internación Pediátrica Psiquiátrica (SIP 700), Hospital de Día, Toxicología, Servicio de Quemados, Cirugía Plástica, Farmacia, Lactancia, Oficinas de Información, Rehabilitación, Kinesiología y Discapacidad. Asimismo, en la planta correspondiente, se encuentran los consultorios externos divididos en tres baterías: “Batería A”: Traumatología, Endocrinología, Urología, Neuro-urología, Oftalmología, Genética, Diabetes, Onco-Hematología, Neumología, Enfermedades Metabólicas, Laboratorio Funcional Pulmonar y Gastroenterología; “Batería B”: Dermatología, Cardiología, Otorrinolaringología, Fonoaudiología, Salud Mental, Neurología, Reumatología, Electroencefalograma y Electrocardiograma; “Batería C”: Vacunatorio, Clínica Médica, Dermatología, Gastroenterología, Cirugía General, Adolescencia, Alergias, Infectología, Cuidados Paliativos, PADI, Infectología y Neurocirugía, Hematología y Odontología (Registro N°5, 06/08/2025)

Por último, un nivel superior, el primer piso del hospital. Los servicios que se detallan a continuación son las Salas de Internación Pediátrica (SIP) de las cuales cuatro son destinadas a internación general (SIP 100, 400, 500 y 600). Otras dos salas tienen funciones

más específicas: la Unidad de Cuidados Intermedios Pediátricos SIP 300 (UCI), y la Sala de Onco-Hematología Pediátrica (SIP 200), espacio central en el desarrollo de esta práctica (Registro N°5, 06/08/2025)

A modo de resumen, según el Gobierno de la Provincia de Córdoba (2014), “el hospital cuenta con siete SIP, cada una de ellas con alrededor de 40 niños/as y una especificidad diferente, oncológica, de salud mental, casos de urgencia, o enfermedades crónicas” (párr. 13)

A diferencia de los servicios mencionados, existen también dispositivos externos que funcionan tanto por fuera del edificio central, como en su interior. Entre ellos, se encuentra la Escuela Hospitalaria y Domiciliaria llamada “Atrapasueños”, que funciona en el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad. Su objetivo es lograr que los niños/as que se encuentran internados no pierdan el contacto con la educación escolar (Gobierno de la Provincia de Córdoba, 2014).

Del mismo modo, se destaca el voluntariado “SOLES”<sup>2</sup>, que, según lo expresado en su página oficial, es una organización de voluntarios que tiene como misión brindar apoyo económico y emocional a niños/as que reciben tratamiento oncológico en el HNST y el Hospital Infantil, así como también a su núcleo familiar.

También se encuentra la Casa de Ronald Mcdonald, ubicada junto al HNST, ofrece alojamiento y contención a familias derivadas por Asistencia Social cuyos niños/as requieren tratamientos oncológicos o de otras patologías de alta complejidad. Cuenta con capacidad para albergar 19 familias y dispone de instalaciones completas incluyendo cocina, sala de juegos, sala de computación, biblioteca, jardín y lavadero con el objetivo de cubrir integralmente las necesidades cotidianas de las familias alojadas. (Casa de Ronald Mcdonald, s/f)

A su vez, el hospital presenta diferentes programas interdisciplinarios. Los programas de salud se definen como planes de atención sanitaria especialmente diseñados para ayudar en el tratamiento de enfermedades crónicas a un grupo específico de personas. Entre los objetivos fundamentales están: promocionar hábitos y estilos de vida saludables, prevenir enfermedades o tratar las enfermedades una vez ya instauradas, recuperar las habilidades y

---

<sup>2</sup> Información obtenida del sitio web: <https://soles.org.ar/index.php>

capacidades que han sido dañadas, facilitar la resolución de problemas y colaboración activa con los profesionales de la salud para mejorar los resultados clínicos. Por último y no menos importante, brindar soporte psicosocial en las diferentes situaciones relacionadas con la enfermedad y el tratamiento (Registro N°0, 12/06/2025).

### 3.3 SERVICIO DE SALUD MENTAL EN EL HOSPITAL

El SSM en el hospital está conformado por un equipo interdisciplinario de profesionales provenientes de cinco áreas: Psicología, Psicomotricidad, Trabajo Social, Psicopedagogía y Psiquiatría. Además forman parte del equipo los residentes que transitan la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental, así como los estudiantes avanzados que realizan sus Prácticas Profesionales Supervisadas en el marco del último año de su formación universitaria. Estas disciplinas suelen compartir en el transcurso de sus días un mismo espacio físico y trabajan de manera articulada dentro del servicio.

En cuanto a la organización interna, el servicio cuenta con una médica-psiquiatra como jefa del servicio, quien tiene el cargo más alto, y con coordinadoras en cada área específica: 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 (Registro N°9 13/08/2025).

La división de Salud Mental funciona dentro de la subdirección del Hospital que comprende: la Sala de Internación en Salud Mental (SIP 700), Consultorio Externo e Internación en Salas generales y Programas. El servicio recibe consultas a través de tres

instancias: derivación por Triage, interconsultas solicitadas por un profesional de hospital o por ingreso por la guardia de urgencias (Registro N°9, 13/08/2025). A continuación se describen los principales espacios de atención.

En primer lugar, la SIP 700 cuenta con 7 camas distribuidas en 4 habitaciones y se admiten pacientes hasta los 14 años y 11 meses de edad, que no requieran cuidados clínicos de mediana o alta complejidad. Allí, se internan pacientes que ingresan a través de la guardia psiquiátrica. La admisión se realiza tras una evaluación inicial y la obtención del consentimiento informado de padres/tutores y del paciente, explicando el motivo de internación. Durante la internación, se trabaja el plan de tratamiento, la administración y control de medicación, el seguimiento de posibles efectos secundarios y el manejo de la agresividad, que puede requerir sujeción mecánica y uso de fármacos (Registro N°0, 12/06/2025).

En segundo lugar, el Consultorio Externo, a diferencia de la SIP 700, brinda atención a niños/as y adolescentes hasta 13 años y 11 meses. Su objetivo es abordar el sufrimiento psíquico, asociado o no a condiciones orgánicas, en contextos de vulnerabilidad y complejidad, ya sea en el consultorio externo del hospital, o por derivación institucional o demanda espontánea. Allí se realiza el *Triage*, un dispositivo interdisciplinario a los fines de realizar una valoración más exhaustiva de la situación de la persona que demanda la atención, se define una estrategia de abordaje, convocando a las disciplinas pertinentes. El procedimiento habitual consiste en registrar la consulta, agregar al paciente a una lista de espera y, aproximadamente al mes y medio, otorgar un turno para la entrevista de *Triage*. Según el caso, el tratamiento puede ser individual, grupal o derivarse al Programa Interdisciplinario de Abordaje del Desarrollo. En este marco, el SSM participa activamente en dichos programas, entre los que se encuentran: Diabetes, VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana), Oncología, Fibrosis Quística, Pie Bot, Enfermedad Celíaca, Trasplante Renal y Hemodiálisis, Hipotiroidismo Congénito, Fisura Palatina, PADI, Falla intestinal, UIAVI, y Enfermedades Metabólicas (Registro N°0, 12/06/2025).

Por último, las internaciones en Salas Generales, Interconsultas y la participación en Programas también integran el trabajo del equipo de Salud Mental. La interconsulta debe ser realizada por médico tratante de cabecera del internado, y puede originarse por demanda del propio paciente o del equipo de salud. Entre las tareas específicas del profesional de salud

mental se incluyen: diagnóstico situacional del bebe, niño/a, adolescente y grupo familiar; devolución al equipo médico con un plan terapéutico; registro de evolución en historia clínica; diseño de estrategias de intervención; elaboración de informe de alta de pacientes; articulación con equipo de seguimiento o tratamiento, y elaboración de informes. Asimismo, el servicio de Salud Mental interviene en todos los programas mencionados previamente (Registro N°0, 12/06/2025).

En este contexto, el equipo mantiene contacto permanente con la SENAF por las graves vulneraciones de derechos de NNyA, como maltrato físico o emocional, violencia y abuso sexual (comunicación personal, M.M, agosto 14, 2025). Además, entre sus dispositivos específicos se encuentra la Sala de Juegos SIP 700, la Ludoteca Movil Oncologica, el Programa de Seguimiento y Desarrollo, y el abordaje de intentos de suicidio. De forma transversal, el área realiza Supervisiones; Presentación de Casos Clínicos; Ateneos del servicio de Salud Mental; Registro de planillas; y Registro en la Historia Clínica Digital, lo que evidencia el carácter de alta complejidad del hospital (Registro N°0, 12/06/2025).

3.4 ORGANIGRAMA

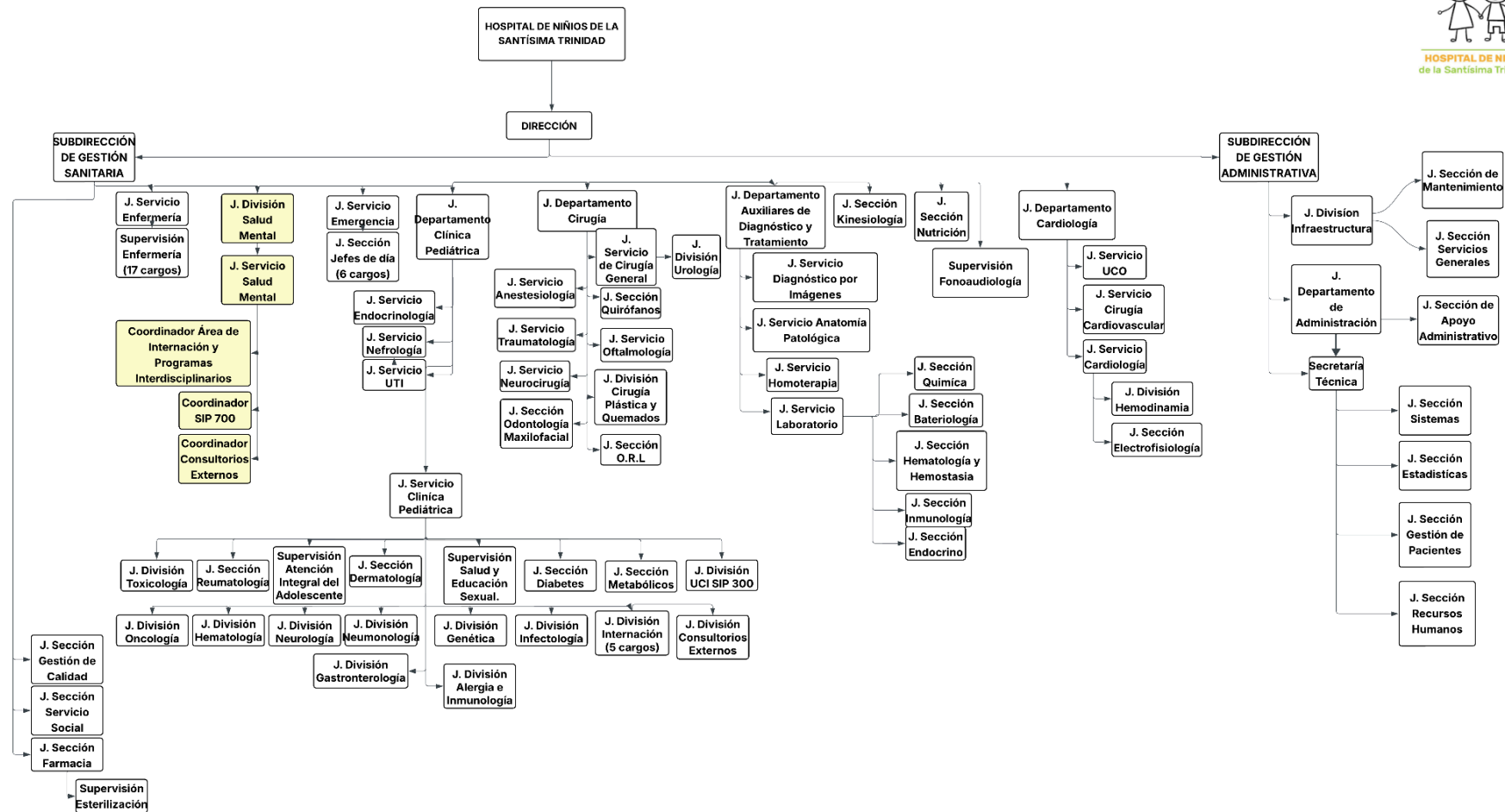


Figura N°1: Organigrama elaborado en base a la información proporcionada por la Sala de Dirección (Registro N°9, 13/08/2025)

#### **4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN**

*“Experiencia de implementación del dispositivo Ludoteca Móvil de un hospital de Córdoba con niños y niñas que atraviesan una enfermedad oncológica: aportes del equipo de salud mental en el sostén de las funciones parentales”.*

## **5. OBJETIVOS**

## 5.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar los aportes del equipo de salud mental en el sostenimiento de las funciones parentales frente a niños y niñas que atraviesan una enfermedad oncológica dentro del dispositivo de Ludoteca Móvil.

## 5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir la función, la dinámica y el encuadre institucional del dispositivo de Ludoteca Móvil en la sala de internación oncohematológica pediátrica del HNST.
2. Explorar las escenas lúdicas observadas en las que están presentes los cuidadores junto al niño/a.
3. Identificar los aportes del equipo de salud mental en el sostenimiento de las funciones parentales en las escenas lúdicas entre los infantes y la familia durante la internación oncológica infantil.

## **6. PERSPECTIVA TEÓRICA**

## 6.1 LA EXPERIENCIA INFANTIL FRENTE A LA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA

En primer lugar, resulta fundamental comprender el impacto emocional de la enfermedad oncológica en niños/as, quienes son el foco principal de las intervenciones registradas. El cáncer infantil constituye una enfermedad poco frecuente, cuyas causas, en la mayoría de los casos, se desconocen. Dentro del cáncer infantil, existen diversos tipos, cada uno con sus características y abordajes terapéuticos específicos. De manera general, pueden agruparse en dos grandes categorías: las neoplasias hematopoyéticas, que incluye leucemia y linfomas; y por otro lado, los tumores sólidos que afectan órganos, huesos, músculos, cerebro y otros tejidos del cuerpo. En cuanto al tratamiento puede incluir, quimioterapias, radioterapias, cirugía, inmunoterapia y/o trasplante (Mendez & Capurro, 2020).

Inicialmente, el proceso de internación representa un impacto en la vida del niño/a. En esta etapa, su primera tarea psicológica consiste en asimilar una gran cantidad de información nueva, no solo vinculada a los procedimientos médicos, sino también a los profundos cambios que se producen en su vida cotidiana (Moreno, 2022). En este sentido, el entorno hospitalario lo expone a personas desconocidas, olores y sonidos extraños, normas alimentarias y horarios rígidos (Mendez & Capurro, 2020).

Como se mencionó anteriormente, el diagnóstico y el tratamiento implican una ruptura en la continuidad de la vida cotidiana. A nivel emocional, este quiebre se traduce en pérdidas significativas: la separación de su hogar, el distanciamiento de familiares y amigos, la interrupción de la escolaridad y los cambios físicos que conllevan la enfermedad. En continuidad con lo expuesto, los pacientes oncológicos suelen también experimentar cambios físicos, estéticos y funcionales que pueden ser transitorios o permanentes. Entre los más frecuentes se encuentra, la caída de cabello, las variaciones de peso, aparición de estrías y debilitamiento muscular. En este sentido, estas diversas modificaciones, suelen ir acompañadas de repercusiones afectivas como tristeza, miedo, ira, angustia o enojo (Moreno, 2022).

Según lo indicado por el Manual de Psicooncología Pediátrica (2022), el paciente enfrenta un constante proceso de adaptación a los cambios que la enfermedad impone, el cual puede implicar duelos psicológicos que a menudo pasan de desapercibido y que requieren acompañamiento profesional para favorecer la integración psíquica.

## 6.2 FAMILIA Y SUS FUNCIONES PARENTALES ANTE LA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA INFANTIL

Tal como se observa en la práctica hospitalaria, la experiencia del niño/a que atraviesa una enfermedad oncológica no puede comprenderse de manera aislada, ya que está profundamente atravesada por la presencia de sus cuidadores quienes acompañan, sostienen y, muchas veces, también sufren el impacto de la condición.

En esta dirección, Lemos (1996) amplía esta perspectiva al señalar que los niños/as y jóvenes deben ser comprendidos dentro de un espacio de intersección entre los principales contextos que normalmente están presentes en el curso vital. Por este motivo, el análisis de la niñez no puede reducirse a un único ámbito sino que requiere atender a la compleja articulación entre factores biológicos y genéticos, el ambiente social, el ambiente percibido, la personalidad y la conducta. No obstante, el presente trabajo pondrá énfasis en el contacto con el contexto más temprano y fundante: la familia.

