

Jalil, Agostina

**El juego como herramienta
de regulación emocional en
pacientes pediátricos
oncológicos, dentro del
dispositivo ludoteca móvil
en un hospital público de
córdoba**

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

Directora: Parga, Candelaria

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 CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

**“EL JUEGO COMO HERRAMIENTA DE REGULACIÓN EMOCIONAL EN
PACIENTES PEDIÁTRICOS ONCOLÓGICOS, DENTRO DEL DISPOSITIVO
LUDOTECA MÓVIL EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE CÓRDOBA”**

Jalil, Agustina

2025

“El juego como herramienta de regulación emocional en pacientes pediátricos oncológicos, dentro del dispositivo ludoteca móvil en un Hospital público de Córdoba”



FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA PSICOLOGÍA

TRABAJO INTEGRADOR FINAL
Proyecto de Sistematización de Prácticas
Contexto Clínico

**“EL JUEGO COMO HERRAMIENTA DE REGULACIÓN EMOCIONAL EN
PACIENTES PEDIÁTRICOS ONCOLÓGICOS, DENTRO DEL DISPOSITIVO
LUDOTECA MÓVIL EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE CÓRDOBA”**

Autora: Jalil, Agostina // Clave 2111234

Directora: Lic. Parga Candelaria // M.P 12379

Co-Directora: Lic. Aimar, Maria Candelaria // M.P 13198

Jalil, Agostina
2025

Agradecimientos

Agradezco a mi familia, por acompañarme con amor y confianza en cada etapa de este camino, y a mi novio, por su presencia y su apoyo constante en todo el proceso.

Agradezco a la Universidad Católica de Córdoba, por formarme no solo académica y humanamente, sino también por brindarme las herramientas que hoy me permiten cerrar este recorrido.

Agradezco al Hospital de Niños de la Santísima Trinidad y a los profesionales que me guiaron, por abrirme sus puertas y acompañar mi formación.

Agradezco a mi directora y co-directora, por su dedicación, su mirada atenta y su acompañamiento constante en la elaboración de este Trabajo Integrador Final.

Agradezco a mis amigas, por ser casa en medio del caos de la carrera, por sostenerme cuando dudé y por celebrar cada logro como si fuera propio.

Agradezco a cada niño y niña que formó parte de esta experiencia, por dejarme acompañarlos y por recordarme, en cada juego, por qué elegí esta profesión.

Agradezco, finalmente, a mí misma, por haber sostenido este camino con compromiso y sensibilidad. Por animarme a crecer, aprender y confiar en mis propias herramientas.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	9
2. CONTEXTO CLÍNICO.....	12
2.1 PSICOLOGÍA CLÍNICA: SU RECORRIDO A LO LARGO DE LA HISTORIA.....	13
2.2 PSICOLOGÍA CLÍNICA: DEFINICIÓN Y SUS ESPECIFICIDADES.....	14
2.3 PSICOLOGÍA CLÍNICA: PERSPECTIVA ACTUAL Y DESAFÍOS.....	15
3. CONTEXTO INSTITUCIONAL.....	17
3.1 ORÍGENES Y EVOLUCIÓN DEL HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD.....	18
3.2 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DE LA INSTITUCIÓN.....	19
3.3 ORGANIGRAMA.....	21
3.4 SERVICIO Y FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO DE SALUD MENTAL.....	23
4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN.....	25
5. OBJETIVOS.....	27
5.1 OBJETIVO GENERAL.....	28
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	28
6. PERSPECTIVA TEÓRICA.....	29
6.1 CÁNCER INFANTIL.....	30
6.1.2 IMPACTO EMOCIONAL EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO PEDIÁTRICO.....	31
6.2 JUEGO.....	32
6.2.1 APORTES DE LA TEORÍA COGNITIVA CONDUCTUAL AL JUEGO.....	34
6.2.2 FUNCIÓN DEL JUEGO EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA.....	35
6.2.3 FUNCIÓN DEL JUEGO EN LA REGULACIÓN EMOCIONAL.....	36
6.2.4 FUNCIÓN DEL JUEGO EN EL MANEJO DEL DOLOR.....	37
6.3 DISPOSITIVO LUDOTECA.....	38
7. MODALIDAD DE TRABAJO.....	41
7.1 SISTEMATIZAR.....	42
7.2 CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS.....	43

7.3 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	45
7.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	46
8. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA.....	48
8.1. RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO.....	49
8.2. ANÁLISIS Y SÍNTESIS.....	53
8.2.1 CARACTERÍSTICAS Y FUNCIONAMIENTO DEL DISPOSITIVO LUDOTECA.....	54
8.2.2 EMOCIONES PREDOMINANTES.....	61
8.2.2.1 HABITACIÓN 1: EL MIEDO ANTE EL CUERPO INTERVENIDO.....	63
8.2.2.2 PULSERAS APRETADAS: EL ENOJO ANTE LA PÉRDIDA DE CONTROL.....	64
8.2.2.3 DÍAS NUBLADOS: LA TRISTEZA EN EL TIEMPO DE INTERNACIÓN.....	66
8.2.2.4 PASOS EN EL PASILLO: LA ANSIEDAD ANTE LO QUE PUEDE OCURRIR.....	68
8.2.3 JUEGO COMO HERRAMIENTA DE REGULACIÓN EMOCIONAL.....	71
8.2.3.1 NOMBRAR PARA ENTENDER: LA PSICOEDUCACIÓN EN FORMATO LÚDICO.....	73
8.2.3.2 JUGAR A LO QUE ASUSTA: EXPOSICIÓN MEDIADA POR EL JUEGO.....	74
8.2.3.3 HACER PARA PODER SENTIR: ACTIVACIÓN CONDUCTUAL EN EL ESPACIO LÚDICO.....	76
8.2.3.4 MOVER EL ZOOM PARA CAMBIAR LA ESCENA: EL CAMBIO DEL FOCO ATENCIONAL EN EL ESPACIO LÚDICO.....	77
9. CONCLUSIONES.....	80
10. REFERENCIAS.....	83