De manera inicial, al abordar el estudio de la niñez, es relevante situar a la familia como el primer espacio de pertenencia, sostén y transmisión simbólica. Siguiendo esta perspectiva, de acuerdo con Bleichmar (2008), la familia puede definirse como un espacio intergeneracional donde se ponen en juego funciones diferenciadas. Lo esencial no radica en

la composición formal del grupo familiar, sino en la presencia de un adulto capaz de cuidar y de un niño/a capaz de ser cuidado. De este modo, la familia se configura como un vínculo de apoyo en el que alguien respalda y otro se siente respaldado, estableciendo una relación asimétrica basada en la responsabilidad, el cuidado y la transmisión.

Este enfoque se refleja también en la Ley Nacional N° 26.061, Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (2005), que en su Art. 7 define a la familia como “el responsable en forma prioritaria de asegurar a los NNyA el disfrute pleno y el efectivo ejercicio de sus derechos y garantías”. En este sentido, tanto el padre como la madre comparten responsabilidades y obligaciones en relación con el cuidado, la educación y el desarrollo integral de sus hijos; además corresponde a los organismos del Estado garantizar políticas, programas y apoyos adecuados que permitan a la familia cumplir con estas responsabilidades y que aseguren que ambos cuidadores puedan ejercer en igualdad de condiciones.

Tomando los aportes de Rojas (2005) el niño/a necesita pertenecer a vínculos para sobrevivir y humanizarse, en todas las sociedades existe un grupo destinado a su crianza, y este grupo se denomina “familia”. La familia recibe al niño/a en el momento de su nacimiento y cumple un papel fundamental como agente de transmisión de valores éticos y sociales, hábitos, costumbres, normas, roles y expectativas para las generaciones venideras (Grangeat, 2004).

De igual manera, la familia desempeña un papel central en la constitución del psiquismo infantil, ofreciendo un primer marco en el que se inscriben las experiencias fundantes del desarrollo (Rojas, 2005). Según Bleichmar citado en Hernando (s.f), el aparato psíquico no está constituido de entrada, los padres, en sus interacciones de lenguaje no-lenguaje con el niño/a, emiten mensajes que devienen inscripciones en el aparato psíquico en constitución. En palabras de Janin (2014): “Son los padres quienes erotizan, prohíben, son modelos de identificación, portadores de normas e ideales, primeros objetos de amor y de odio, transmisores de una cultura” (p. 15).

De manera general, de acuerdo con lo planteado por Grangeat (2004), los padres reciben al niño/a contribuyen a su crecimiento, educan y simbólicamente, lo entregan. En este marco, las funciones parentales comprende múltiples dimensiones: adecuarse al hijo/a real renunciando a expectativas previas; anticipar peligros y enseñar la autoconservación;

transmitir vitalidad y el placer de la proximidad física y emocional; ofrecer calma y recursos para enfrentar conflictos conteniendo la ansiedad. Asimismo, la familia proporciona un vínculo de amor y contención que permite al niño/a tolerar la dependencia inicial y transitar hacia la autonomía; reconocen y valoran sus capacidades; fomentan la reflexión y ejercen la autoridad educativa necesaria para establecer límites.

En pocas palabras, todas estas funciones pueden pensarse bajo una noción central, la función de sostén. Winnicott desarrolló este concepto en el marco de las relaciones objetales poniendo el acento en el “holding”, enfatizando la importancia de la madre o padre en cuanto a persona que tiene que cumplir este rol. Su función consiste en adaptarse a las demandas del niño/a, garantizando así una continuidad de existencia que posibilite la constitución subjetiva (Ficha de Cátedra, [material inédito], s.f).

De igual manera, Soifer (1979) entiende que los hijos deben ser cuidados, atendidos, amados, protegidos y comprendidos, de modo que el objetivo primordial de las funciones parentales sea la defensa de la vida. Bajo esta perspectiva, el sostén incluye dimensiones como la enseñanza del cuidado físico, de las relaciones familiares, de la actividad recreativa, de las relaciones sociales, de la inserción laboral y de las relaciones sentimentales.

En situaciones de enfermedad oncológica infantil, estas funciones parentales se articulan con nuevas demandas y necesidades, adaptándose para sostener al niño/a frente a los cambios que atraviesa, aunque también, adaptándose ellos mismos. Esto se refleja en que el diagnóstico de cáncer infantil constituye un momento dramático y estresante, que coloca a la familia frente a una crisis emocional. Desde el momento de la noticia en adelante, la enfermedad desafía la dinámica entre los padres, la relación entre los hermanos y el equilibrio de la vida familiar (SIOP, 1991).

En primer lugar, la noticia frente al diagnóstico puede ser uno de los momentos más críticos del proceso, ya que el cáncer suele estar asociado directamente con la muerte. Por este motivo, la comunicación del diagnóstico requiere un espacio privado, cómodo para transmitir información dolorosa. En esta etapa son frecuentes reacciones de incredulidad, miedo, ansiedad y depresión, aunque también pueden aparecer sentimientos de ira vinculados a la percepción de cierta injusticia, cuando expresan: “¿Porque a nuestro hijo/a?” (Farberman, 2010). En general, los padres demandan información precisa sobre los procedimientos

terapéuticos, el pronóstico y las formas de afrontar el impacto emocional de la enfermedad (SIOP, 1991).

En palabras de Farberman (2010), una vez confirmado el diagnóstico, la familia debe prepararse para un tratamiento prolongado y exigente que implica cierta reorganización familiar, en el que se alternan momentos de esperanza y avance con otros de recaída e incertidumbre.

Según el Manual de Psicooncología Pediátrica (2022), se denomina “cuidador principal” o “familiar” quien asume la responsabilidad del acompañamiento de un niño/a con enfermedad crónica, grave o limitante. En este sentido, la familia, y en especial los padres, se convierten en el sostén emocional y en la principal fuente de seguridad. Estas funciones abarcan aspectos organizativos, económicos y laborales, tal como señala Farberman (2010), en muchos casos uno de los cuidadores principales debe interrumpir su actividad laboral para dedicarse al cuidado del hijo/a enfermo/a. A ello se suman tareas cotidianas como la asistencia al cuidado personal, la promoción de hábitos saludables, la interpretación de síntomas, la administración de la medicación, el acompañamiento en la escolaridad y la prevención de situaciones de riesgo (Moreno, 2022).

Sin embargo, el carácter incierto del proceso y la acumulación de tareas pueden superar los recursos de la familia. El Manual de Psicooncología Pediátrica (2022) advierte que, en determinadas condiciones, los padres pueden verse desbordados, sin poder brindar la contención y seguridad necesaria. El cuidado constante, sumado al estrés y la ansiedad, expone a los padres al agotamiento, demostrando el verdadero desafío que significa para ellos. Este fenómeno ha sido conceptualizado como “claudicación del cuidador” (p. 70), entendido como la dificultad de los miembros de la familia para apoyar adecuadamente al niño/a debido al desgaste físico, emocional y mental que produce la función del cuidador.

En este marco, se vuelve fundamental el rol del equipo de salud en acompañar y sostener a las familias, para que puedan ejercer sus funciones parentales a lo largo del proceso.

### 6.3 EL JUEGO COMO CONSTITUYENTE PSÍQUICO

De manera coherente con lo anterior, al igual que la familia, el juego constituye un espacio fundamental para el desarrollo y bienestar del niño/a, y resulta esencial que no se deje de promover en situaciones de enfermedad que conllevan internaciones prolongadas.

Bajo esta concepción, el juego aparece como una de las principales formas en que el niño/a expresa y elabora sus experiencias con el entorno familiar. Se trata de un fenómeno universal que involucra dimensiones físicas, psíquicas, sociales, culturales e históricas. Más allá de estar presente a lo largo de toda la vida, el juego adquiere durante la infancia un valor esencial, ya que representa una necesidad vital y un medio privilegiado para el desarrollo (Zachetti, s.f). A continuación, se presentan algunos autores cuyas teorías han contribuido significativamente a la comprensión del juego infantil.

En primer lugar, Freud (1920) fue uno de los primeros en teorizar sobre el juego infantil, destacando su importancia como ocupación favorita del niño y como medio para organizar su mundo interno. En "*Más allá del principio de placer*" introduce el concepto de "Fort Da", a partir de la observación de un niño de 18 meses que lanzaba un carrete diciendo "o-o-o-o" (fuera) y luego lo recuperaba diciendo "aquí". Freud interpreta este juego como una forma simbólica de representar la ausencia y el retorno de la madre, permitiendo al niño elaborar experiencias intensas, descargar energía emocional y practicar la renuncia a satisfacciones más instintivas (Reynoso, 1980).

En segundo lugar, Melanie Klein (1952) a lo largo de sus trabajos delimita las funciones que cumple el juego en la niñez: como lenguaje simbólico para expresar fantasías, deseos y experiencias; como vía de expresión de fantasías, ansiedades y deseos a través de la descarga emocional y repetición de impulsos; en relación a la ansiedad, como transformador

de experiencias pasivas en activas, convirtiendo el dolor en placer; como espacio de aprendizaje y desarrollo; y como herramienta diagnóstica para evaluar la capacidad futura de sublimación y adaptación del niño/a (Reynoso, 1980).

En tercer lugar, es importante destacar a Winnicot (1971) el cual sostiene que el juego surge de las primeras experiencias relacionales entre el niño/a y su entorno cuidador, fundamentales para el desarrollo emocional. Describe un proceso progresivo en el que inicialmente, el niño/a y el objeto se encuentran fusionados, el bebé tiene una visión subjetiva del objeto y la madre se esfuerza en otorgar realidad a lo que el hijo/a quiere encontrar. Cuando la madre logra sostener al niño/a, se construye un espacio de confianza que permite al niño/a vivir una experiencia de control mágico al que se denomina “omnipotencia”, como si sus deseos pudieran hacerse realidad. Con el tiempo, el niño/a juega sobre la base de que la persona en quien confía, esté presente y que sigue estando cuando la recuerda luego de haberla olvidado. Así el autor destaca que el juego se asienta en una relación de confianza mutua entre el niño/a y la madre (Reynoso, 1980 & Winnicot, 1971).

Por último, Piaget (1946) distingue tres tipos principales de juego que acompañan el desarrollo cognitivo infantil. En primer lugar el “juego de simple ejercicio”, característico del primer año de vida, donde el niño/a repite acciones por placer, explorando su cuerpo y los objetos sin una finalidad previa, se originan casualmente. Luego aparece el “juego simbólico”, alrededor de los dos años, también son sensoriomotores pero el niño/a les otorga un significado, representando la realidad de forma imaginativa y elaborando sus experiencias afectivas. Aparecen juegos de imitación de conductas, y posteriormente al pasar los años, comienza el simbolismo colectivo, es decir diferenciación y adecuación de papeles, tales como el “juego de la mamá y el papá” y dando lugar al pasaje del egocentrismo a la reciprocidad. Finalmente surgen los “juegos de reglas”, predominantes entre los siete y 11 años, donde el niño/a incorpora normas compartidas y aprende a cooperar y compartir con otros niños/as y adultos. A diferencia de los anteriores, estos juegos se mantienen a lo largo de la vida, ya que representan la dimensión social del juego (Reynoso, 1980).

## 6.4 FUNCIÓN DEL JUEGO EN LA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA

En relación con lo anterior planteado, estas funciones de elaboración y de sostén vincular descritas por los autores clásicos, adquieren relevancia terapéutica particular cuando se sitúa en el contexto de la internación oncológica.

A nivel psicoemocional y subjetivo, el diagnóstico y tratamiento del cáncer infantil es una situación potencialmente traumática, dado que los procedimientos suelen ser invasivos, dolorosos y prolongados, y conllevan cambios físicos y emocionales significativos. Dentro de este escenario, el desarrollo psíquico del niño/a junto con el sostén familiar, vincular e institucional, resultan factores fundamentales que pueden favorecer una adaptación activa y resiliente, fortaleciendo los mecanismos de afrontamiento (Moreno, 2022).

Frente a esta realidad, el juego se presenta como un recurso terapéutico eficaz para favorecer el desarrollo integral y la calidad de vida del infante. A través del juego, los niños/as pueden poner en escena emociones, fantasías, ansiedades y angustias, elaborando simbólicamente aquello que viven en el contexto hospitalario (Moreno, 2022).

Por otra parte, tal como señalan Mendez y Capurro (2020), el juego habilita un espacio donde el hospital puede adquirir otro sentido. En lugar de ser un lugar asociado al dolor y a la enfermedad, puede convertirse en un “lugar amigable” de disfrute, encuentro y creatividad. Dicho esto, el juego no solo ofrece alivio emocional sino que también promueve la posibilidad de un “juego compartido” entre niños/as que comparten la habitación de internación o entre la propia familia.

En síntesis, los objetivos del juego en este contexto incluyen: distraer y reducir el estrés, mitigar efectos secundarios, promover emociones positivas, facilitar la autoexpresión, aumentar el autoestima, fortalecer la sensación de control y ampliar estrategias de afrontamiento. De este modo el juego cumple funciones de acompañamiento, sostén,

contención y elaboración, posibilitando transformar el sufrimiento en fortalecimiento y crecimiento (Moreno, 2022).

## 6.5 LA LUDOTECA MÓVIL: APORTES DE SALUD MENTAL

De acuerdo con Moreno (2022), la intervención del equipo de salud mental resulta esencial para un abordaje integral e interdisciplinario del niño/a con cáncer y su familia.

Ante el impacto de la enfermedad, tanto en los niños/as como su familia, se requiere una intervención que promueva la salud mental y que permita al niño/a conservar un aspecto fundamental de su infancia. En este sentido el juego constituye una herramienta clave, ya que le brinda la posibilidad de experimentar felicidad y asumir un rol activo. Tal como menciona Farberman (2010), “que el niño quiera jugar es un indicador positivo de adecuación saludable (...)” (p.78).

Teniendo en cuenta los aportes de Personeni (2022), algunos hospitales han incorporado en su funcionamiento diario la “Sala de Juego” o un dispositivo denominado “Ludoteca Móvil”, sustentado en los principios establecidos por UNICEF en la Convención sobre los Derechos de los Niños (1989), que en su Art. 31 reconoce: “ (...) el derecho del niño al descanso y el esparcimiento, al juego y a las actividades recreativas propias de su edad y a participar libremente en la vida cultural y en las artes”.

El presente escrito aborda el funcionamiento de la Ludoteca Móvil en contexto hospitalario, enfocándose en su labor con niños y niñas con diagnóstico oncológico.

En primera instancia, la Ludoteca Móvil se caracteriza por su flexibilidad, ya que permite ofrecer instancias de juego incluso cuando no hay un espacio físico propio ni la

infraestructura necesaria para ser una “Sala de Juego”. Además, la Ludoteca Móvil, cuenta con tres espacios lúdicos: la hospitalización, el hospital de día y la sala de espera. En el caso de la hospitalización, la intervención se realiza en la sala de internación, ofreciendo jugar al niño/a durante su estadía prolongada (Moreno, 2022).

Asimismo, la Ludoteca Móvil le ofrece al niño/a cierta autonomía, al permitirle decidir si quiere participar o no del encuentro lúdico. De acuerdo con Moreno (2022): “poder decidir es una experiencia infrecuente en el marco del tratamiento, lo cual abre un pasaje de la obligación a la elección y el deseo” (p.203).

En conjunto, el dispositivo de Ludoteca Móvil, ofrece espacios y objetos transicionales que facilitan pasajes menos disruptivos entre escenas de la rutina hospitalaria propias del tratamiento. Además, contribuye a mejorar significativamente la confianza y la comunicación entre niño/a, familia y equipo de salud (Moreno, 2022).

En relación con el funcionamiento del dispositivo, resulta fundamental destacar la labor del equipo de salud mental, el cual forma parte de un marco más amplio que integra profesionales de distintas especialidades, y quienes son las responsables de llevar a cabo dicho dispositivo. Tal como señalan Giachero et al. (2019), la Ludoteca Móvil está conformada por psicólogas, psicomotricistas y psicopedagogas. En esta línea, la tarea específica del jugar es analizada por el equipo profesional, considerando una serie de indicadores que permiten dar cuenta el estado emocional, el grado de plasticidad psíquica y la fortaleza yoica de cada niño/a (Giachero, et al., 2019).

Como último aporte teórico, Farberman (2010), subraya la importancia de la intervención psicológica en tres fuentes. El psicólogo/a puede influir positivamente en: los integrantes del equipo médico cooperando para que incorporen en su práctica el cuidado de la salud mental del paciente; la familia, promoviendo un proceso saludable durante la internación de los niños/as; y en el paciente pediátrico, favoreciendo una comunicación abierta, honesta y comprensiva sobre sus dudas y temores, que muchas veces son inhibidos por los seres queridos.

## **7. MODALIDAD DE TRABAJO**

El presente escrito se desarrolla bajo la modalidad denominada “Sistematización de Experiencia de Práctica”, concepto definido por Jara (1994) como una interpretación crítica de una o múltiples experiencias, que a partir de su ordenamiento o reconstrucción se busca comprender cómo sucedieron los acontecimientos, cuáles factores participaron, cómo se relacionaron y porqué ocurrieron de esa manera. Su propósito permite extraer aprendizajes significativos, comprender la experiencia desde un marco teórico y orientarla hacia la mejora futura.