ÍNDICE DE SIGLAS

EFPA: Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos.

FePRA: Federación de Psicólogos de la República Argentina.

NNyA: Niñas, Niños y Adolescentes

SIP: Sala de internación pediátrica

SSM: Servicio de Salud Mental

TCC: Terapia Cognitiva Conductual

UCI: Unidad de Cuidados Intermedios

UCO: Unidad Coronaria

UNC: Universidad Nacional de Córdoba

UTI: Unidad de Terapia Intensiva

1. INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo Integrador Final se enmarca en las Prácticas Profesionales Supervisadas de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Católica de Córdoba, desarrolladas en el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, específicamente en la sala SIP 200 de Onco-Hematología Pediátrica, dentro del Servicio de Salud Mental. En este espacio se acompaña el dispositivo ludoteca móvil, que recorre las habitaciones ofreciendo propuestas lúdicas adaptadas a las necesidades de cada niño y niña internado.

El eje de sistematización seleccionado es: “El juego como herramienta de regulación emocional en pacientes pediátricos oncológicos dentro del dispositivo ludoteca móvil en un hospital público en Córdoba”. Dicho eje surge del recorrido realizado en la sala y de la relevancia que adquiere el juego como recurso de intervención psicológica en el contexto de internación pediátrica.

El escrito se organiza en distintos apartados. En primer lugar, se presenta una contextualización del campo de la Psicología Clínica y una descripción del contexto institucional, considerando las características del hospital, el funcionamiento del Servicio de Salud Mental y el encuadre del dispositivo ludoteca móvil en la sala de internación.

A continuación, se desarrolla el marco teórico que fundamenta el eje planteado, abordando los aportes del modelo cognitivo-conductual en relación con la regulación emocional en la infancia y el valor del juego como mediador terapéutico en contextos de enfermedad oncológica.

Seguidamente, se describen los aspectos metodológicos del proceso de sistematización, explicitando las modalidades de observación implementadas, los criterios de selección de los casos analizados, los registros utilizados como fuente de información y las consideraciones éticas implicadas en el trabajo con población pediátrica hospitalizada.

En un apartado posterior, se desarrolla el análisis teórico-práctico a partir de la articulación entre los registros de campo y los conceptos centrales del marco conceptual, organizando la información en función de los objetivos planteados.

Finalmente, el trabajo culmina con un apartado de conclusiones en el que se integran los principales hallazgos del proceso, se reflexiona sobre los alcances del dispositivo y se proponen líneas de fortalecimiento para futuras intervenciones en este ámbito.

2. CONTEXTO CLÍNICO

2.1 PSICOLOGÍA CLÍNICA: SU RECORRIDO A LO LARGO DE LA HISTORIA

El inicio de la Psicología Clínica se remonta a 1896, con la apertura de la primera clínica psicológica por parte de Lighter Witmer en la Universidad de Pennsylvania, con una perspectiva científica y educativa, orientada al tratamiento de niños con dificultades en el desarrollo. En ese mismo año, Sigmund Freud introduce el Psicoanálisis como un nuevo enfoque terapéutico, rompiendo con la visión puramente biologicista y marcando un giro hacia una concepción dinámica de la mente (EFPA, 2003).

En este sentido, Lagache (1982) sostiene que la Psicología Clínica se afianza como disciplina autónoma a mediados del siglo XX, siendo definida como el estudio de la conducta individual en situación, integrando tanto lo normal como lo patológico. De acuerdo a esta perspectiva, el método clínico se sostiene en la observación en profundidad, el análisis de la singularidad y la comprensión de la persona en el contexto en donde está inmersa, contrastando con la visión exclusivamente médica.

Por otra parte, durante el siglo XX, la Psicología Clínica experimentó un crecimiento sostenido: se desarrollaron técnicas de psicodiagnóstico y en paralelo se consolidaron corrientes como el Psicoanálisis y el Conductismo. En 1945, la profesión adquiere autonomía respecto de la Medicina, cuando fue reconocida legalmente como especialidad en Estados Unidos. En Argentina, este proceso fue más progresivo, debido a la subordinación histórica de la Psicología frente a la Psiquiatría, situación que comenzó a revertirse hacia finales del siglo XX (EFPA, 2003).

Según Saforcada (2008), la historia de la Psicología en Argentina puede entenderse desde distintos escenarios: desde la fundación temprana de laboratorios de Psicología Experimental en el siglo XIX, como los de Víctor Mercante y Horacio Piñero, hasta la institucionalización de las carreras de Psicología a partir de 1955, atravesada por tensiones políticas, educativas y científicas. En cuanto al afianzamiento de la profesión en el país, se vio atravesada por la hegemonía del modelo médico-clínico y una formación centrada en el psicoanálisis, lo que limitó significativamente el desarrollo de otras áreas y enfoques.

En 1977 se fundó la Federación de Psicólogos de la República Argentina (FePRA) encargada de representar a los profesionales en el ámbito nacional e internacional (Saforcada, 2008). La misma establece un código de ética y regula el ejercicio profesional en base a principios fundamentales. Asimismo, diversas leyes Argentinas como la Ley 26.657 de Salud Mental, la Ley 26.529 de derechos del paciente, y la Ley 23.526 de protección de datos personales, enmarcan el accionar profesional, exigiendo conocimientos legales y éticos para una práctica profesional responsable (FePRA, 2013 ; FePRA, 2024)

2.2 PSICOLOGÍA CLÍNICA: DEFINICIÓN Y SUS ESPECIFICIDADES

La Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA, 2003) define a la Psicología Clínica como una disciplina científico-profesional con historia e identidad propia, que tiene como objetivos la evaluación, diagnóstico, tratamiento e investigación en el ámbito de los trastornos psicológicos o mentales. Si bien comparte su objeto de estudio con la Psiquiatría, ambas disciplinas poseen diferencias importantes: la formación psiquiátrica por su parte, no brinda un dominio suficiente de los tratamientos psicológicos ni de los

instrumentos diagnósticos basados en la investigación en Psicología, mientras que los psicólogos no están autorizados de manera legal para prescribir medicación. Esta diferencia pone de manifiesto la necesidad de un abordaje interdisciplinario para una atención más integral del padecimiento mental (EFPA, 2003).

En cuanto a las funciones que competen a la profesión, Buendía (1999) distingue cinco principales: evaluación psicológica, investigación, tratamiento psicoterapéutico, prevención y enseñanza. Estas funciones manifiestan la amplitud del quehacer clínico y la importancia de una formación sólida en los diversos aspectos que hacen a la práctica profesional. A su vez, Buendía (1999) destaca que el objetivo principal de la Psicología Clínica es contribuir al bienestar psicológico de las personas, siendo indispensable un conocimiento profundo del funcionamiento psicológico humano y la aplicación adecuada de técnicas de evaluación e intervención.

A nivel legal, en Argentina la Ley N.º 7106 (1984) delimita el área de la Psicología clínica como aquella que se desarrolla en Hospitales Generales, Psiquiátricos, Neuropsiquiátricos, Centros de Salud Mental, Clínicas, Instituciones Privadas y en la práctica privada. Asimismo, la Psicología Clínica requiere el dominio de métodos psicodiagnósticos, modelos psicopatológicos y técnicas psicoterapéuticas.

2.3 PSICOLOGÍA CLÍNICA: PERSPECTIVA ACTUAL Y DESAFÍOS

Actualmente, el psicólogo clínico se enfrenta a nuevos desafíos producto de los cambios sociales y del aumento de situaciones de riesgo psicosocial. Según Haz, Díaz y Raglianti (2002), es necesario un abordaje desde una perspectiva interdisciplinaria, intersectorial y en red. Por lo cual, la comprensión de los problemas de salud mental ha evolucionado desde una visión centrada en el sujeto hacia una concepción biopsicosocial, donde influyen tanto variables individuales, comunitarias como contextuales.

En este sentido, Lagache (1982) sostiene que el objeto de estudio de la Psicología Clínica es la conducta individual en situación, contemplando herencia, maduración, condiciones fisiológicas, patológicas y experiencias de vida. Por lo tanto, el profesional debe considerar a la persona en su totalidad e inserta en su entramado relacional y social.

Buendía (1999) agrega que las problemáticas actuales demandan de los psicólogos clínicos una mirada más crítica y capacidad de adaptación e innovación frente a los nuevos contextos. Por lo cual, es crucial que los profesionales estén preparados para accionar en diferentes niveles de intervención y respondan a las demandas tanto del ámbito individual como colectivo. También destaca la importancia de que la Psicología Clínica se mantenga como una disciplina en constante transformación, promoviendo el desarrollo de nuevas metodologías y enfoques terapéuticos.

De esta forma, la práctica clínica actual exige que el psicólogo sea capaz de integrarse en equipos de trabajo, dialogar con otros saberes y realizar intervenciones pertinentes a las realidades actuales. Además, como destaca la FePRA (2020), uno de los desafíos recientes ha sido la implementación de la atención psicológica a distancia, lo que implicó la adecuación a nuevas tecnologías, pautas éticas y requisitos legales.

Asimismo, Saforcada (2008) advierte sobre la concentración del ejercicio profesional en el ámbito clínico, en comparación de otras áreas, y la necesidad de repensar la formación académica para responder a las problemáticas sociales específicas del país. Se enfatiza en la importancia de desarrollar especialidades como la Psicología Comunitaria, Educacional, Política o Ambiental, aún poco exploradas en el contexto Argentino.