Es necesario aclarar que una sistematización es diferente a una investigación. Jara (2011) se encargó de mencionar sus distinciones; por un lado la investigación científica puede estudiar cualquier tema, no necesariamente relacionado con quién investiga y tiene como objetivo generar conocimientos que puedan generalizarse. En contraste, en la sistematización, el objeto de estudio es nuestra propia práctica, con el propósito de comprenderla y aprender críticamente de la experiencia, estableciendo un diálogo con la teoría desde la práctica.

A su vez, Bernechea Garcia y Morgan Tirado (2010), enfatizan que la diferencia fundamental radica en la intención de generar un cambio: se trata de hacer comunicable los conocimientos que se producen en los proyectos de intervención en la realidad, con la intención de transformarla. En sintonía con esta mirada situada y crítica de la sistematización, Jara (2011), destaca que el factor transformador no es la sistematización en sí misma, sino las personas que, sistematizando, fortalecen su capacidad de impulsar praxis transformadoras. En este sentido, el proceso no solo busca comprender una experiencia, sino también modificar al sujeto que la vive.

Siguiendo esta propuesta, Jara (1994) propone cinco tiempos para organizar una sistematización, que fueron utilizados para realizar este trabajo. En primer lugar, el autor menciona la instancia del “punto de partida”, que se basa en la propia práctica en donde solo se puede sistematizar aquello que se ha experimentado directamente. En este tiempo se destacan los registros, que pueden ser de distintas formas. Luego, a medida que se revisan los registros, se delimita el objetivo de sistematización, planteando interrogantes que guían hacia el eje central de análisis, el eje de sistematización. En tercer lugar, la recuperación de lo vivido, apunta a reconstruir de manera ordenada los acontecimientos, tomando los registros y buscando una cierta línea de seguimiento con el eje y objetivo seleccionado. En cuarto lugar,

los practicantes deben lograr cierta reflexión tomando distancia de la experiencia, confrontarla con la teorización e intentando cuestionar los factores que la condicionaron. Como último tiempo, apunta a elaborar productos de comunicación: la sistematización no termina en la reflexión personal, hay que compartir lo aprendido, devolverlo a los involucrados y abrirlo al diálogo.

## 7.1 CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS PARTICIPANTES

La población seleccionada para esta sistematización de experiencia está conformada por NNyA que se encuentran en proceso de internación y tratamiento en la Sala de Oncohematología Pediátrica (SIP 200) en el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad. Estos pacientes atraviesan diversas enfermedades oncológicas y tienen edades comprendidas entre 1 y 14 años. Además, se consideró otra población para profundizar el eje seleccionado: las familias o cuidadores que acompañan a los NNyA durante su tratamiento, quienes desempeñan un rol fundamental en el proceso de atención y acompañamiento, junto al equipo de salud mental quienes sostienen y orientan tanto al niño/a como a sus cuidadores a lo largo del tratamiento.

La observación y la interacción con los sujetos participantes se realizan en el marco de la Ludoteca Móvil de la SIP 200. Los encuentros con los NNyA y sus cuidadores se llevaban a cabo durante los días lunes y miércoles por la mañana, entre las 9:30 am hasta aproximadamente las 12:30-13 pm. Como parte del dispositivo, se recorren las habitaciones para invitar a los NNyA a participar en un espacio de juego breve, siempre consultando previamente al equipo médico antes de ingresar a las habitaciones su estado de salud del día, respetando su estado de ánimo y disposición en cada momento. Luego, se busca y se elige una

propuesta lúdica acorde al interés y a la edad de cada paciente que le interesa participar. Cuando volvemos con la propuesta lúdica, algunos momentos se desarrollan en colaboración con los cuidadores, quienes en ciertos momentos participan activamente, socializando tanto con las practicantes como con los NNyA presentes. Durante la participación en el dispositivo, se procura que los NNyA jueguen de manera libre, favoreciendo un espacio de creatividad y placer. Paralelamente, se establece una interacción con los cuidadores presentes brindándoles un oído para contener y apoyar frente a estas situaciones que generan diversas emociones.

Desde esta perspectiva, resulta fundamental incluir en la caracterización a quienes hacen posible la implementación del dispositivo de Ludoteca Móvil. El equipo de salud mental que lo lleva a cabo es un grupo interdisciplinario conformado por profesionales de Psicología, Psicomotricidad y Psicopedagogía, sumado a las practicantes de las universidades, quienes participan activamente en los encuentros lúdicos. Asimismo, otras profesionales del SSM, como las trabajadoras sociales y psiquiatras, si bien no intervienen de manera directa en el dispositivo, mantienen intercambios con el equipo sobre aspectos relevantes de la situación de los niños/as y sus familias, contribuyendo desde su propio marco de acción. De esta manera, se entiende que los aportes del equipo de salud mental, se expresan a través del juego a acompañar esos NNyA que atraviesan una enfermedad oncológica y, en algunos casos observados, a sostener aquellos cuidadores presentes. De este modo, el equipo de salud mental que integra la Ludoteca Móvil, interviene, contiene, y encuadra sosteniendo tanto a los NNyA como a quienes los sostienen.

De manera complementaria, cada quince días, los días jueves se realizan reuniones de “covisión”, con la participación del equipo de profesionales de Salud Mental que integra el Programa de Ludoteca Móvil. En estas reuniones, se comparte el desarrollo de las intervenciones de la semana con los pacientes. Surgen interrogantes y observaciones que pueden generar inquietud en algunos integrantes, mientras que en conjunto, se proporciona información, se aclara dudas, y se proponen herramientas para las próximas intervenciones lúdicas.

## 7.2 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Como metodología de esta sistematización de práctica, se emplearon múltiples técnicas de recolección de información. En primer lugar, la lectura bibliográfica constituye una técnica que atraviesa todo el desarrollo de esta experiencia, que junto con la asistencia al hospital permitió resolver dudas y orientar la elaboración del presente escrito. En segundo lugar, se utilizaron técnicas propias del proceso de práctica, como la observación participante y el registro de campo, que permiten documentar de manera directa las diversas interacciones de los NNyA, cuidadores y del equipo de salud. Por último, la entrevista fue un recurso incorporado hacia el cierre de la práctica, con el objetivo de recabar información en un periodo breve de tiempo. Estas entrevistas fueron realizadas a profesionales del SSM, con quienes compartí gran parte del tiempo de prácticas y cuyos aportes fueron relevantes para la construcción del eje de este trabajo.

Tomando los aportes de Yuni y Urbano (2014), “observar es un acto de voluntad consciente que selecciona una zona de la realidad para ver algo. Implica un acto total en el cual el sujeto que observa está comprometido perceptivamente en forma holística” (pp. 39-40). Los autores definen la observación como una técnica de recolección de información debido a que estudia los hechos tal como acontecen en la realidad. Se considera que la más acorde al proceso de práctica presentado es la “Observación Participante”. Estos autores sostienen que la observación participante supone la participación intensa del observador en la realidad que observa. Mediante este tipo de técnica, el observador ingresa a una situación modificándola temporalmente mediante el ejercicio de su rol. Por su parte, permite al observador registrar todas las particularidades de la vida de una persona, grupo o comunidad.

Luego de todo lo observado, es necesario considerar otra técnica de recolección de datos: los registros o diario de campo. Yuni y Urbano (2014) sostienen que el registro de notas contienen las descripciones de las situaciones observadas, así como también los comentarios de la persona que observó, enfatizando aquellas interpretaciones subjetivas, de esta manera,

incluye un apartado descriptivo y un apartado que expresa reflexividad del observador. El observador suele llevar consigo una libreta en la que va anotando información que ayuda a redactar su registro, esta herramienta permite anotar información en bruto durante la experiencia en el campo, mientras que el registro o el diario implica una elaboración redactada y clara. La manera en que los autores describen esta técnica, corresponde con la forma en que fue implementada en dicha práctica.

Tal como describen los autores Taylor y Bogdan (1997): “la observación participante depende del registro de notas de campo completas, precisas y detalladas” (p.74). Es necesario tomar nota de descripción de personas, acontecimientos, contactos ocasionales y conversaciones, sin dejar de lado la secuencia de lo registrado, dado que son la materia prima de una sistematización de prácticas.

Como complemento de las técnicas mencionadas anteriormente, la entrevista constituye una estrategia que permite obtener información mediante el intercambio con otra persona (Guber, 2001). Considerando los aportes de Hernandez Sampieri y Mendoza Torres (2018), la entrevista, en el marco de una sistematización de prácticas, se caracteriza por ser íntima, flexible y abierta. Esta herramienta puede emplearse en distintas ocasiones, aunque resulta relevante cuando se busca profundizar en las perspectivas internas y experiencias de los participantes en relación con el eje del trabajo. En la misma línea, Taylor y Bogdan (1997), utilizan la expresión “entrevistas en profundidad” para referirse a un recurso orientado al aprendizaje sobre acontecimientos y actividades que no pueden ser observados directamente. En este sentido, los entrevistados asumen el rol de informantes, convirtiéndose en los ojos y oídos del entrevistador (Taylor y Bogdan, 1997).

### 7.3 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Las Prácticas Profesionales Supervisadas y el presente escrito se desarrollan en el marco de principios y normas deontológicas que orientan el ejercicio de la Psicología conforme al Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (FePRA, 2013) y al Código de Ética del Colegio de la Provincia de Córdoba (2016).

En primer lugar, se destaca el principio de “Respeto por la dignidad de las personas y los pueblos”, la misma “reconoce el valor inherente a todos los seres humanos, sin importar diferencias aparentes o reales en relación con el estatus social, origen étnico, género, capacidades o cualquier característica” (p.5). Este principio compromete a los psicólogos a garantizar un trato justo y respetuoso hacia todas las personas, grupo o comunidades (CPPC, 2016).

Además, la norma que atraviesa de manera transversal la práctica es aquella del “Secreto Profesional”, quien obliga a todos los psicólogos a preservar confidencialidad y proteger la seguridad y dignidad de consultantes, familias y comunidades (CPPC, 2016). En este sentido, toda información recabada durante la práctica se encuentra bajo protección del secreto profesional, protegiendo la seguridad y la dignidad de todos los involucrados.

Del mismo modo, se sostiene el principio del “Consentimiento Informado”, tal como lo establece la Ley Nacional N° 26.657, Ley de Salud Mental (2010). El Art. 7 sostiene que “toda persona tiene derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que asiste a cualquier persona. Toda persona tiene derecho a poder tomar decisiones relacionadas con su atención (...) dentro de sus posibilidades”. Este principio es clave porque asegura que tanto los NNyA como sus familias, reciben información clara y comprensible sobre las intervenciones y pueden decidir libremente sobre su participación.

En conjunto, se toma el uso de la Ley Nacional N° 25.326, Ley de Protección de Datos Personales (2000), que establece que “tiene por objeto la protección integral de los datos personales asentados en archivos y registros (...), para garantizar el derecho (...) a la intimidad de las personas (...)”. Resulta central en esta práctica, ya que asegura el resguardo de la información sensible de NNyA y sus familias, garantizando el uso responsable de los registros clínicos y académicos.

Por último, resulta central en el contexto pediátrico la Ley Nacional N° 26.061, Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (2005). Dicha Ley reconoce a los NNyA como sujetos plenos de derecho, garantizando su acceso a la salud, educación, identidad, intimidad, libertad, a vivir en familia, a la recreación, a la dignidad e integridad personal, a la protección ante cualquier forma de violencia, entre otros. Asimismo, el Art. 24 establece el derecho de los NNyA a ser oídos y a que su opinión sea tenida en cuenta en todos los asuntos que los afecten; este derecho se extiende a todos los ámbitos en que se desenvuelven. En este marco, el Art.7 corresponde a la “Responsabilidad Familiar” y define a la familia como principal garante del cuidado, desarrollo y educación integral en NNyA. Resulta especialmente relevante para la práctica, ya que establece que la familia es la principal responsable de asegurar el cuidado.

## **8. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA**

## 8.1 RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO

Mi primera aproximación a las Prácticas Profesionales Supervisadas fue a través de la entrevista. Recuerdo que ese día me encontraba muy nerviosa, sentía entusiasmo, pero a la vez ansiedad por poder transmitir de manera adecuada mi interés y el fruto de todos esos años de formación que me había llevado hasta ese momento. Siempre estuve convencida de que el ámbito que mejor podía desenvolverme era el clínico. Me decidí por Niños, Niñas y Adolescentes, ya que en experiencias previas había podido interactuar con esta población y sentí que aún había un camino por recorrer. La manera particular en la que los niños/as expresan el dolor, me hace dar cuenta de lo importante que es un sostén clínico sensible que pueda ayudarlos a atravesar una enfermedad. En este sentido, muchas veces el psicólogo se convierte en ese sostén que el niño/a necesita, ofreciendo contención. Finalmente me incorporé como practicante en el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, lo que significó para mí la posibilidad de transitar una de las experiencias más importantes de mi formación profesional en un hospital referente en la provincia y el país.

En Julio, recibí el llamado que marcó el comienzo de mi práctica. El primer día que asistí al HNST fue como una verdadera avalancha de información y de actividades. Descubrí la rapidez con la que trabaja el SSM, donde cada segundo cuenta y la importancia del trabajo en equipo: comunicación constante, supervisiones entre los diferentes profesionales y aprender de la experiencia de cada integrante del equipo. El espacio en el que todos se encuentran está lleno de vida, tal como me lo había imaginado; cada profesional, residente o practicante se apoya en los demás para buscar el bienestar en los NNyA que atraviesan una situación difícil. Desde ese primer instante, me recibieron con amabilidad y comencé en los espacios que me fueron asignados.

Durante el período de prácticas, los días Lunes y Miércoles me encontraba de observadora participante en el dispositivo de Ludoteca Móvil Oncológica, ubicado en la SIP 200, Sala de Oncohematología Pediátrica. Constaba de un equipo interdisciplinario que se

encontraba constantemente trabajando en la sala: Psicomotricistas, Psicólogas, Kinesióloga, Médicos, Enfermeros, Psicóloga de Cuidados Paliativos, Psicopedagogas, Maestras de la Escuela Hospitalaria, Psiquiatras y Trabajadoras Sociales. A su vez, compartía con las practicantes de psicología de la UNC y profesionales que realizaban su residencia en el hospital. Este espacio, donde pasé la mayor parte del tiempo, consistía en ingresar a las habitaciones de los niños/as que atravesaban enfermedades oncológicas, y ofrecerles durante su tiempo libre la posibilidad de jugar a diferentes juegos.

Según la psicóloga de la Sala, el objetivo de la Ludoteca es poder hacer los días de estos niños/as más felices y llevaderos. A pesar de atravesar un proceso complejo y doloroso se busca, mejorar la calidad de vida de los niños/as a través del juego, promover recursos saludables que transforman creativamente aquellas vivencias hospitalarias, y brindar espacios lúdicos que faciliten la expresión y la elaboración emocional ante la enfermedad (Registro N°13, 21/08/2025). Además, en estos espacios, podía participar la familia; en algunas ocasiones acompañaban activamente, mientras que en otras se tomaban momentos de descanso. Este espacio me permitió día a día sentir una pluralidad de emociones que me ayudaron a acercarme más al eje. No solo me permitió un acercamiento al mundo subjetivo de cada niño/a, sino que también al mundo de sus familias. Aquí entra una frase que mencionó mi referente en una conversación: *“Acordate tu posición, estás yendo a jugar desde tus prácticas en salud mental, ponete a pensar ¿porque el -hacer jugar- es una práctica que realizan los practicantes o profesionales de salud mental?”* (comunicación personal, M.M, octubre 6, 2025). El juego en este contexto, cumplía diversas funciones, era un recurso terapéutico, permitiendo la expresión de emociones, la tolerancia al dolor, la construcción de vínculos y poder sostener la infancia durante una internación. Al comienzo, en algunos casos predominaba la sorpresa y empatía, niños/as que pese al cansancio de las quimioterapias se mostraban entusiasmados por la propuesta lúdica. También, el juego es un recurso que permite de manera progresiva generar cierta conexión genuina. Me encontraba con niños/as en los que el primer encuentro es distante y silencioso, y con el paso del tiempo, podía compartir risas. A su vez, este dispositivo me permitió trabajar mi propio posicionamiento en la práctica: reconocer la importancia de regular mi ansiedad, comprender que el juego no es algo que se impone al niño/a y que requiere tiempo y confianza. Al mismo tiempo, surgían dudas acerca de los límites en la relación con los niños/as y la necesidad de compartir mis inquietudes con el equipo.

Para complementar a este espacio, se encontraba la Covisión que constaba de supervisiones quincenales del Programa Ludoteca Móvil realizadas los días Jueves, donde el equipo nos aconsejaba sobre ciertas dudas y emociones que surgen del juego y nuestro lugar frente a ello.