Por esta razón, el rol del psicólogo clínico en el contexto contemporáneo requiere de una formación técnica sólida, una ética profesional rigurosa y una actitud flexible y crítica frente a las transformaciones sociales y culturales, ampliando sus herramientas de intervención para responder a problemáticas complejas desde una mirada integral.

3. CONTEXTO INSTITUCIONAL

3.1 ORÍGENES Y EVOLUCIÓN DEL HOSPITAL DE NIÑOS DE LA SANTÍSIMA TRINIDAD

Según La Voz (2023), el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad es un centro asistencial pediátrico, público y de tercer nivel de complejidad, perteneciente a la red hospitalaria del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. El mismo se posiciona como una institución referente a nivel nacional que atiende a niños, niñas y adolescentes (NNyA) desde los 30 días de vida hasta los 14 años y 11 meses de edad provenientes de toda la provincia. Según Vignolo et al. (2011), un hospital de tercera complejidad se caracteriza por brindar atención especializada tanto médica como quirúrgica, incorporando múltiples subespecialidades. Estos establecimientos se distinguen por la utilización de recursos humanos altamente calificados, equipamiento sofisticado y tecnología avanzada, lo que les permite llevar a cabo procedimientos diagnósticos y terapéuticos de alta complejidad.

Su creación comenzó a gestarse en 1893, cuando el Gobierno de la Provincia cedió dos casas ubicadas en la calle Entre Ríos a la Sociedad de Beneficencia de Córdoba, encargada en aquel momento de la administración de los hospitales¹. Gracias a las gestiones del Dr. Jose Antonio Ortiz y Herrera se concretó su fundación el 20 de mayo de 1894.

En sus inicios, el hospital funcionaba principalmente como hospital quirúrgico y contaba con tan solo 20 camas. Poco tiempo después, se integró la Cátedra de Pediatría de la UNC, marcando el inicio de su función formadora, siendo su primer director el Dr. Jerónimo del Barco. Entre 1894 y 1915, el hospital amplió su infraestructura y servicios: se

¹ 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/>

incorporaron una sala de cirugía, consultorios externos, farmacia, consultorio odontológico y el Pabellón Minetti destinado a enfermedades Infecciosas. A lo largo de los años siguientes, el crecimiento fue sostenido por lo cual, en 1919 el hospital ya contaba con 180 camas distribuidas entre las distintas especialidades. Entre 1926 y 1937 se inauguraron la capilla, una escuela hospitalaria y el lactario (La Voz, 2023).

En 1915 se generó un cambio que marcó una nueva etapa en su organización y dependencia institucional , el Gobierno de la Provincia de Córdoba intervino la Sociedad de Beneficencia y el hospital comenzó a formar parte de la red hospitalaria del Ministerio de Salud provincial. Con el paso del tiempo y ante el aumento de la demanda asistencial y la necesidad de mayor infraestructura, en el año 2000 se trasladó al edificio donde reside actualmente, ubicado en la Bajada Pucará², dentro del Polo sanitario.

3.2 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DE LA INSTITUCIÓN

El hospital cuenta con 21.000² distribuidos en tres niveles: subsuelo, planta baja y planta alta, donde se alojan múltiples servicios y dispositivos especializados. En el Nivel superior o planta alta del hospital se encuentran la mayor parte de las salas de internación Pediátricas (SIP). Este nivel contiene cuatro salas de internación general; SIP 100, 400, 500 y 600, destinadas a pacientes de baja complejidad. Al igual que, cuenta con dos salas especializadas: la SIP 200 destinada a Onco-Hematología Pediátrica y la SIP 300, que corresponde a la unidad de cuidados intermedios (UCI). Además en este nivel también se

² Información obtenida del sitio web: <https://ministeriodesalud.cba.gov.ar/hospitales-y-centros-de-salud/>

encuentran la Jefatura de Enfermería, el Área de Capacitación, Docencia e investigación, Voluntariados y fundaciones , el lactario y la jefatura de Supervisión.

Con respecto al Nivel intermedio o planta baja se encuentran al ingresar el turnero y la sala de espera, junto con la localización del área de consultorios externos, que cuenta con un total de 42 consultorios distribuidos en tres baterías de distintas especialidades. La Batería A cuenta con los consultorios de Traumatología, Endocrinología, Urología, Oftalmología, Genética, Onco-Hematología, Neumología y Gastroenterología. La Batería B dispone de los consultorios de Dermatología, Cardiología, Otorrinolaringología, Ginecología, Fonoaudiología, Salud Mental, Neurología, Reumatología, Medicina del deporte y Educación para la salud. La Batería C incluye el Vacunatorio, Clínica Medica, Hematología, Psiquiatria, Adolescencias, Cirugía general, Infectología, Alergias, Odontología y Cuidados paliativos (M, V., comunicación personal, 31 de Julio de 2025).

En este mismo nivel se localiza a su vez el Servicio Social, la Unidad Interdisciplinaria de Atención a la Violencia infantil (UIAVI), el laboratorio central, laboratorio de guardia, diagnostico por imagenes, medicina nuclear la cual cuenta con cámara gamma ubicada de manera independiente del sector diagnóstico, electromedicina, hemodinamia, el departamento de salud ambiental y el servicio de toxicología. De igual forma se encuentran servicios especializados como el Servicio de Quemados, Cirugia Plastica, Kinesiología, Hemoterapia, y la Sala de Internación Psiquiátrica (SIP 700). Por último en este nivel se encuentra la farmacia, la dirección general del hospital y las jefaturas de los distintos servicios.

En cuanto al Subsuelo cuenta con la Guardia Central de Emergencia, la Unidad de Estabilización Pediátrica en Emergencia (UEPE) la cual abre únicamente en época de contingencia y se encuentra anexada a la Guardia, la Unidad de Terapia Intensiva que se divide en tres alas (UTI1, UTI2 y el fuelle), la Unidad Coronaria (UCO), el Hospital de Dia en donde asisten los pacientes para realizarse las medicaciones, la Morgue, Anatomía Patológica, el Servicio de Nefrología, Hemodiálisis y el Quirófano (M, V., comunicación personal, 31 de Julio de 2025).

A su vez, el hospital cuenta con diversos Programas que funcionan de manera interdisciplinaria como son: Diabetes, VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), Oncología, Fibrosis Quística, Pie Bot, Enfermedad Celíaca, Trasplante renal y Hemodiálisis,

Hipotiroidismo congénito, Fisura Palatina, PADI, Falla intestinal, UIAVI , Enfermedades metabólicas y por último el Programa de Ludoteca Móvil (Reunión acerca de los protocolos de los hospitales, comunicación personal, 12 de Junio de 2025).

Además de lo expuesto, el hospital cuenta con una Escuela Hospitalaria y Domiciliaria “*Atrapasueños*”³ vigente desde el año 2002, la cual brinda atención escolar a niños internados provenientes de Córdoba y otras provincias. La tarea docente incluye sostener el sentido de pertenencia, actuar como nexo entre la escuela de origen y brindar apoyo pedagógico durante el tratamiento ayudando a los niños a recuperar la normalidad perdida por la enfermedad. Por otra parte, por fuera del hospital se encuentra la Casa Ronald McDonald⁴ la cual aloja desde el 2008 a familias que reciben tratamientos de patologías de alta complejidad brindándoles un sitio donde alojarse durante las internaciones prolongadas.

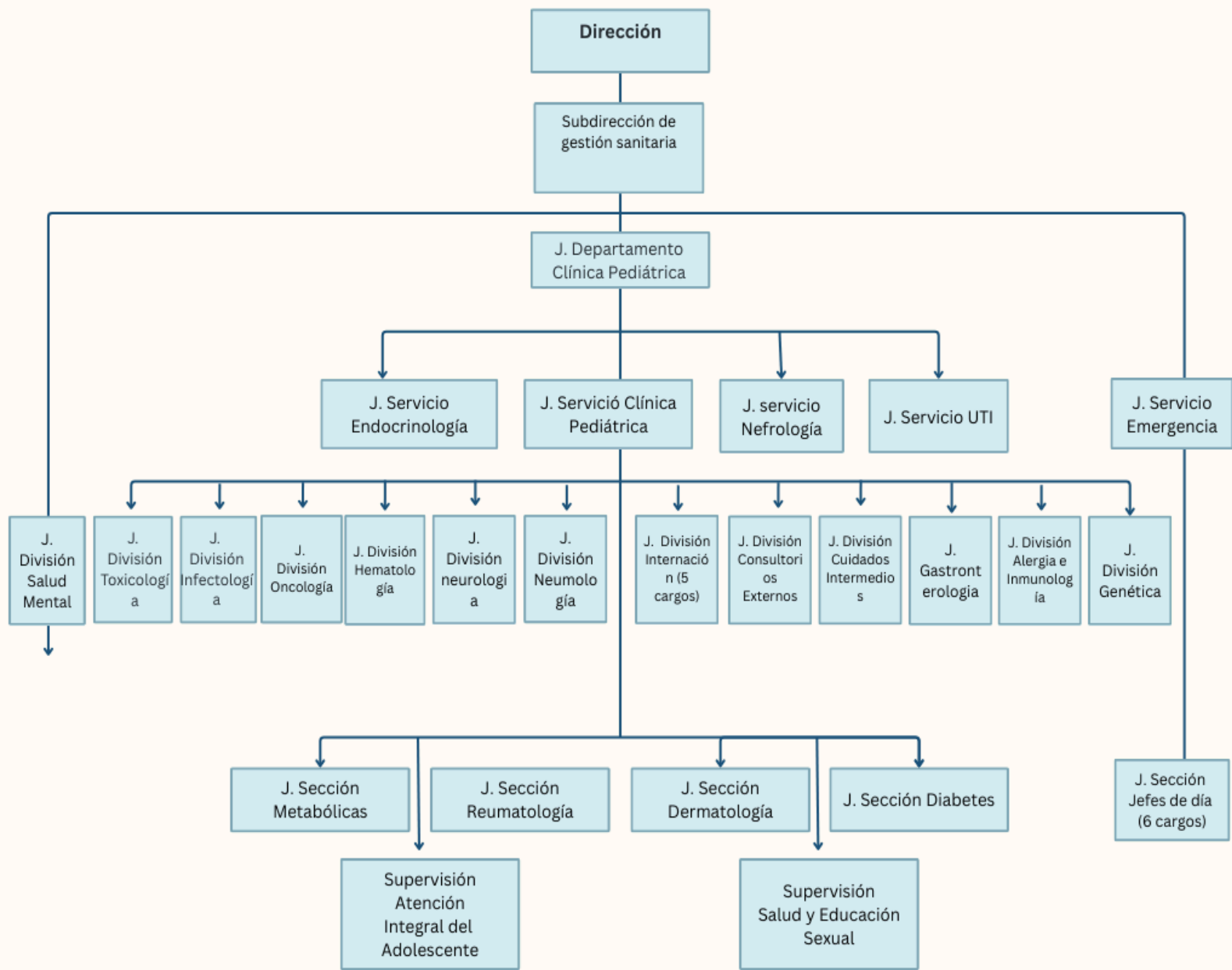
Finalmente, la institución está organizada en cuatro departamentos principales: Cirugía, Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento, Cardiología y Clínica Pediátrica la cual incluye el Departamento de Salud Mental en donde se desarrollan las Prácticas Profesionales Supervisadas con sus respectivas rotaciones.