Por otro lado, los Jueves participé en el Programa de Diabetes, donde cada 15 días se realizaba un taller psicoeducativo destinado a niños/as y sus familias, a través del juego. Allí se trabajan aspectos como el control de la glucosa, la aplicación de insulina y las pautas de alimentación. El dispositivo es coordinado por un equipo interdisciplinario integrado por enfermeras, psicólogas, médicos especialistas en diabetes y nutricionistas .

Paralelamente, asistí al Programa de Pie Bot que se desarrolla en consultorio externo y participaban psicomotricistas, una psicóloga, quien era mi referente institucional, trabajadoras sociales y un traumatólogo. Durante las consultas, se enfatizaba en la importancia de la presencia de al menos dos referentes, dado a que el tratamiento implicaba la colocación de las férulas, que deben utilizarse las 24 horas del día hasta los cinco años de edad. La psicoeducación era una función que realizaban todos los profesionales presentes en el consultorio, que insistían en que el tratamiento pudiera llevarse a cabo de la mejor manera posible. Mi tarea consistía en observar el grado de involucramiento de las familias que asisten, sus modos de contención hacia los niños/as. También, se empleaba un muñeco de peluche llamado “Jerónimo” que funcionaba como recurso lúdico terapéutico.

En conjunto, todas estas experiencias y la bibliografía que me fue proporcionando mi referente, me permitieron comprender el valor del juego en la clínica y la importancia del lugar de la familia. En mis servicios asignados, la familia aparecía como un sostén fundamental para los niños/as, ya que gran parte de los tratamientos, dependen de su acompañamiento. El juego y la familia se integran como soportes indispensables en la infancia, sobre todo en contextos hospitalarios. Sin embargo, al observar diversos vínculos familiares, pude darme cuenta que existe una delgada línea entre sostener y asumir un rol, que producto del impacto del diagnóstico, puede dificultar que el/la niño/a se despliegue libremente. La preocupación y la ansiedad de los adultos por que su hijo/a vuelva la “normalidad” termina provocando que un factor protector, como lo es la familia, se convierta en un factor de riesgo fácilmente. Esto se podía observar en algunos casos de sobrepresencia de la familia, limitando el despliegue del juego: *“Mientras intentábamos captar su atención*

*(...) el padre intervenía de forma constante, hablándole a B. al oído: “Jugá, hijo, a jugar”, “Las chicas están jugando”, “Vamos B., no te van a hacer nada, jugá”, “Es un juego”. Estas intervenciones eran reiteradas” (Registro N°4, 4/08/2025). En contraste, se presentaban casos en los que la ausencia de la madre aparecía como un vacío de sostén, que el niño/a reemplaza encontrando en el juego un espacio para construir confianza. De este modo, el juego se configura como un recurso que acompaña su hospitalización y posibilita fortalecer un psiquismo en contextos donde los lazos familiares son frágiles: “es un niño que (...) no solo tiene una enfermedad oncológica, sino que también la SENAF no logra encontrarle un hogar debido a que no decide con qué autoridad debería vivir. Por este motivo tampoco pueden darle el alta (...). El niño siente que no tiene vínculos” (comunicación personal, Psicóloga de la Sala SIP 200, agosto 21, 2025).*

A su vez, me impresionó el trabajo interdisciplinario donde se articulaban múltiples profesionales para garantizar el bienestar de los pacientes, incluyendo la participación de dispositivos externos como la SENAF. También, resultó relevante el rol del psicólogo, presente en cómo los niños/as expresaban el dolor y las familias sostienen los procesos. En conclusión, lo que más me interpeló de esta práctica es descubrir las figuras y dispositivos, que desde distintos lugares buscaban mejorar el bienestar de cada niño/a en un contexto lleno de dolor e incertidumbre.

## 8.2 ANÁLISIS Y SÍNTESIS

A continuación, se desarrollan los objetivos planteados en el presente Trabajo Integrador Final. El propósito del mismo es analizar los aportes del equipo de salud mental en el sostén de las funciones parentales frente a NNyA que atraviesan una enfermedad

oncológica durante su internación en la Sala de Oncohematología Pediátrica del HNST, específicamente en el marco del dispositivo de Ludoteca Móvil.

El análisis articula el marco teórico desarrollado en el apartado correspondiente, con la experiencia de práctica realizada en el año 2025 en el contexto de Prácticas Profesionales Supervisadas. Dicho análisis se construye a partir de los registros de campo elaborados a lo largo de la práctica, los cuales constituyen la principal fuente de información para la presente sistematización. Se seleccionan fragmentos que permiten visibilizar escenas lúdicas relevantes en función de los objetivos planteados, evitando exponer cada caso en su totalidad y respetando el anonimato de los sujetos involucrados.

Para el desarrollo de los tres objetivos específicos, en primer lugar se describirá en profundidad el dispositivo llamado Ludoteca Móvil recorrido durante la práctica. Posteriormente, se aborda el segundo objetivo, orientado a la exploración de escenas lúdicas en las que se encuentre presente la familia o cuidadores. Finalmente, en relación al tercer objetivo, y a partir de las escenas previamente analizadas, se identificarán los aportes del equipo de salud mental en el sostenimiento de las funciones parentales frente a las escenas entre familia y niño/a desarrolladas en el objetivo anterior.

### 8.2.1 LA LUDOTECA DEL HOSPITAL

En primer lugar, para una mejor comprensión del eje de sistematización seleccionado, es necesario describir el dispositivo en el que desarrolló la práctica asignada.

A lo largo de la experiencia transitada en el HNST, se evidenció que dicha institución recibe demandas de alta complejidad, que implican cuidados intensivos y tratamientos prolongados en el tiempo. En este contexto, el hospital se encargó de buscar propuestas que permitan acompañar a NNyA que atraviesan procesos de internación extensos, procurando preservar aspectos fundamentales de su etapa evolutiva. Entre ellos, el juego ocupa un lugar central, en tanto constituye una actividad propia de la infancia. Tal como menciona Zchetti (s.f) el juego representa una necesidad vital y un medio privilegiado para el desarrollo.

Además, el juego constituye una vía significativa para la expresión subjetiva, y en esta línea, Reynoso (1980) presenta diversos autores clásicos de la psicología que han destacado la importancia del juego como vía privilegiada de expresión de la infancia. Freud (1920) señala que el juego permite al niño/a elaborar experiencias intensas y descargar energía emocional, posibilitando la tramitación de vivencias difíciles por otras vías, un aspecto relevante en el contexto hospitalario. Bajo este enfoque, Klein (1952) destaca el valor del juego como vía de expresión de fantasías, ansiedades y deseos, así como su función transformadora en convertir experiencias pasivas en activas.

Estos aportes teóricos sientan las bases para comprender la relevancia de la presencia de un dispositivo de juego en el ámbito hospitalario. El hospital, como institución atravesada por situaciones potencialmente traumáticas, requiere de propuestas que habiliten otros modos de elaboración psíquica, siendo el juego una vía fundamental para acompañar a NNyA en su internación.

Dicho de otro modo, se vuelve necesaria una intervención que promueva la salud mental y que permita al niño/a conservar un aspecto fundamental de su infancia. En este sentido el juego le brinda la posibilidad de experimentar felicidad y asumir un rol activo. Tal como menciona Farberman (2010), “que el niño quiera jugar es un indicador positivo de adecuación saludable (...)” (p.78).

El HNST cuenta con diversos dispositivos grupales de juego, distribuidos en distintas salas de internación. En relación con esto, la coordinadora de uno de los espacios de juego refiere: “*el SSM está activo hace más de 25 años en espacios de sala de juego. Luego, en la pandemia se cortaron pero posteriormente se comenzaron a retomar*” (Registro N°31, 08/10/2025). La implementación de estos dispositivos se sustenta en los principios establecidos por UNICEF, de acuerdo con lo establecido en la Convención sobre los Derechos

de los Niños (1989), cuyo Art. 31 reconoce: “(...) el derecho del niño al descanso y el esparcimiento, al juego y a las actividades recreativas propias de su edad y a participar libremente en la vida cultural y en las artes”.

No obstante, la experiencia abordada en el presente trabajo se enmarca en un dispositivo grupal llamado “Ludoteca Móvil”, implementado en la sala de Oncohematología Pediátrica o también conocida como SIP 200.

Desde esta perspectiva, las profesionales del equipo de salud mental definen la Ludoteca Móvil hospitalaria como:

*Un espacio lúdico que acompaña el proceso de tratamiento de infancias y adolescencias con enfermedades oncológicas a través del juego terapéutico. El objetivo es promover los recursos saludables que transforman creativamente las vivencias potencialmente traumáticas, promoviendo la adaptación activa a través del juego terapéutico y garantizar el derecho a jugar en el marco de enfermedad y hospitalización (Registro N°31, 08/10/2025).*

En este sentido, la Ludoteca Móvil se configura como un dispositivo propio del campo de salud mental, debido a que el juego se presenta como un recurso terapéutico eficaz para favorecer el desarrollo integral y la calidad de vida del infante (Moreno, 2022). A través del juego, los niños/as pueden poner en escena emociones, fantasías, ansiedades y angustias, elaborando simbólicamente aquello que viven en el contexto hospitalario (Moreno, 2022).

De esta manera, el hospital pasa de ser un lugar asociado al dolor y a la enfermedad, a convertirse en un “lugar amigable” de disfrute, encuentro y creatividad. Dicho esto, el juego no solo ofrece alivio emocional sino que también promueve la posibilidad de un “juego compartido” entre niños/as que comparten la habitación de internación o entre la propia familia (Mendez & Capurro, 2020). Esta concepción se hace visible en una conversación mantenida con la psicóloga de la sala SIP 200, quien además coordina el espacio de Ludoteca, al señalar:

*(...) tiene que poco a poco comprender que la Ludoteca es una actividad del hospital que no implica pinchazos, que no implica miedo, y que también en el hospital pasan otras cosas que no siempre son miedosas o malas para ellos. Que pueda pasarla bien durante su tratamiento y poder transcurrir desde otro lugar (Registro N°45, 13/11/2025).*

Asimismo, la Ludoteca Móvil promueve un aspecto fundamental en el contexto hospitalario: la autonomía. Son los propios niños/as quienes deciden participar o no de la propuesta lúdica. Esta perspectiva se vincula con lo planteado por Moreno (2022) quien señala que: “poder decidir es una experiencia infrecuente en el marco del tratamiento, lo cual abre un pasaje de la obligación a la elección y el deseo” (p.203).

De este modo, el juego no se presenta como una actividad aislada, sino como una herramienta clínica sostenida por diversos profesionales del SSM. En relación con esto, una de las coordinadoras del dispositivo, psicomotricista del equipo, expresa:

*Desde mi rol, la Ludoteca se vuelve un espacio privilegiado para acompañar los procesos de tratamiento de los niños y niñas. El juego me permite habilitar modos de expresión y tramitación subjetiva en un contexto tan atravesado por lo incierto, el dolor y la espera. Trabajo siempre con una mirada integral, donde lo lúdico se enlaza con las necesidades del cuerpo, lo emocional y la presencia de los vínculos significativos”* (comunicación personal, A.G, noviembre 25, 2025)

#### 8.2.1.1 CUANDO EL JUEGO SE PIENSA EN EQUIPO

En relación con el funcionamiento de la Ludoteca Móvil, resulta fundamental destacar la labor del equipo de salud mental, el cual se inscribe en un marco interdisciplinario y es responsable de planificar, sostener y llevar adelante el dispositivo, pensando de manera conjunta las intervenciones lúdicas. La Ludoteca Móvil del HNST se encuentra conformada por profesionales de psicología, psicomotricidad y psicopedagogía, y habilita la participación de residentes de salud mental y de practicantes del último año de la carrera de Psicología, tanto de la UNC como de la UCC, quienes se integran al trabajo del equipo bajo un encuadre institucional.

Asimismo, el dispositivo cuenta con la participación de cuatro coordinadoras que pertenecen a distintas áreas del SSM. Entre ellas se destaca la psicóloga referente de la sala, que describe su rol dentro del equipo de la siguiente manera:

*Mi rol dentro del equipo como Psicóloga Referente de la Sala de Internación Pediátrica de Oncohematológica (SIP 200), para esta tarea estamos asignadas dos psicólogas. Nuestra labor está destinada al trabajo con bebés desde 45 días de vida hasta adolescentes de 14 años y 11 meses (...). Nuestro trabajo inicia con la derivación del médico clínico o especialista al momento del diagnóstico (ya que se acompaña cuando les brindan la información tanto a los cuidadores como a los niños/ado), pero cuando hay sospechas de enfermedad oncológica y aún no llegaron a la SIP 200, empezamos el trabajo con ese paciente (comunicación personal, G.E, noviembre 19, 2025).*

Por otra parte, resulta relevante destacar el rol de la psicomotricista, quien se desempeña hace varios años como coordinadora de la Ludoteca Móvil dentro de la institución. Al respecto, la profesional describe su participación del siguiente modo:

*Mi participación en la Ludoteca Móvil se inscribe en dos ejes complementarios. Por un lado, como una de las coordinadoras de ludoteca, acompaño el diseño y la organización del dispositivo: la organización de los equipos, la selección del material bibliográfico de apoyo a las estudiantes, los espacios de co visión y acompañamiento (...). Por otro lado, desde mi rol como psicomotricista en sala (comunicación personal, A.G, noviembre 25, 2025).*

La sala SIP 200 es un espacio atravesado por la intervención de varias especialidades del campo de la salud y se caracteriza por un trabajo cotidiano en el que los distintos profesionales se encuentran en contacto directo con los niños/as y sus familias. En este contexto, la interdisciplina resulta central para el trabajo clínico, orientado a mejorar la calidad de vida de los niños/as durante la internación.

A lo largo de la práctica, se registraron numerosas situaciones en las que el trabajo conjunto entre disciplinas permitió orientar las intervenciones del dispositivo. En diferentes ocasiones, profesionales de otras especialidades se acercaban al equipo para compartir observaciones o realizar sugerencias. Un ejemplo de ello se observa en el siguiente registro: *“La kinesióloga en el pasillo, nos comentó con una cara de agotamiento, que (un niño) estaba muy inquieto, “reactivo” es la palabra que utilizó. Nos preguntó si podíamos entrar a bajar la energía un poco”* (Registro N°1, 28/07/2025).

Asimismo, profesionales del propio SSM que habían tenido contacto previo con niños/as internados/as en la sala, se acercaban a las responsables de la Ludoteca para

compartir información. A modo de ejemplo, se destaca una conversación con el jefe de residentes, quien además es psicomotricista, y refirió lo siguiente:

*Nos comentó que intentaron realizar una primera entrevista con Benicio y sus padres. Con sus palabras nos dijo: “Es un niño recién llegado, está muy miedoso y reactivo, inquieto, llora y busca a los padres. No habla. Aún no tiene puesto el catéter, por ende cada vez que los médicos necesiten una muestra de sangre deben pincharlo, lo que es muy invasivo para él. Tal vez, si entran con el juego en la mano, para la próxima, no se asusta, porque Benicio reacciona cuando observa la chaquetilla (Registro N°2, 30/07/2025).*

Estas escenas dan cuenta de cómo las distintas disciplinas se articulan y trabajan de manera conjunta, orientando las intervenciones hacia el bienestar del niño/a.

Por otro lado, dentro del dispositivo de Ludoteca Móvil, adquiere especial relevancia el espacio de covisión. Una instancia quincenal en la que se reúne el equipo completo, incluyendo coordinadoras, residentes, practicantes, y en algunas ocasiones otros profesionales que se encuentran interviniendo con los niños/as mencionados. Este encuentro se entiende como un espacio privilegiado, respetando el secreto profesional, para compartir observaciones, inquietudes, vivencias surgidas durante la semana así como para pensar colectivamente modos de juego, intervenciones, y acompañar ansiedades que emergen. Si bien no existe un espacio físico destinado a las covisiones, siempre se logra reunir el equipo en un lugar que permita el encuentro. Tal como se registra en una de las reuniones: *“La covisión ocurrió en la sala de Telecomunicación, junto con las demás practicantes y las profesionales del equipo de Ludoteca. Entre todas se repasó niño por niño el cual vimos durante la semana” (Registro N°3, 31/07/2025).*

#### 8.2.1.2 ¿A QUÉ HABITACIÓN ENTRAMOS PRIMERO?

Luego de presentar el equipo que lleva adelante el dispositivo, resulta pertinente describir la dinámica a través de la cual se habilita el espacio de juego. Este apartado busca dar cuenta de los pasos que estructuran el ingreso a la sala, así como de los criterios que orientan la prioridad de cada niño/a al participar del espacio.

Tal como se mencionó anteriormente, la Ludoteca Móvil se implementa exclusivamente en la sala SIP 200, y se encuentra destinada a NNyA que atraviesan enfermedades oncológicas. El dispositivo se desarrolla en determinados días de la semana, el equipo se organiza de manera rotativa, evitando la presencia de múltiples personas en la sala. En cada jornada, las integrantes del equipo se reúnen en el SSM, donde se preparan para acceder a la sala, utilizando el barbijo como elemento de protección.

Al ingresar, se sigue un protocolo de higienización obligatoria, y luego, el equipo se dirige a la sala de médicos. Allí, el personal médico junto con la psicóloga referente de la sala, definen las habitaciones en las que es posible entrar a jugar, teniendo en cuenta del estado de salud de cada niño/a y estableciendo criterios de prioridad. A modo de ejemplo, en uno de los registros se señala: *“Una vez ingresado a la sala, se acercó -la psicóloga de la sala- a comentarnos que “M” era la prioridad, porque debía dejar un rato el celular”* (Registro N°12, 20/08/2025).

Del mismo modo, también se comunican las habitaciones en las que no es posible acceder en ese momento, ya sea por la complejidad del estado de salud o por la presencia de procedimientos médicos. Un registro da cuenta de esta situación:

*(...)notamos que la sala se encontraba movilizaba, había muchas personas recorriendo el pasillo, debido a que ingresaban pacientes nuevos (...) y a su vez algunos pacientes que se encontraban en estado delicado. Uno de ellos era B, niño con el que jugué el lunes (...) nos comentaban las médicas que se encontraba un poco mal, venía con fiebre y no bajaba su intensidad. Cuando nos asomamos a su habitación se encontraba con un respirador y lleno de cables conectados alrededor de su cuerpo, se encontraba su madre y alrededor todo el equipo médico hablando con ella. Se notaba la tensión y el silencio de la situación. Por este motivo, nos comentaron que era el único niño con el que no podíamos entrar a jugar* (Registro N°27, 24/09/2025).

Una vez establecidas las prioridades, el equipo se dirige habitación por habitación, siguiendo el protocolo de higiene y cuidado. Antes y después de cada ingreso se realiza el lavado de manos, y se consulta a cada niño/a si desea participar del espacio de ludoteca. Cuando la respuesta es afirmativa, el equipo indaga acerca de las preferencias lúdicas de cada

niño/a. En algunos casos son ellos mismos quienes expresan a que desean jugar, tal como se registra en la siguiente escena: *“El día lunes, “B” nos comentó que le gustaba hacer pulseras (...) (Registro N°2, 30/07/2025).* En otras oportunidades, cuando la familia está presente en la habitación aporta información sobre gustos de su niño/a. Así lo refleja uno de los registros: *“B estaba junto a su madre en la habitación (...) La madre entre gritos nos dijo que le gustaban los autitos” (Registro N°1, 28/05/2025).*

En estos contextos, el juego se configura como un espacio compartido, que puede incluir a la familia, a otros niños/as de la habitación, e incluso miembros del equipo de salud de la sala.

Luego, el equipo se reúne para seleccionar los materiales lúdicos adecuados. En ese momento, adquiere especial relevancia el proceso de desinfección de cada juguete, procedimiento obligatorio debido a la vulnerabilidad inmunológica de los niños/as internados. Una vez higienizados los juegos, el equipo vuelve a incorporarse en las habitaciones, para dar inicio el encuentro lúdico.

Finalmente, una vez concluido el encuentro lúdico, el equipo realiza el registro de cada intercambio. Este momento de registro se entiende como un espacio de elaboración clínica compartida, en el que se retoman las escenas de juego y cuestiones que llaman la atención. En este sentido, Giachero et al. (2019) señalan que la tarea específica del jugar puede ser analizada por el equipo profesional, considerando una serie de indicadores que permiten dar cuenta el estado emocional, el grado de plasticidad psíquica y la fortaleza yoica de cada niño/a.

### 8.2.1.3 ARMAR Y DESARMAR EL JUEGO

Como último aporte, resulta pertinente destacar el tipo de encuadre que sostiene la Ludoteca Móvil del hospital. Dado que la SIP 200 se encuentra atravesada por situaciones de alta complejidad e incertidumbre, requiere de un encuadre flexible capaz de adaptarse a los cambios que se generan cotidianamente durante la internación de sus pacientes. En consonancia con ello, Moreno (2022) caracteriza la Ludoteca Móvil como un espacio flexible, ya que permite ofrecer instancias de juego incluso cuando no hay un espacio físico propio ni la infraestructura necesaria para ser una “Sala de Juego”. En esta dirección, las profesionales que llevan adelante este dispositivo deben mantenerse abiertas a los cambios propios de la dinámica hospitalaria, sin perder de vista el juego.

En relación con ello, el juego se arma y se desarma de manera constante. Existen situaciones en las que niños/as se encuentran aislados debido a infecciones, momentos en los que no es posible ingresar por remodelaciones, o circunstancias en donde el niño/a se encuentra dormido, en escuela hospitalaria, almorzando y no puede participar del espacio lúdico. Estas condiciones forman parte del día a día de la sala y requieren de un encuadre flexible que permita sostener el dispositivo.

De todos modos, el equipo de Ludoteca Móvil se mantiene siempre disponible para ofrecer una propuesta, aún a “pesar de todo” lo que sucede en el hospital. Esto se observa en los registros en donde el equipo adapta el juego a las posibilidades de cada niño/a. Un ejemplo de ello se evidencia cuando la sala se encuentra atravesada por situaciones de aislamiento por infecciones intrahospitalarias:

*Las residentes acompañantes nos comentan que la psicóloga de la sala les dio la noticia de que había un virus intrahospitalario, designado KPC. El protocolo es el siguiente: se aíslan las habitaciones en las que hay sospecha de virus (...) los juguetes necesitan doble limpieza con un jabón especial, el uso de ambo, barbijo, cofia, bata hospitalaria, los juguetes que usan los niños por 4 días deben ser usados sólo por los niños que han jugado anteriormente con ellos, y se aconseja que las practicantes jueguen con los mismos niños que venían jugando, para no propagar el virus (Registro N° 9, 13/08/2025).*

Del mismo modo cuando la sala atraviesa procesos de remodelación, el dispositivo también se adapta priorizando el momento de juego:

*(...) una psicóloga de la sala, nos comenta que por la remodelación, iban a trasladar a todos los niños a diversas salas de internación del hospital. Algunos iban a ir a la SIP 400 (salas de internación general) y otros a UCI (cuidados intermedios), por este motivo, los juegos debían ser breves y que tal vez no podamos jugar con todos (Registro N°27, 24/09/2025).*

En otras ocasiones, el encuadre flexible se manifiesta en articulación con el equipo médico, cuando el juego se integra como parte del acompañamiento durante procedimientos de control o revisión. En estos casos el equipo de salud retoma el encuadre lúdico, utilizando el juego como una herramienta de espera y de generar menos temor frente a una intervención. Un ejemplo de ello, se observa en el siguiente registro:

*ingresa una enfermera con la balanza para pesarlo, parecía que debía realizar ciertos procedimientos médicos. En ese instante “I” cambia su foco de atención del juego y pasa a observar lo que estaba haciendo la enfermera. “I” pregunta: “¿Me van a pesar?”, la enfermera le contesta, “Si, pero cuando termines de jugar así no interrumpimos”. “I” por momentos volvía al juego, pero luego volvió a preguntar (...). Luego la enfermera se acerca, y le coloca cierto líquido en el catéter (...) “I” exclama: “¿Es agua?”, debido a que veía que estaban inyectando en el catéter cierta sustancia líquida. La enfermera le repite: “Si, es como agua, no duele”. “I” se tranquilizaba por momentos, volvía a jugar con el rompecabezas (Registro N°34, 15/10/2025).*

En este tipo de situaciones, el juego funciona como una vía de acompañamiento que permite disminuir la ansiedad y el miedo. Tal como señala Moreno (2022), uno de los objetivos del juego en este contexto es distraer y reducir el estrés, favoreciendo una experiencia menos invasiva al niño/a.

Por último, la flexibilidad del encuadre también se evidencia en escenas en las que el juego no puede desplegarse sin la presencia de un cuidador en la habitación. En estos casos, el dispositivo se adecua a la necesidad de un juego compartido, o incluso al “no jugar”, respetando las decisiones de los/as pacientes: *“Invitamos a “E” a jugar pero no quería pararse (...) En un momento, la madre le dice a E que debe salir unos minutos al pasillo, y “E” se muestra muy angustiada obligando a su madre a que se quede a su lado (...)” (Registro N°50, 29/11/2025).*

A partir de lo desarrollado, se concluye que la Ludoteca Móvil, constituye un dispositivo de salud mental con un encuadre institucional y clínico específico caracterizado por su flexibilidad. El juego se sostiene como una herramienta central, pensada de manera interdisciplinaria con el objetivo de acompañar los procesos de internación, a pesar de todo.

El desarrollo de este primer objetivo permite comprender mejor el escenario en el que se construyen escenas lúdicas significativas, que serán abordadas en el siguiente objetivo.

### 8.2.2 EL JUEGO COMO ESPACIO COMPARTIDO

Como se mencionó anteriormente, al momento de ingresar a la sala para dar comienzo a los espacios de juego, se observa que, en algunos casos, los niños/as no se encuentran solos. La internación hospitalaria se presenta como una experiencia compartida en la que la presencia de un adulto significativo, en la mayoría de los casos, resulta constante y de vital importancia para el niño/a en cuestión.

En el marco de internación pediátrica, la familia asume un rol de acompañamiento y cuidado. Tal como establece la Ley Nacional N°26.061, Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (2005), en su Art.7 es “la responsable en forma prioritaria de asegurar a los NNyA el disfrute pleno y el efectivo ejercicio de sus derechos y garantías”. En situaciones de enfermedad grave o crónica, este acompañamiento suele concentrarse en la figura de “cuidador principal”, quien acompaña de manera sostenida el proceso de hospitalización (Moreno, 2022).

A través de la Ludoteca, la presencia de la familia se vuelve visible y adquiere diversas formas. Tal como señala la psicomotricista y coordinadora de la Ludoteca:

*las familias (...) a veces se suman activamente al juego, otras veces observan, acompañan desde cerca o simplemente se permiten un pequeño descanso mientras su hijo o hija juega. Cada forma de participación es valiosa, porque habla del modo en que ese cuidador puede estar en ese momento (...) (comunicación personal, A.G, noviembre 25, 2025).*

En relación al segundo objetivo específico de este trabajo, a continuación se explorarán diversas escenas lúdicas correspondientes a distintos casos en las cuales los cuidadores responsables de esos niños/as se encuentran presentes durante el desarrollo del juego. En estas viñetas, los nombres han sido modificados con el fin de resguardar la intimidad de los involucrados. Dichas escenas serán retomadas posteriormente en el objetivo siguiente para avanzar en su análisis.

#### 8.2.2.1 MAMA Y PAPA NO SE VAN, ESTAMOS ACA: CASO BENICIO

Benicio de dos años de edad, era un niño recientemente ingresado a la Sala de Onco-hematología Pediátrica, cursando un diagnóstico, correspondiente a una Leucemia Tipo B. Al momento de la internación, se encontraba acompañado por su padre y su madre, quienes habían viajado del interior del país y se encontraban atravesando un momento de gran incertidumbre en relación con la enfermedad y el proceso de hospitalización. En una instancia de covisión la psicóloga de la sala refirió: *“El equipo médico le ha hecho muchas obstrucciones de sangre. Sufrió intervenciones no tan cuidadas”* (Registro N°3, 31/07/2025).

En este contexto, los primeros encuentros con la Ludoteca Móvil coincidieron con las primeras experiencias de Benicio dentro del hospital. En esa ocasión, al subir a la sala, la kinesióloga se encontraba en el pasillo y comentó que el niño estaba “reactivo”, consultando si el equipo podía ingresar para ayudar a disminuir las energías un poco. Durante el primer intercambio se encontraba acompañado por su madre y su padre. Al ingresar a la habitación, el niño comenzó a llorar, manifestando rechazo antes de que se le ofreciera participar del juego. Entre llantos, la madre comentó que a Benicio le gustan los autitos. Al acercarle este

material lúdico, el niño continuó llorando, llamando por su madre y su padre que se encontraban junto a él:

*Mientras la madre lo intentaba calmar le decía: “Las chicas solo quieren jugar” “Cálmate” “Mamá no se va” “Yo estoy acá”. Había momentos en los que parecía tranquilizarse, pero luego comenzaba de vuelta el berrinche (...) Como Benicio no se calmaba, decidimos decirle que volvíamos otro día, y que nos ayude a guardar los juguetes, cantando una canción. Rápidamente guardo todo dentro de la bolsa sin hacer berrinches (...) (Registro N°1, 28/07/2025).*

Frente a esta reacción, el equipo decidió no imponer el juego y retirarse, dejando abierta la posibilidad de regresar en otro momento.

En interacciones posteriores, se comenzó a observar una mayor tolerancia al ingreso del juego a la habitación, aunque esta posibilidad se encontraba condicionada por la presencia de sus cuidadores. En una de estas ocasiones, al ingresar se encontraba su madre junto a él. Benicio vestía un pijama nuevo y tenía varios juguetes nuevos a su alrededor. El equipo ingresó con una casita de bomberos que contenía en su interior, un dinosaurio, audífonos y algunas herramientas de juguete. Durante esta escena, el despliegue del juego parecía posible únicamente cuando los padres permanecían presentes durante la actividad:

*En un momento, el padre se retiró de la habitación, lo que provocó en Benicio una reacción de malestar: comenzó a pedir por él con berrinches y signos de llanto (...). En ese momento, retomamos la propuesta lúdica con la casita: (...) Benicio observaba con atención la escena e intercalaba momentos de interés con pedidos por su madre (...). Mientras intentábamos captar su atención para que se acercara al material lúdico, el padre intervenía de forma constante, hablándole a Benicio al oído con frases como: “Jugá, hijo, a jugar”, “Las chicas están jugando”, “Vamos Benicio, no te van a hacer nada, jugá”, “Es un juego”. Estas intervenciones eran reiteradas y sucedían mientras nos encontrábamos desplegando el material. Ahí nos dimos cuenta como el padre estaba muy ansioso respecto al juego, sentimos que estaba obligando al niño a jugar (...) (Registro N°4, 04/08/2025).*

Hacia el final del juego, se tomaron los juguetes nuevos de Benicio para observar si lograba jugar con otros materiales. Benicio comenzó a tomar las herramientas junto a sus juguetes y a manipular los objetos con mucha atención. En aquel momento el equipo le recordó al padre en qué consistía el espacio de Ludoteca: “es voluntario, si el nene no quiere jugar, no pasa nada, volvemos otro día, lunes miércoles o viernes” (Registro N°4, 04/08/2025). El encuentro finalizó cuando las enfermeras ingresaron a la habitación para trasladarlo para un estudio médico.

Durante otros encuentros, el juego comenzaba a instalarse esporádicamente, alternando momentos de interés, con pedidos reiterados por la presencia de los padres. En comparación con encuentros previos, Benicio se mostraba con un estado de ánimo más favorable. Al ingresar, la madre comentó que Benicio solía interesarse por bloques, juegos de construcción y encastre, mientras que el padre preparaba el espacio, ubicando al niño en una superficie de goma eva. Benicio manipulaba los materiales, observándolos con mucha atención y concentración. Luego, dirigía la mirada a la cama y manifestaba querer regresar allí, mientras que el padre intervenía proponiendo que continuara el juego junto al equipo. Al mismo tiempo, el padre colocaba música para que Benicio baile (Registro N°5, 06/08/2025).

En una instancia posterior, se observó que Benicio ya no manifestaba temor frente al momento del ingreso del equipo a su habitación, y reconocía el dispositivo del juego. En esta ocasión, el equipo propuso un juego con bloques y cajitas, propio de los primeros años de vida, en el que el niño repite acciones por placer, sin una finalidad establecida (Piaget, 1946). Durante el desarrollo de la escena, el juego se vio atravesado por múltiples estímulos simultáneos que dificultaron la continuidad del mismo. Benicio cada vez que lograba encajar una pieza, expresaba una emoción intensa con movimientos bruscos, lo que generaba preocupación en los padres frente al riesgo de que el catéter se enredara. El siguiente recorte del registro permite describir esta escena:

*Benicio parecía mucho más feliz y con más confianza que antes no notaba (...) Benicio no lograba concentrarse, se paraba, gritaba, parecía que sonreía o se reía. Estaba muy exaltado, inquieto, comenzó a enredarse el catéter, y de la preocupación, ninguno de los presentes lograba concentrarse en el juego, porque estábamos todos prestando atención al catéter. Los padres lo regañaban constantemente y le decían que juegue (...). Había momentos en los que se emocionaba demasiado y se llevaba la mano a su boca mordiendo dicha mano, a lo que los padres lo regañaban y le decían “No Benicio, nana” (Registro N° 11, 18/08/2025).*

En otra oportunidad, el equipo ingresó a la habitación para compartir un espacio de juego con Benicio. Al ver al equipo, el niño sonrió ampliamente y sus padres también manifestaron alegría por la llegada. La madre consultó si el equipo prefería que la música que estaba sonando permaneciera encendida o apagada y el equipo le indicó que optaba que el juego se desplegará sin música. La actividad se inició con una pelota y baldes, intentando colocarla en su interior. Luego, el equipo armó un arco de bloques para que Benicio lanzará la pelota. En distintos momentos intentó manipular los bloques de manera autónoma, y cuando no lo lograba, solicitaba ayuda al equipo de Ludoteca. De forma progresiva, la madre se retiró

de la habitación y, al advertir su ausencia, Benicio preguntó por ella manifestando cierta intranquilidad. En aquel momento, el equipo le propuso construir una torre alta de bloques para regalarle a su madre cuando ella regresara, Benicio aceptó y comenzó a realizarla (Registro N°18, 03/09/2025).