3.3 ORGANIGRAMA

³ Información obtenida del sitio web:

<https://prensa.cba.gov.ar/informacion-general/escuela-hospitalaria-la-educacion-como-motor-de-esperanza/>

⁴ Información obtenida del sitio web: https://casaronald.org.ar/que_hacemos/casas-ronald-mcdonald/



Nota: Organigrama del Área Sanitaria del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad. Elaboración propia a partir de lo informado por la Sala de Dirección (comunicación personal, 13 de agosto del 2025).

3.4 SERVICIO Y FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO DE SALUD MENTAL

El Servicio de Salud Mental (SSM) del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad funciona bajo un modelo interdisciplinario, integrando las disciplinas de psiquiatría, psicología, trabajo social, psicomotricidad y psicopedagogía. Actualmente, la jefatura del mismo está a cargo de la Dra. Raquel Bauducco. El SSM recibe NNyA desde el primer mes de vida hasta los 14 años, junto a sus familias y cuidadores, tanto en internación como en dispositivos ambulatorios. Además, al ser un Hospital Escuela, el SSM cuenta con residentes de RISaM (Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental) y RISaMIJ (Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental Infanto Juvenil), así como practicantes de diversas universidades.

En relación con la población asistida, aproximadamente el 50% de los pacientes provienen de Córdoba Capital, mientras que el resto procede del interior de la provincia. En el área de internación, entre el 35% y el 48% continúa con seguimiento ambulatorio interdisciplinario luego del alta, mientras que un 20% permanece internado entre 30 y 60 días.

El funcionamiento del servicio se organiza de lunes a jueves de 7 a 14 horas y los viernes de 7 a 17 horas, con guardias activas las 24 horas en la Sala de Internación Pediátrica Psiquiátrica (SIP 700). En este espacio se reciben pacientes derivados de la guardia psiquiátrica, mientras que en los Consultorios Externos los ingresos se realiza principalmente a través del sistema de Triage; dispositivo que consiste en entrevistas interdisciplinarias de admisión en las que se evalúan los criterios de ingreso al hospital o de derivación a otra institución (Comunicación personal, 22 de Julio del 2025).

A su vez, el SSM brinda atención mediante interconsultas solicitadas por los médicos de las distintas salas de internación con las que cuenta el hospital . Estas solicitudes se vinculan con problemáticas variadas; como enfermedades crónicas o terminales, accidentes, situaciones de duelo, conflictos familiares, relación médico - paciente, detección de angustia, entre otras. Con respecto a las problemáticas abordadas se incluyen; situaciones de violencia, maltrato y abuso sexual, consumo problemático, intentos de suicidio, trastornos de la conducta, del aprendizaje, neurodesarrollo, trastornos afectivos y rasgos psicóticos, por mencionar algunos (A, G., comunicación personal, 20 de Agosto de 2025).

El trabajo del SSM se caracteriza por una mirada interdisciplinaria y por el abordaje en red, con encuadres clínicos flexibles que permiten responder a la urgencia y a la singularidad de cada caso. En este marco, el rol del psicólogo en internación adquiere un carácter dinámico, distinto al modelo clínico clásico de consultorio, ya que sus intervenciones se desarrollan en contacto directo con los pacientes y sus familias en el aquí y ahora (A, G., comunicación personal, 20 de Agosto de 2025).

4. EJE DE SISTEMATIZACIÓN

*El juego como herramienta de regulación emocional en pacientes pediátricos oncológicos,
dentro del dispositivo ludoteca móvil en un Hospital público de Córdoba*

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar el juego como herramienta de regulación emocional en pacientes pediátricos oncológicos dentro del dispositivo ludoteca en un Hospital público de Córdoba.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Describir las características y el funcionamiento del dispositivo ludoteca dentro del contexto hospitalario.
2. Identificar las emociones en los pacientes pediátricos hospitalizados por enfermedades oncológicas.
3. Explorar el rol que desempeña el juego en la regulación emocional.