A lo largo de los distintos encuentros, se observa que la presencia de los cuidadores acompaña de manera constante el desarrollo de las escenas lúdicas, adoptando diversas modalidades como organizando el espacio, interviniendo verbalmente, estableciendo límites, cuidando el cuerpo de su hijo de posibles caídas o daños.

#### 8.2.2.2 LA MAGIA DEL JUEGO: CASO LUCAS

Lucas, de tres años de edad diagnosticado con Linfoma de Burkitt, es uno de los niños en el que se destaca significativamente la presencia constante de su cuidador principal durante los encuentros de Ludoteca. En las escenas observadas, la madre se encuentra presente de manera sostenida, siendo la única acompañante del niño observada durante la internación.

Al inicio de las prácticas, Lucas ya se encontraba internado en la sala desde hace un tiempo. En instancias de covisión las integrantes del equipo que ingresaban a jugar con él compartían que la madre refería dificultades para manejar momentos de enojo y frustración del niño. En estas situaciones solía ofrecerle el celular como forma de calmarlo, lo que en algunas ocasiones interfería con el interés de Lucas a la hora de jugar (Registro N° 3, 31/07/2025).

Con el transcurso del tiempo y luego de varias participaciones del niño en la Ludoteca, se observaron escenas, en donde Lucas comenzó a interactuar con las propuestas lúdicas sin

utilizar el celular. Se destaca un encuentro en el que, al ingresar a la habitación, la madre expresó que se encontraban esperando al equipo para jugar. Luego del inicio del juego se retiró de la habitación para realizar trámites dentro del hospital. En esta ocasión, Lucas solicitó realizar pulseras y posteriormente optó por jugar con unos globos que tenía en su habitación. Para poder continuar con esta actividad, Lucas solicitó que el equipo le colocara las zapatillas, ya que se encontraba sentado en la cama. Sin embargo, pedía por su madre para que realizara esta acción, tal como se observa en el siguiente recorte: *“él pedía por la madre para que ella le coloque las zapatillas, debido a esto la llamó por videollamada para que venga (...). Luego, llegó su madre preocupada, pero le comentamos que solo pedía por las zapatillas”* (Registro N° 26, 22/09/2025).

Luego de ese momento, el juego continuó, aunque con algunas modificaciones en la escena a partir de la presencia de su madre, como se registra a continuación: *“La madre se quedó en el hall de la habitación sin involucrarse en el juego, respetando el espacio. Pero cuando Lucas no lograba verla del todo, ahí la buscaba y le preguntaba dónde se había ido”* (Registro N°26, 22/09/2025). Hacia el final del encuentro, Lucas manifestó estar cansado. En ese momento el equipo le retiró las zapatillas, lo ayudó a sentarse en la cama y dieron por finalizado el espacio debido a que se acercaba el horario de almuerzo.

En otras situaciones, se observaron momentos en donde Lucas manifestaba cierto enojo hacia su madre. En una de ellas, se encontraba jugando con el equipo a una actividad que consistía en patear un globo evitando que tocara el suelo. Luego, Lucas decidió recostarse en su cama y comenzó a mostrarle al equipo los juegos que utilizaba en su tablet. En ese entonces, ingresaron dos médicas para realizarle un control que incluía escuchar sus respiraciones, medirle la presión y controlar el catéter. Ante esta intervención, Lucas se negó a colaborar, y ante la insistencia de las médicas y su madre, expresó enojo: *“Se acurruco en su cama y no mostraba su cara”* (Registro N°27, 24/09/2025). Debido a su reacción, las médicas decidieron retirarse para intentarlo más tarde y su madre salió momentáneamente de la habitación diciendo: *“Lucas entonces me voy yo también si no te dejás controlar”* (Registro N°27, 24/09/2025), aunque permaneció en el pasillo. Posteriormente, el equipo le comunicó a Lucas que comprendían su enojo y que tanto su madre como los médicos estaban allí para cuidarlo. Al regresar, la madre se sentó en la esquina del cuarto sin participar del juego; mientras tanto, Lucas la observaba y le decía: *“Andate”* (Registro N°27, 24/09/2025). En ese entonces, el equipo le propuso a Lucas invitar a su madre a jugar. Tras dudar brevemente,

Lucas asintió, se levantó de la cama, y se retomó un juego compartido entre él, su madre y el equipo.

En otra ocasión, se registró una escena de juego que surgió de manera improvisada. Al subir a la sala, el equipo observó que la madre de Lucas se encontraba fuera de la habitación. El equipo ingresó a la habitación para consultarle si deseaba participar del espacio lúdico, el niño respondió negativamente mientras utilizaba su tablet, manifestando escaso interés. Una de las integrantes del equipo escuchó que Lucas se encontraba molesto con su madre y que, por ese motivo, no quería jugar. A partir de una primera propuesta del equipo, se inició un juego que consistía en pasarse el globo y quien lo atrapaba debía recibir cosquillas, lo que generó en Lucas risas mostrando progresivo entusiasmo. Dado que el globo caía con frecuencia al piso y debía ser desinfectado, se optó por otra propuesta lúdica: un truco de magia realizado por una de las practicantes. El niño se mostró sorprendido y pidió repetir la experiencia con cada integrante del equipo. Luego, convocó a la kinesióloga para mostrarle el truco aprendido y hacia el cierre, se invitó a su madre a ingresar a la habitación para que Lucas pudiera compartir la actividad. En ese momento, se lo observó entusiasmado, deseando continuar el juego aún cuando el espacio debía finalizar (Registro N°33, 13/10/2025).

A lo largo de los encuentros registrados con Lucas, la presencia de su madre se mantuvo constante, adoptando diferentes modalidades. En diversas escenas, el desarrollo de la actividad lúdica se articuló con sus movimientos de ingreso y salida del espacio, así como con las reacciones del niño ante su proximidad o ausencia.

#### 8.2.2.3 YO PUEDO SOLO: CASO BASTIAN

Con Bastian, niño de siete años quien cursaba una internación por un diagnóstico de Leucemia Linfocítica Aguda, se llevaron a cabo varios encuentros a lo largo del periodo de práctica, desde el primer hasta el último día. Durante la mayoría de las instancias de juego se encontraba acompañado por su madre, y en algunas ocasiones por su hermano o por su padre. En los diferentes registros, la madre siempre se encontraba a su lado, especialmente en aquellos momentos en que Bastian se encontraba sobrepasado por la internación, manifestando cansancio por estar lejos de su hogar. En sintonía con lo planteado, en una instancia de covisión la psicóloga, para dar contexto sobre el estado emocional de Bastian, comenta: *“No tiene ganas de estar internado. Quiere que su madre esté con él”* (Registro N°13, 21/08/2025).

A pesar de los largos períodos de internación, Bastian siempre se mostraba predispuesto al juego. Cuando el equipo de Ludoteca ingresaba a la habitación, ya tenía claro a qué quería jugar, y en pocas oportunidades manifestaba no tener ganas. En una escena registrada, la madre agradece la presencia del dispositivo y comenta que Bastian venía estando muy aburrido, incluso le decía: *“las chicas del juego ya van a llegar”* (Registro N°34, 15/10/2025). En ese momento Bastian, cuando vio al equipo entrar a su habitación, rápidamente mencionó que quería hacer pulseras. Como el niño venía jugando al mismo juego hace ya varios encuentros, el equipo propuso, para variar la actividad, realizar un cartel para promocionar la venta de sus pulseras. Frente a esta alternativa, Bastian junto a su madre, quien se encontraba presente en la habitación, manifestaron agrado por la propuesta seleccionada.

Durante las diversas escenas lúdicas registradas, la presencia de su madre variaba, ya que en algunas ocasiones se retiraba para desayunar, conversaba con otras madres en el pasillo o realizaba trámites en el hospital, y aún así, se hacía presente en diferentes modos.

Como se advierte en el siguiente encuentro, el equipo ingresó a su habitación para proponer un espacio de juego. Allí, Bastian optó por realizar pulseras y, mientras la actividad se desarrollaba, su madre se retiró de la habitación momentáneamente. Durante el intercambio, una integrante del equipo manifestó su intención de comprar una pulsera. Ante ello, Bastian rápidamente llamó por videollamada a su madre para que le reciba el dinero (Registro N°26, 22/09/2025).

En otra ocasión, se observa la participación activa de la madre en el juego. En una oportunidad, una integrante del equipo de Ludoteca llevó una pistola de juguete, con el propósito de que Bastian practicara su puntería, ya que en encuentros previos había mencionado que le gustaba cazar junto a su padre en el campo. La propuesta generó entusiasmo tanto en Bastian como a su madre, quien se encontraba a su lado. Para iniciar la actividad, el equipo colocó varios bloques sobre una repisa y Bastian comenzó a lanzar los dardos para derribarlos. Luego, junto con Bastian se propuso realizar un “tiro al blanco” utilizando cartulina y fibras de colores que fue colocado en la pared para continuar apuntando. La madre permaneció durante todo el desarrollo del juego, mostrando interés por la actividad y participando en distintos momentos, lanzando dardos desde donde estaba sentada, dando lugar a una dinámica compartida entre los presentes. Al finalizar el juego, se destaca un intercambio significativo:

*La madre agradeció con emoción, contándonos que su hijo solía decir por las tardes: -Estoy aburrido, no pueden venir las chicas a jugar- y que a ella a veces le costaba encontrar propuestas para entretenerlo. Agradecemos también a ambos por el tiempo compartido y cerramos el espacio lúdico (Registro N°38, 27/10/2025).*

En los distintos encuentros registrados, el espacio de la Ludoteca era una instancia reconocible dentro de la rutina hospitalaria de Bastian. Conversaba fluidamente con las practicantes y residentes que integraban la Ludoteca y decidía por sí mismo cuándo finalizar la actividad diciendo “estoy aburrido” o “tengo hambre”. A lo largo de las escenas descritas, se observó su disposición por el juego, y la presencia sostenida de su madre, ya sea participando o retirándose momentáneamente de la habitación.

#### 8.2.2.4 CUANDO SEA GRANDE QUIERO SER NIÑO: CASO BORJA

Con Borja de 11 años de edad, diagnosticado con un Sarcoma Indiferenciado de ojo, se tuvo la oportunidad de compartir cuatro encuentros lúdicos durante su internación en el transcurso de la práctica. En ese periodo, se encontraba acompañado por su madre y por el novio de ella, a quien Borja refería como su padrastro.

Desde el inicio, Borja estaba interesado por los momentos de juego, particularmente porque todos los juegos eran pensados por él para ser compartidos entre todos los que estaban presentes. Esta modalidad lúdica puede vincularse con lo que Piaget (1946) denomina “juegos de reglas” característicos de la etapa evolutiva comprendida entre los siete y los 11 años, en la que el niño incorpora normas compartidas y aprende a compartir con otros ya sean pares o adultos (Reynoso, 1980).

En una oportunidad, Borja se encontraba acompañado de su padrastro, y al advertir la llegada del equipo manifestó entusiasmo por participar de la Ludoteca Móvil. Para esta ocasión, el equipo llevó un mazo de naipes españoles y se inició el juego “150” propuesto por Borja. En esta instancia, su padrastro no participaba activamente del juego, aunque permaneció en la habitación durante todo su desarrollo. Mientras transcurría el tiempo, él y Borja conversaban con el equipo acerca de su pueblo y de fútbol, lo que permitió ampliar el intercambio más allá de la propuesta lúdica. Durante el encuentro, se observaba como Borja disfrutaba de compartir la actividad: *“se reía durante el desarrollo del juego, debido a que muchas veces alzamos cartas, salteamos turnos, y algunas reglas más del juego que lo hacían más desafiante y divertido”* (Registro N°34, 15/10/2025).

Luego de varios encuentros, resultaba llamativo que, en la mayoría de las escenas, era el padrastro quien se sumaba activamente al juego junto a Borja y al equipo de Ludoteca. En una ocasión, al ingresar a la habitación, se los encontró a ambos jugando un videojuego cada uno con su celular. Sin embargo, en ese instante, manifestaron interés inmediato por jugar con el equipo, es así como el padrastro con entusiasmo llamó desde la habitación: *“¿No van a venir a jugar a las cartas?”* (Registro N°43, 07/11/2025). Allí, Borja acercó sus propias cartas para proponer un juego llamado “Lolamento”, del cual participaron todos los presentes.

En una instancia posterior, la madre también se sumó a la propuesta lúdica, pero muchas veces se retiraba para realizar trámites en el hospital o tomarse un descanso junto con

su pareja. De igual manera, se destaca una escena en la que el padrastro se encontraba muy interesado por el juego que hasta prefería seguir jugando, esto se puede ver en la siguiente viñeta:

*Durante el juego, ingresó la madre de Borja, quien se quedó observando brevemente desde la puerta mientras esperaba a su pareja para realizar unos estudios. El padrastro, visiblemente involucrado y entusiasmado con el juego, le respondió desde la habitación: -Ya voy, andá yendo- (Registro N°43, 07/11/2025).*

Los encuentros con Borja, permitieron registrar escenas en las que se evidenciaba el carácter placentero y compartido del juego entre el niño y su padrastro. Las risas, la participación activa, el interés por seguir jugando daban cuenta de esta dimensión de disfrute que constituye un rasgo central de la experiencia lúdica.

### 8.2.3 LO QUE SOLO NO SE PUEDE EN RED SE CONSIGUE

A partir de las escenas lúdicas desarrolladas en el objetivo anterior, se puede pensar que el juego permite no solo observar el despliegue del niño/a, sino también escuchar y comprender cómo los cuidadores significan el diagnóstico, cómo se sienten y cómo atraviesan la experiencia de enfermedad.

En este escenario, madres, padres y cuidadores acompañan físicamente y sostienen funciones propias de la parentalidad, indispensables para el desarrollo psíquico y emocional del niño/a. Desde una perspectiva teórica, Bleichmar (2008) sostiene que en el vínculo temprano, se ponen en juego funciones diferenciadas, donde resulta central la presencia de un adulto capaz de cuidar y de un niño/a que pueda ser cuidado. En la misma línea, Soifer (1979)

subraya que las funciones parentales tienen como objetivo primordial la defensa de la vida, entendida no sólo desde el cuidado físico, sino también desde el acompañamiento afectivo y vincular.

Estas funciones adquieren especial relevancia en el contexto de enfermedad oncológica pediátrica, y dialogan con lo expresado por la psicomotricista de la sala y coordinadora de la Ludoteca: *“Ellos son quienes sostienen la cotidianeidad de la internación: el temor, las decisiones clínicas, la organización doméstica paralizada, los efectos emocionales y económicos del tratamiento”* (comunicación personal, A.G, noviembre 25, 2025).

En este sentido, tomando los aportes de Faberman (2010), ver a sus hijos/as atravesar transformaciones físicas y emocionales profundas puede generar sentimientos de miedo, angustia, ansiedad e injusticia. En este marco, las funciones parentales se reconfiguran con nuevas demandas y necesidades, requiriendo procesos de adaptación que permitan sostener al niño/a frente a los cambios que atraviesa, y por otro, reorganizar la propia experiencia del cuidador (SIOP, 1999). Asimismo, a partir de los relatos compartidos por la psicóloga de la sala, la familia también puede requerir de un acompañamiento:

*Sabemos de que la enfermedad de un niño-ado genera un impacto emocional para su familia (porque el cáncer atraviesa a toda la familia), y frente a este impacto ellos también tienen que poder recuperarse, armarse y estar ahí para cuidar de ese ser vulnerable que atraviesa una enfermedad grave (...)* (comunicación personal, G.E, noviembre 19, 2025).

Este último objetivo específico, pretende identificar aquellos aportes del equipo de salud mental en el sostenimiento de las funciones parentales, que resulten significativos en las escenas lúdicas desarrolladas en el objetivo anterior.

### 8.2.3.1 GRACIAS POR VENIR, ESTAMOS APRENDIENDO

Como se describió previamente, **Benicio** era un niño recientemente ingresado en la Sala de Onco-hematología pediátrica, atravesando junto a su familia el impacto del diagnóstico. El entorno hospitalario, caracterizado por procedimientos invasivos, personas desconocidas, normas rígidas, olores y sonidos extraños configura un contexto que puede ser vivido por el niño como amenazante (Mendéz & Capurro, 2022). En este contexto, **Benicio** manifestaba llanto persistente, rechazo al juego y pedidos por la presencia constante de sus padres.

En la primera escena registrada, en la que se intentó iniciar un espacio de juego con **Benicio**, la madre intervenía frente al llanto del niño diciendo: *“Las chicas solo quieren jugar” “Cálmate” “Mamá no se va” “Yo estoy acá”* (Registro N°1, 28/07/2025). En esta viñeta puede observarse con claridad el despliegue de la función parental de sostén ofreciendo calma frente a la ansiedad del niño (Grangeat, 2004), en tanto la madre intenta ofrecer palabras tranquilizadoras que disminuyan la angustia de **Benicio** frente a lo desconocido.

Al pasar los encuentros, esta posición de contención continuó manifestándose de manera sostenida. Cada vez que **Benicio** manifestaba llanto o malestar, sus padres permanecían a su lado intentando calmarlo. En este marco, el despliegue del juego parecía estar condicionado por la presencia de sus padres, quienes brindaban seguridad para el niño. Tal como señalan Reynoso (1980) y Winnicott (1971), el juego se sostiene sobre la base de la presencia de una figura en quien el niño confía.

Aun así, en otros encuentros, esta disponibilidad adulta de contención y calma se vio tensionada por la propia preocupación parental. El padre intervenía de manera reiterada: *“Jugá, hijo, a jugar”, “Las chicas están jugando”, “Vamos Benicio, no te van a hacer nada, jugá”, “Es un juego”*. Estas intervenciones eran reiteradas y sucedían mientras nos

*encontrábamos desplegando el material. Ahí nos dimos cuenta como el padre estaba muy ansioso respecto al juego”* (Registro N°4, 04/08/2025). Una dinámica similar, se observó en otro encuentro, cuando **Benicio** quería regresar a su cama y el padre insistía en que jugara. (Registro N°5, 06/08/2025). Este modo reiterado de intervención por parte del padre para que su hijo juegue, se alinea con lo que sostiene la psicomotricista de la sala y coordinadora de la Ludoteca: *“Ver a un niño jugar, elegir, crear, le devuelve a la familia algo de la normalidad perdida”* (comunicación personal, A.G, noviembre 25, 2025).

No obstante, frente a esta dinámica el equipo decidió intervenir encuadrando el espacio y reforzando el carácter voluntario del juego, recordando al padre: *“-si el nene no quiere jugar, no pasa nada, volvemos otro día, lunes miércoles o viernes-”* (Registro N°4, 04/08/2025). Esta intervención puede pensarse como un aporte directo al sostenimiento de la función parental, en tanto el equipo alivia la exigencia sobre el niño y devuelve a los padres una lectura más ajustada a su estado emocional.

Este posicionamiento del equipo se articula con lo planteado por Moreno (2022), quien sostiene que la Ludoteca Móvil favorece la sensación de control del niño/a en un contexto en donde todo está impuesto, respetando el deseo del niño de jugar. Al sostener el encuadre voluntario del juego, el equipo no reemplaza la función parental, sino que la acompaña y la regula, ofreciendo un marco que protege el bienestar del niño.

En otro encuentro, donde se le ofreció a **Benicio** jugar con cajas y bloques, el juego se vio atravesado por múltiples estímulos que dificultaron el disfrute del mismo. El entusiasmo de **Benicio** y ciertos movimientos corporales generaron preocupación en los padres en relación con el cuidado físico del niño, poniendo ciertos límites en el despliegue del juego: *“No Benicio, nana”* (Registro N° 11, 18/08/2025). Aquí se pone en juego otra función parental central: la función de anticipación y protección de peligros (Grangeat, 2004). En el contexto de enfermedad oncológica, este ejercicio de la parentalidad suele intensificarse, dado el riesgo asociado al tratamiento y al catéter.

En este recorte, el aporte del equipo de salud consistió en acompañar la preocupación de los padres, consultarles si consideraban necesario convocar a la enfermera por si **Benicio** estaba lastimado. Luego, la situación fue trabajada de manera interdisciplinaria junto con el jefe de residentes y psicomotricista acordando evitar propuestas que pudieran sobreestimularlo (Registro N°11, 18/08/2025). De este modo, el equipo traduce la

preocupación de los padres y el comportamiento del niño, en estrategias que permitan sostener el juego en un marco seguro.

A partir de su recomendación, en un encuentro posterior el equipo decidió llevar pelotas y bloques, centrados en un juego más acotado. Asimismo la madre comenzó a consultar al equipo sobre qué acciones realizar, por ejemplo, si debía apagar la música o si podía retirarse, lo que permitió progresivamente que **Benicio** pudiera adquirir más autonomía en el jugar (Registro N° 18, 03/09/2025).

Frente a los momentos donde el niño advertía su ausencia, el equipo le propuso realizar una torre con bloques para regalarle a su madre cuando regresara, de esta manera se pudo sostener la espera, sin mostrar angustia por la ausencia de su madre (Registro N° 18, 03/09/2025). Esta propuesta acerca de la “torre como regalo” puede leerse como un acompañamiento a la función parental propuesta por Grangeat (2004) acerca de acompañar el tránsito del niño hacia formas progresivas de autonomía.

A partir de las intervenciones graduales y el acompañamiento sostenido, se fueron generando condiciones que posibilitaron que la madre, en este episodio, se retire por un momento, lo que permitió el despliegue de un juego que **Benicio** pudo disfrutar. En sintonía con lo desarrollado, como indica Moreno (2022), la Ludoteca Móvil contribuye a fortalecer la confianza entre el niño/a, la familia y el equipo de salud. Lo observado permite pensar lo planteado por la psicóloga de la sala:

*La ludoteca les devuelve a los padres la sonrisa, la posibilidad de ver que sus hijos por un rato recuperan a pleno su infancia (...) dejan de estar alerta, ven que sus hijos son capaces de muchas cosas (...) y que la ansiedad frente al procedimiento que les hicieron a sus hijos o que deben realizarles disminuye, porque en el orden de prioridades de su hijo hay algo que pesa más y capta mejor la atención, y es ese momento de compartir con otros, de sociabilizar, de expresarse, crear, explorar, expresar sus emociones, representar distintas emociones, y que es un espacio donde el respeto prima (comunicación personal, G.E, noviembre 19, 2025).*

### 8.2.3.2 LA IMPORTANCIA DE JUGAR CON OTROS

En primer lugar, se destaca el caso de **Lucas**, en el cual la madre se incorporaba al juego junto al equipo y en otras ocasiones se retiraba de la habitación. A lo largo de las escenas seleccionadas en el objetivo anterior, se observa que la madre ocupa un lugar central para **Lucas** como figura de referencia, su presencia aparece como un sostén que le brinda seguridad.

Esto puede advertirse en aquel encuentro en el que **Lucas** decide cambiar la actividad, y para colocarse las zapatillas llama inmediatamente a su madre (Registro N°26, 22/09/2025). Esta viñeta puede pensarse a la luz de los desarrollos de Winnicot en torno a la función de sostén (holding). Aún cuando **Lucas** se encontraba jugando solo con el equipo, el pedido por su madre para que le coloque las zapatillas da cuenta de la necesidad de contar con una figura disponible que garantice seguridad y apoyo (Ficha de Cátedra, [material inédito], s.f).

Luego, de este momento, una vez que la madre volvió, el juego continuó aunque **Lucas** la observaba reiteradamente desde la habitación: “*cuando Lucas no lograba verla del todo, ahí la buscaba y le preguntaba dónde se había ido*” (Registro N°26, 22/09/2025).

En sintonía con lo analizado previamente en el caso Benicio, esta viñeta puede pensarse en términos de Winnicot (1971), en tanto el juego se sostiene sobre la confianza de aquella figura cuidadora. La madre de **Lucas**, aún sin involucrarse en la actividad lúdica, permanece accesible y visible en el espacio. En este sentido, puede observarse el ejercicio de la función parental de contención a través de la proximidad física y la disponibilidad emocional, haciéndole saber al niño que está allí cuando necesite (Grangeat, 2004).

Sin embargo, en determinadas escenas se podía observar un clima de enojo mutuo, **Lucas** parecía enojarse con su madre, y su madre manifestaba enojo frente a ciertos comportamientos de **Lucas**. Ante estas situaciones, en el espacio de covisión, el equipo señaló

la importancia de acompañar a su madre en el fortalecimiento de estrategias de contención y regulación (Registro N°3, 31/07/2025).

Una escena que permite dar cuenta de este acompañamiento fue aquella en la que dos médicas entraron a la habitación para realizar un control médico, el cual el niño se negó (Registro N°27, 24/09/2025). Esta situación puede vincularse teóricamente con los aportes de Moreno (2022) al señalar que el paciente enfrenta un constante proceso de adaptación a las exigencias que la enfermedad impone, y estas exigencias a los que **Lucas** no está acostumbrado, como por ejemplo las intervenciones en su cuerpo, suele ir acompañado de reparaciones afectivas que aparecen en la escena, como enojo o angustia.

Frente a esta situación, la madre se retiró de la habitación enojada por la reacción de su hijo (Registro N°27, 24/09/2025). Esta escena dialoga con lo expresado por la psicomotricista y coordinadora de la Ludoteca, en relación con los desafíos que enfrentan los cuidadores ante la elevada demanda física y afectiva que implica el cuidado en un contexto donde el niño puede encontrarse vulnerable, irritable, cansado o limitado en sus posibilidades de juego (comunicación personal, A.G, noviembre 25, 2025).

Cuando la madre regresó a la habitación, **Lucas** continuaba enojado con ella. En ese momento, junto al equipo, se decidió realizar una pequeña estrategia orientada a mediar el vínculo a través del juego: se le preguntó a **Lucas** si deseaba invitar a su madre a jugar, al responder que sí, la madre se incorporó en el juego. La invitación abierta al juego dirigida hacia la madre, permitió transformar una escena atravesada por el enojo en una experiencia lúdica compartida, favoreciendo un clima de encuentro saludable entre ambos. En el episodio mencionado, el aporte del equipo de salud mental puede pensarse como un acompañamiento activo en el sostenimiento de las funciones parentales, particularmente en su dimensión de contención emocional y transmisión de calma frente al conflicto (Grangeat, 2004). De esta manera, al invitar a la madre a jugar, el equipo ofreció una alternativa para restablecer la proximidad física y emocional.

Cabe destacar, asimismo, la diferencia en relación a los primeros encuentros, en los que **Lucas** permanecía mayormente con su tablet y manifestaba enojo frente a distintas situaciones. A lo largo del acompañamiento, fue posible ofrecer y encontrar juegos que le interesen, así como otras formas de habilitar su enojo. En este sentido, el equipo señaló en la covisión: *“Hoy en día, su enojo parece ser más flexible gracias a las diversas intervenciones*

*del juego*” (Registro N°35, 16/10/2025). De este modo, se entiende que el juego cumple funciones de acompañamiento, sostén, contención y elaboración, posibilitando transformar el sufrimiento en fortalecimiento y crecimiento (Moreno, 2022).

Por otro lado, en el caso de **Borja** se observaba con claridad el disfrute que le generaban los juegos en compañía. Se destaca aquel encuentro en el que eligió un juego de cartas para compartir con los presentes. Allí se evidenció el clima lúdico que este tipo de propuestas generaba en **Borja**: *“se reía durante el desarrollo del juego, debido a que muchas veces alzamos cartas, salteamos turnos, y algunas reglas más del juego que lo hacían más desafiante y divertido”* (Registro N°34, 15/10/2025).

En esa misma jornada, el padrastro permaneció presente durante toda la actividad, conversando con todos, acompañando la escena. De todos modos, en otra oportunidad fue él mismo quien solicitó la presencia del equipo: *“¿No van a venir a jugar a las cartas?”* (Registro N°43, 07/11/2025). Luego de este intercambio, la madre se acercó al espacio para buscar a su pareja y realizar trámites juntos. No obstante, el padrastro parecía entusiasmado y comprometido con el juego y le respondió desde la habitación: *“Ya voy, andá yendo”* (Registro N°43, 07/11/2025).

En el caso de **Borja**, el aporte del equipo puede pensarse como un fortalecimiento de las funciones parentales en su dimensión de transmisión de vitalidad y reconocimiento de capacidades (Grangeat, 2004). El hecho de que el padrastro se involucre activamente en el juego, se entusiasme y priorice el espacio lúdico, puede leerse como un ejercicio de parentalidad que transmite placer por el vínculo y valida el lugar del niño como sujeto capaz de proponer, dirigir y sostener reglas compartidas.

A su vez, la participación activa de sus cuidadores fue retomada en el espacio de covisión donde la psicóloga de la sala señaló: *“Son padres con infancias difíciles, entonces aprovechan el hospital para jugar”* (Registro N°40, 30/10/2025). Esta observación permite comprender que los aportes del equipo de salud mental de llevar el juego a la habitación, no sólo ofrecieron un espacio de disfrute para **Borja**, sino que habilitaron escenas de compañía junto a su padrastro, en las que fue posible correrse momentáneamente del foco exclusivo en la enfermedad, y alojar experiencias de bienestar, conversación, risas y distensión. En sintonía con lo propuesto por Moreno (2022), la Ludoteca Móvil fortalece la familia y el niño/a

ofreciendo un espacio de disfrute dentro de una rutina hospitalaria que puede ser difícil de transitar.

### 8.2.3.3 JUGANDO SE PASA VOLANDO

Además de aquellas intervenciones orientadas a habilitar el descanso de los cuidadores y el disfrute compartido, en el caso de **Bastian** se identifican aportes del equipo de salud mental vinculados al acompañamiento tanto del niño como su familia, cuando resulta difícil encontrar propuestas que alivien el paso del tiempo en el hospital. El caso de **Bastian** permite visibilizar aquellos momentos en los que la internación prolongada resulta aburrida y cansadora para el niño y sus cuidadores.

**Bastian** es un niño que estuvo presente en la mayoría de los registros tomados. Su tratamiento se caracterizaba por internaciones prolongadas en bloques: luego de finalizar los ciclos en la quimioterapia recibía el alta para regresar a su hogar por breves períodos, para luego retornar al hospital por varios meses (Registro N°3, 31/07/2025). Esta modalidad impactaba de manera significativa en su cotidianeidad, aspecto que fue retomado en los espacios de covisión, donde la psicóloga de la sala señalaba: “(...) *todos sus familiares se han vuelto a su casa al interior, menos él. Bastian pasó de jugar en el parque a cazar palomas a estar internado en un hospital en la ciudad*” (Registro N°13, 21/08/2025).

En los primeros encuentros, **Bastian** jugaba en varias ocasiones sin la presencia de su madre. Al ingresar a la habitación para comenzar el espacio de juego, en algunas oportunidades se retiraba para conversar con otras madres, dejando el espacio libre para su

hijo. No obstante, cuando **Bastian** requería de ella, como en aquella escena donde la llamó para que recibiera el dinero de una pulsera, volvía a hacerse presente (Registro N°26, 22/09/2025).

Estas escenas permiten pensar la función parental no solo desde la presencia constante, sino también desde la posibilidad de que se abran momento de separación con el hijo. Desde esta perspectiva, los aportes de Grangeat (2004) resultan pertinentes para pensar cómo el vínculo familiar puede ofrecer amor y contención para que el niño tolere la dependencia inicial y progresivamente avance hacia la autonomía.

Con el correr del tiempo, independientemente de las alternativas que se le ofrecían, **Bastian** solo pedía la misma actividad: hacer pulseras. En una escena mencionada previamente, la madre refirió que su hijo manifestaba estar aburrido y que aguardaba la llegada del equipo de Ludoteca para que puedan jugar con él (Registro N°34, 15/10/2025). Desde esta perspectiva, el equipo comenzó a pensar propuestas lúdicas que puedan ayudarlo a atravesar la internación de una manera más agradable y, tal como menciona Grangeat (2004) ofrecer recursos que transmiten vitalidad al colaborar con la madre en su función.

En este marco, teniendo en cuenta sus gustos por cazar y sus relatos acerca de su hogar, se destaca un encuentro en el que una de las integrantes decidió llevar una pistola de juguete y bloques para trabajar la puntería, acercando el espacio lúdico a algo de su mundo extra-hospitalario (Registro N°38, 27/10/2025). Esta intervención puede comprenderse como un aporte orientado a fortalecer la función parental ofreciendo recursos para enfrentar el aburrimiento, valorando y reconociendo sus capacidades y su historia singular.

A partir de esta propuesta novedosa, se generó así un clima lúdico compartido, distendido y alegre, en el que fue posible observar a **Bastian** y a su madre participar de una actividad que recuperaba un aspecto de su hogar.

En continuidad con lo anterior, al cierre de este encuentro, la madre agradeció con emoción, señalando que su hijo solía decir por las tardes que se encontraba aburrido y que le resultaba difícil encontrar propuestas para entretenerlo (Registro N°38, 27/10/2025). El agradecimiento de la madre permite advertir que el dispositivo acompañó al niño y a su cuidadora en sus funciones parentales, ofreciendo recursos frente a lo que implica la

internación prolongada, disminuyendo la sobrecarga que recae sobre ella como cuidadora principal.