6. PERSPECTIVA TEÓRICA

6.1 CÁNCER INFANTIL

El cáncer infantil constituye una problemática relevante dentro del campo de la salud pediátrica, debido a su impacto clínico, emocional y social tanto en los niños como en sus familias. En este marco, se trata de un conjunto de enfermedades caracterizadas por el crecimiento descontrolado de células anormales que pueden invadir tejidos y órganos del cuerpo. De acuerdo con Moreno (2021), a diferencia del cáncer en adultos, el cáncer en la infancia suele originarse en tejidos formativos y presenta un comportamiento biológico distinto, con una evolución más rápida pero también con mayores posibilidades de respuesta al tratamiento. Desde esta perspectiva, el autor destaca que las patologías más frecuentes son las leucemias y los tumores cerebrales, seguidos por los linfomas y los tumores óseos.

Por otra parte, Moreno (2021) sostiene que el tratamiento del cáncer infantil requiere una atención especializada y multidisciplinaria que incluya estrategias diagnósticas precisas, equipos médicos con experiencia y una infraestructura hospitalaria adecuada. La atención en estos casos busca asegurar la calidad de los tratamientos, favorecer la investigación y mejorar los índices de supervivencia. En este contexto, el abordaje interdisciplinario se conforma por la participación conjunta de médicos, enfermeros, psicólogos, psicopedagogos y psicomotricistas, quienes actúan de manera articulada para acompañar al niño y su familia durante el proceso de la enfermedad. Esta modalidad de trabajo posibilita integrar la atención médica con la contención emocional y el acompañamiento psicosocial, aspectos esenciales en la asistencia oncológica pediátrica (Massera & Faberman, 2021; Morosi, 2021).

6.1.2 IMPACTO EMOCIONAL EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO PEDIÁTRICO

El diagnóstico de cáncer en la infancia genera un profundo impacto emocional, desestructurando la vida del niño y de su entorno más cercano. En relación con esto, Massera y Farberman (2021) sostienen que esta noticia introduce una ruptura abrupta en la cotidianidad, acompañada por sentimientos de miedo, desconcierto y una pérdida momentánea de control. El niño se enfrenta a una realidad desconocida, marcada por la presencia de procedimientos médicos, hospitalizaciones y cambios físicos que transforman su modo de estar en el mundo. En este sentido, las autoras subrayan que la enfermedad oncológica representa un acontecimiento potencialmente traumático que moviliza intensamente los recursos emocionales y adaptativos del paciente.

Durante los primeros momentos del proceso diagnóstico y terapéutico, las reacciones emocionales suelen estar atravesadas por la incertidumbre, la ansiedad y la negación. Por su parte, Méndez y Capurro (2020) destacan que el niño puede manifestar miedo a los tratamientos, angustia por la separación de sus vínculos cotidianos y dificultades para comprender lo que le sucede. Asimismo, las autoras sostienen que pueden aparecer sentimientos de tristeza, enojo, vergüenza o culpa asociados a los cambios físicos y a la percepción de diferencia con otros niños, así como momentos de soledad vinculados a las internaciones prolongadas. Estas emociones, lejos de ser signos de debilidad, constituyen respuestas esperables ante una situación de amenaza. De acuerdo con la misma fuente, la intervención del equipo de salud en esta etapa resulta esencial para ofrecer contención, información clara y un acompañamiento que ayude a disminuir el temor y fortalecer la confianza.

A medida que avanza el tratamiento, los desafíos emocionales se transforman y requieren nuevas formas de afrontamiento. Desde esta perspectiva, Massera y Farberman

(2021) explican que la capacidad de afrontar la enfermedad depende en gran medida de la edad, la etapa del desarrollo y la historia personal del niño. Los sentimientos de enojo, tristeza o frustración son comunes y pueden alternarse con momentos de esperanza y adaptación. En este proceso, también pueden emerger emociones positivas como la gratitud, la motivación y el deseo de superación, que funcionan como recursos protectores frente a la adversidad (Méndez & Capurro, 2020). En consonancia con ello, la autoras destacan la importancia de la resiliencia, entendida como la posibilidad de reorganizar los recursos internos frente a la adversidad. Favorecer la expresión emocional, mantener rutinas adaptadas y sostener los lazos afectivos permite al niño encontrar estabilidad y un sentido de continuidad en medio del tratamiento.

6.2 JUEGO

Luego de comprender el profundo impacto emocional que implica atravesar una enfermedad oncológica en la infancia, resulta pertinente considerar el papel del juego como herramienta de elaboración y expresión emocional. Según la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia (SENAF, 2022), el juego puede comprenderse como una actividad fundante, universal y constitutiva del desarrollo humano. Desde esta perspectiva, lejos de ser un pasatiempo, constituye una forma privilegiada de expresión, aprendizaje y simbolización, que permite a las infancias explorar su mundo interno y las relaciones con su entorno. En este sentido, la SENAF (2022) sostiene que se trata de una actividad necesaria y propia del ser humano, esencial para la socialización y para la construcción de la identidad individual y colectiva.