A la luz de lo observado, Ludoteca Móvil se configura como un espacio en el que el juego, el desarrollo psíquico del niño/a y el sostén familiar se articulan como elementos centrales en los procesos de adaptación y afrontamiento frente al cáncer infantil (Moreno, 2022).

Desde el recorrido realizado y el análisis de las experiencias desarrolladas en los tres objetivos específicos propuestos, se reafirma el lugar que ocupan los cuidadores en el contexto de enfermedad, así como la necesidad de un acompañamiento que incluya de manera conjunta al niño/a y su familia.

En este marco, los aportes del equipo de salud mental aparecen bajo forma de presencia sostenida en el tiempo, una presencia creativa y respetuosa. Tal como señala la psicomotricista de la sala y coordinadora de la Ludoteca: *“Sostener es simplemente estar: una presencia tranquila que transmite que ese adulto no está solo sosteniendo lo que sucede”* (comunicación personal, A.G, noviembre 25, 2025).

## **9. CONCLUSIONES**

A lo largo de la presente práctica dentro del dispositivo de Ludoteca Móvil en la sala de Onco-hematología pediátrica del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, fue posible observar de manera directa el impacto que la enfermedad oncológica infantil produce en todos los actores que habitan la sala. Sin embargo, mi mirada se orientó especialmente hacia las familias, quienes aparecen de forma constante junto a los pacientes, atravesando junto a ellos el diagnóstico, la internación y las decisiones vinculadas al tratamiento.

En cada ingreso a las habitaciones, se hacía visible esta presencia sostenida, la mayor parte del tiempo había un cuidador acompañando. El espacio de Ludoteca Móvil, permite no solo el encuentro lúdico con el niño/a, sino también la posibilidad de escuchar a los cuidadores, comprender sus temores, su cansancio, sus esfuerzos por mostrarse fuertes y las dificultades que implica sostener emocionalmente a un hijo/a en un contexto de enfermedad grave. Padres, madres, hermanos/as, abuelos/as, también lloran, también temen y también deben tomar decisiones difíciles en relación al tratamiento.

Fue a partir de esta experiencia que surge el interés que dió origen al siguiente Trabajo Integrador Final. Desde el inicio de la formación académica se destaca la importancia de la familia como principal sostén del niño/a y en el contexto hospitalario, adquiere una dimensión aún más evidente. Esta práctica me permitió comprender el significado de sostén, no solo hacia el niño/a, sino también hacia esa familia para que pueda continuar ejerciendo sus funciones parentales en el transcurso de esta enfermedad.

Desde mi rol como practicante, en carácter de observadora-participante, y a través del análisis teórico-práctico de los casos seleccionados, fue posible arribar a las siguientes conclusiones en relación a los objetivos propuestos:

En relación al primer objetivo, se logró describir en profundidad el dispositivo de Ludoteca Móvil destacando su función en la sala y el lugar central del juego como herramienta privilegiada. El juego, se constituyó como un recurso que permite al niño/a transitar la intervención de un modo más amable, recuperar aspectos propios de la infancia en un contexto altamente medicalizado, y al mismo tiempo, preservar espacios de decisión y autonomía. Asimismo, se evidenció la flexibilidad del dispositivo frente a las dificultades propias del contexto hospitalario. En esta misma línea, se destacó el carácter interdisciplinario del dispositivo debido a que diversas disciplinas participaron activamente en la construcción de diversas propuestas lúdicas que favorezcan al bienestar del niño/a. Por otro lado, las

covisiones del equipo de salud mental que integra la Ludoteca constituye un espacio fundamental donde cada escena y cada intervención son analizadas permitiendo sostener un encuadre y ajustar propuestas. En este objetivo, se logró evidenciar que el juego no se presenta de manera aislada, sino como una actividad pensada colectivamente.

En cuanto al segundo objetivo, se exploraron diversas escenas lúdicas compartidas entre los niños/as y sus familias, evidenciando la singularidad de cada caso y las distintas maneras de atravesar la enfermedad. Desde diagnósticos recientes que generaban temor e interferían con el despliegue del juego, hasta situaciones de internaciones prolongadas que producían preocupación en los cuidadores acerca del aburrimiento de su hijo. Desde un niño que expresaba enojo o tristeza por el proceso de la enfermedad frente a su madre, hasta escenas donde el juego habilitaba momentos de distensión. El desarrollo de los casos seleccionados permitieron reafirmar el valor del juego como espacio compartido, capaz de alojar diversas emociones y propiciar encuentros de placer, encuentro y vitalidad.

Finalmente, el tercer objetivo permitió identificar los aportes del equipo de salud mental en el sostenimiento de las funciones parentales. Dichos aportes se manifestaron en la escucha de las preocupaciones familiares, en la mediación de vínculos cuando surgen tensiones, en la oferta de propuestas lúdicas ajustada a cada situación y en la habilitación de espacios donde el niño pudiera jugar de manera autónoma y segura. Las diversas funciones parentales que se vislumbraron como aquellas de anticipar peligros, transmitir vitalidad, ofrecer calma, contener la ansiedad, valorar capacidades y acompañar procesos de autonomía, pudieron ser acompañadas a partir de la lectura e intervención del equipo de salud mental. A su vez, el propio juego como intervención, se constituyó en un recurso fundamental que favorece el lazo y resalta el carácter placentero de la experiencia.

En este sentido, cobra especial relevancia la frase “cuidar a los que cuidan” (p.74) (Giachero, et al., 2019), reconociendo a los adultos como parte esencial del dispositivo de Ludoteca Móvil en tanto constituyen el principal soporte de esos niños/as.

Este trabajo me permitió ampliar la mirada respecto del acompañamiento en contextos de enfermedad infantil. Pensar en los niños/as es también pensar en los adultos y sus funciones con respecto a esos niños/as. En cada espacio del hospital al que logre concurrir, fue posible observar distintos profesionales de la salud alojando familias, todos orientados a

un objetivo en común: favorecer el bienestar de aquel niño/a que se encuentra en situación de vulnerabilidad.

Para futuros practicantes, esta experiencia me abrió nuevos interrogantes que permite seguir explorando el carácter de las funciones parentales: *¿Que sucede con aquellos niños/as que no cuentan con el acompañamiento de su familia en contexto de enfermedad grave? ¿Quién ejerce allí sus funciones?* Estos cuestionamientos emergieron al observar situaciones de algunos niños/as que atravesaban la internación sin la presencia constante de sus cuidadores, siendo acompañados por diversas organizaciones públicas. Ello permite pensar, que las funciones parentales no deben ser exclusivamente ejercidas por la familia. En el entramado hospitalario, dichas funciones pueden ser asumidas por una red compuesta por profesionales de la salud, docentes de la escuela hospitalaria, enfermeros/as, fundaciones y equipos de salud mental. A pesar de esto, este entramado no desplaza el lugar fundamental que la familia ocupa como principal sostén, sino que se configura como un soporte complementario que acompaña y sostiene el ejercicio de dichas funciones. De este modo, el hospital como institución puede pensarse como un espacio llamado nido simbólico capaz de alojar, sostener, mirar, brindar calor y cuidado. Esta reflexión, no clausura el recorrido realizado, sino que abre nuevas líneas de pensamiento en torno a las múltiples formas de adoptar el cuidado infantil.

En definitiva, la práctica en este hospital fortaleció mi formación académica, permitiendo observar las múltiples aristas que inciden en la experiencia de un ser humano, sea niño/a o adulto. Me brindó una visión de la psicología como una disciplina flexible, capaz de intervenir a través del juego, de la palabra, de la escucha, desde un abrazo hasta un “choque los cinco”, y fundamentalmente desde la presencia sostenida.

*Tener cáncer no es fácil, y acompañar a una persona que tiene cáncer tampoco lo es  
(Fundacion Natali Dafne Flexer)*

## **10. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

	<b>Octubre 2025</b>	<b>Noviembre 2025</b>	<b>Diciembre 2025</b>	<b>Enero 2026</b>	<b>Febrero 2026</b>	<b>Marzo 2026</b>	<b>Abril 2026</b>	<b>Mayo 2026</b>	<b>Junio 2026</b>
Formulación de Perspectiva Teórica	X	X	X	X					
Recolección de datos	X	X							
Presentación de Anteproyecto			X						
Análisis de Datos			X	X	X	X			
Redacción Final del TIF					X	X			
Entrega del TIF						X			

## **11. BIBLIOGRAFÍA**

- Bernechea Garcia, M.M & Morgan Tirado, M (2010). La sistematización de experiencias: producción de conocimientos desde y para la práctica. *Tendencias & Retos*, (15), 97-107.
- Bleichmar, S. (2008). *Violencia social, violencia escolar: de la puesta de límites a la construcción de legalidades*. Noveduc.
- Boedo Martínez, V. (2025). *El juego de los niños/as que atraviesan una enfermedad oncológica en contexto de internación en un hospital público de Córdoba*. (TIF de grado). Universidad Católica de Córdoba, Córdoba, Argentina. Producción Académica. <http://pa.bibdigital.ucc.edu.ar/id/eprint/4860>
- Buendía, J. (1999). *Aproximación al desarrollo histórico y conceptual de la psicología clínica*". En J. Buendía (Ed.) *Psicología Clínica. Perspectivas actuales* (pp. 7-15). Editorial Pirámide.
- Casa Ronald McDonald. (s.f.). *Casas Ronald McDonald*. [https://casaronald.org.ar/que\\_hacemos/casas-ronald-mcdonald/](https://casaronald.org.ar/que_hacemos/casas-ronald-mcdonald/)
- Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba. 12 de noviembre de 2016.
- Colman, A (2023). *Un acercamiento a la Psicología Clínica: consolidación, historia y desafíos actuales*. Ficha de Catedra: Psicología Clínica.
- Comité de Aspectos Psicosociales de la SIOP (Sociedad Internacional de Oncología Pediátrica). (1991). Recomendaciones sobre Aspectos Psicosociales de Oncología Pediátrica. Fundación Natalí Dafne Flexer.
- Degiorgi, M. G. (2022). Historia de la profesión del psicólogo en Argentina en *Deontología, ética y legislación profesional en la psicología* (pp. 11-28). Instituto de Investigaciones Psicológicas (IIPsi).
- Entrevista a Psicóloga referente de la SIP 200 (Oncohematología Pediátrica). Hospital de Niños de la Santísima Trinidad. 19 de noviembre de 2025. Entrevista realizada por la autora.

- Entrevista a Psicomotricista coordinadora del dispositivo de Ludoteca Móvil. Hospital de Niños de la Santísima Trinidad. 25 de noviembre de 2025. Entrevista realizada por la autora.
- Farberman, D. (2010). *El psicólogo en el hospital pediátrico. Herramientas de intervención*. Editorial Paidós. Argentina.
- Federación de Psicólogos de la República Argentina (FePRA). (1999/2013). Código de ética (Reforma de 2013). [https://www.cppm.org.ar/wp-content/uploads/2012/04/C\\_ETICA\\_FEPRAREFORMADO.pdf](https://www.cppm.org.ar/wp-content/uploads/2012/04/C_ETICA_FEPRAREFORMADO.pdf)
- Ficha de Cátedra [Material inédito.] (s.f). Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Católica de Córdoba. *Aportes del Psicoanálisis al Estudio de los Niños: D. Winnicott, Françoise Dolto, Silvia Bleichmar*.
- García Barthe, M. (1997). *La ética en la formación del profesional en salud mental*. Psicoanálisis y el hospital - Publicación semestral de practicantes en Instituciones Hospitalarias. N° 12 (pp. 86-89).
- Giachero, A., Araceli Montoya, S., Salde Beily, P., y Wannaz, M. (2019). La ludoteca del hospital: espacio de encuentro saludable en la internación de un niño. En Costa, M.A., Espeche, M.C., y Neme Villaroel, Y.S (Comps), *Clínica en movimiento: Prácticas Transformadoras en salud mental* (pp. 67-76). Lago Editora.
- Gobierno de la Provincia de Córdoba “Noticias”, (2014). *Escuela hospitalaria: la educación como motor de esperanza*. <https://prensa.cba.gov.ar/informacion-general/escuela-hospitalaria-la-educacion-como-motor-de-esperanza/>
- Gobierno de la Provincia de Córdoba (s.f). Hospital de Niños de la Santísima Trinidad. Secretaria de Turismo de Córdoba. <https://turismo.cordoba.gob.ar/hospital-de-ninos-de-la-santisima-trinidad/>
- Grangeat, J. M. (2004). *Las familias en la actualidad*. MIMEO

- Guber, R. (2001). *La etnografía: método, campo y reflexividad*. (1a ed). Siglo Veintiuno Editores.
- Haz, A. M & Díaz, D. V; & Raglianti, M. H. (2002). Un desafío vigente para el psicólogo clínico: el entendimiento de estrategias de intervención integrales para abordar problemas de riesgo psicosocial. *Revista Terapia Psicológica*, 23- 28.
- Hernández Sampieri, R. & Mendoza, C (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw Hill Interamericana Editores.
- Hernando, M. C. (s.f). *El niño y sus padres. Perspectivas desde la teoría de Silvia Bleichmar*. Ficha de Cátedra.
- El Hospital de Niños de Córdoba cumple 110 años: un repaso por su historia (2023, 20 de mayo). *La Voz del Interior*.  
<https://www.lavoz.com.ar/viral/el-hospital-de-ninos-de-cordoba-cumple-110-anos-un-repaso-por-su-historia/>
- Janin, B. (2014) Avatares de la constitución psíquica y psicopatología infantil. En Janín, B El sufrimiento psíquico en los niños. *Psicopatología infantil y constitución subjetiva*. Noveduc.
- Jara, H. O. (1994). ¿Cómo sistematizar? Una propuesta en cinco tiempos. *Para sistematizar experiencias: una propuesta teórica y práctica* (pp. 87-121). Ed. Alforja.
- Jara, O. (2011). *La sistematización de experiencias: aspectos teóricos y metodológicos*. Revista Decisio Saberes para la acción en educación de adultos, 28, 67-74.
- Jorge, J. (2018). *La evaluación clínica como una función integral del psicólogo*. Perspectivas en Psicología. 15 (1), (pp. 98-107).
- Klappenbach, H. (2006) Periodización de la Psicología en Argentina. *Revista de Historia de la Psicología.*, 27 (1), 109-164.
- Lagache, D (1982). *Psicología Clínica y Método Clínico*. Obras III (1947-1949). Pág. 141-156. Paidós: Buenos Aires. Ficha de Catedra Clinica (2024).
- Lemos, S. (1996) *Factores de riesgo y protección en psicopatología en niños y adolescentes*. En Buendía, J. Psicopatología en niños y adolescentes. Madrid: Pirámide.

- Ley N° 7.106. Ley Provincial de Disposiciones del ejercicio de la Psicología. Córdoba, Argentina, 13 de septiembre de 1984. Id SAIJ: LPO0007106
- Ley N°26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Buenos Aires, 25 de noviembre de 2010. Id SAIJ: LNS0005655
- Ley N°26.061. Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Buenos Aires, 28 de septiembre de 2005. Id SAIJ: LNS0004968
- Ley N°25.326. Ley de Protección de los Datos Personales. Buenos Aires, 4 de Octubre de 2000. Id SAIJ: LNS0004499
- Mendez, T. & Capurro, M. (2020). *Frente al Diagnóstico: Guía para Padres de Niños y Adolescentes con Enfermedades Oncológicas*. (1a ed.). Fundación Natalí Dafne Flexer.
- Moreno, F. (2022). *Manual de psicooncología pediátrica*. Instituto Nacional Del Cáncer. Ministerio de Salud Argentina. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2022-10/2022-10-psiconcologia-pediatica.pdf>
- Personeni, M. P (2022). Las prácticas pre-profesionales como transformadoras de la realidad hospitalaria. *Revista EXT*. (15). 1-16.
- Reynoso, R. (1980). *Psicopatología y clínica infanto-juvenil*. Tomo I. Buenos Aires: Belgrano.
- Rojas, C. (2005). Familia/s: Del modelo único a la diversidad. *Revista Topía*. Número 43. Año X.
- Safrocada, E (2008). La Psicología en Argentina: Desarrollo Disciplinar y Realidad Nacional. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 42(3), 462-471
- Soifer, R (1979). Objetivo y funciones de la Familia. En *¿Para qué la Familia?* (pp. 27-48). Editorial Kapelusz
- SOLES. (s/f). Inicio. ¿Quiénes somos? <https://soles.org.ar/index.php>

- Taylor, S & Bodgan, R. (1994). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós, Barcelona.
- UNICEF Comité español (1989). *Convención sobre el Derecho del Niño*. <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>
- Vignolo, J. et al (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>
- Winnicott, D. (1971). *Realidad y juego*. Gedisa.
- Yuni, J. A., & Urbano, C. A. (2014). *Técnicas para investigar: Recursos metodológicos para la preparación de proyectos de investigación* (Vol. 2). Editorial Brujas.
- Zachetti, M. (s.f). *El juego en el niño*. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Católica de Córdoba. Ficha de Cátedra.