A diferencia de otras prácticas orientadas a fines externos, la SENAF (2022) define el juego por su carácter voluntario, placentero y espontáneo. Jugar implica elegir, crear, imaginar y participar activamente, sin la presión de objetivos o resultados predeterminados. En este sentido, la SENAF (2022) sostiene que el juego no puede ser obligatorio ni utilitario, ya que su potencia radica en la libertad de hacer “como si”, de explorar sin temor al error y de disfrutar el proceso más que del resultado. Así, el juego se convierte en un lenguaje propio, a través del cual las niñas y los niños pueden expresar emociones, desplegar la creatividad y construir subjetividad.

Desde la perspectiva del desarrollo psicológico, Vigotsky (1933/1982) otorga al juego un papel central como mediador entre el deseo y la realidad. Desde esta perspectiva el juego surge cuando el niño empieza a tener deseos que no puede satisfacer de manera inmediata, y crea entonces una situación imaginaria donde puede realizarlos simbólicamente. En este espacio ficcional, el niño aprende a actuar según significados y no solo según lo que percibe de la realidad, inaugurando una forma de pensamiento que integra imaginación, emoción y acción. De este modo, el juego se convierte en un puente entre lo real y lo simbólico, un espacio donde las experiencias pueden ser transformadas, reelaboradas y dotadas de sentido.

En síntesis, los aportes de SENAF (2022) y Vigotsky (1933/1982) coinciden en concebir el juego como un espacio simbólico y emocional que facilita la elaboración psíquica, la construcción de la subjetividad y la regulación de las emociones. En situaciones de enfermedad o internación, el juego se convierte en una vía privilegiada para expresar y transformar vivencias difíciles.

6.2.1 APORTES DE LA TEORÍA COGNITIVA CONDUCTUAL AL JUEGO

Desde el enfoque de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), el juego adquiere estructura teórica y metodológica que integra los principios de este modelo con el lenguaje simbólico propio de la infancia. En este marco, surge la Terapia de Juego Cognitivo-Conductual (Cognitive Behavioral Play Therapy [CBPT]), que combina las estrategias cognitivo-conductuales con el juego como medio natural de comunicación y exploración emocional del niño (CBPT, s. f.-a; CBPT, s. f.-b). Este enfoque concibe el juego como un espacio terapéutico donde el niño puede representar pensamientos y emociones, favoreciendo la comprensión y modificación de patrones disfuncionales.

Asimismo, uno de los principales aportes de la TCC al ámbito lúdico consiste en utilizar el espacio de juego como vía de acceso a los procesos cognitivos y emocionales, posibilitando identificar y modificar pensamientos automáticos o creencias irracionales mediante dinámicas simbólicas adaptadas a la edad y nivel de desarrollo del niño (CBPT, s. f.-a). De esta forma, el juego se constituye en una herramienta de reestructuración cognitiva y aprendizaje emocional, respetando el ritmo y las posibilidades expresivas de cada infante.

Por último, la TCC otorga al juego una orientación terapéutica activa y flexible, transformando la experiencia lúdica en un proceso de cambio y autoconocimiento. El carácter simbólico del juego facilita la implicación emocional del niño y fortalece la alianza terapéutica, promoviendo un clima de confianza y colaboración (Rosas Bejarano et al., 2019; Mightier, s. f.). En este sentido, el juego se comprende como un recurso eficaz para integrar pensamiento, emoción y conducta dentro de un proceso de desarrollo y regulación emocional.

6.2.2 FUNCIÓN DEL JUEGO EN ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA

Luego de considerar el impacto emocional que implica atravesar una enfermedad oncológica en la infancia, resulta necesario destacar el papel que el juego adquiere dentro de este contexto. En situaciones donde el tratamiento médico irrumpe en la cotidianidad del niño y genera temor, ansiedad o pérdida de control, el juego se presenta como una herramienta terapéutica capaz de ofrecer contención y continuidad emocional (Morosi, 2021).

Desde esta perspectiva, el juego en oncología pediátrica cumple múltiples funciones, entre ellas favorecer la adaptación a la enfermedad y al tratamiento, promover la expresión emocional y transformar la vivencia del dolor y el malestar en experiencias simbólicas que el niño puede comprender y dominar. Siguiendo la perspectiva de Morosi (2021), los objetivos principales del juego terapéutico son reducir el desinterés, mitigar los efectos secundarios de los procedimientos médicos, disminuir el temor a lo desconocido y fortalecer la sensación de control. Además, el juego contribuye a la autoexpresión, refuerza la autoestima y amplía las estrategias de afrontamiento, promoviendo la resiliencia y la cooperación del paciente con el equipo de salud.

Por otra parte, el juego posibilita la elaboración de aspectos subjetivos y vinculares que se movilizan durante el proceso oncológico. Tal como plantea Pitillas Salvá (2012, citado en Morosi, 2021), la actividad lúdica permite al niño comprender su tratamiento, simbolizar la enfermedad y expresar temores o fantasías que, si permanecen sin abordaje, podrían intensificar el sufrimiento psíquico. En este sentido, el juego se constituye en un espacio protegido y emocionalmente seguro, donde el niño/a puede explorar, representar y otorgar sentido a su experiencia, construyendo un puente entre su mundo interno y la realidad hospitalaria.

6.2.3 FUNCIÓN DEL JUEGO EN LA REGULACIÓN EMOCIONAL

En relación con los procesos de desarrollo emocional, De Grandis et al. (2019) sostienen que la regulación emocional puede entenderse como un proceso dinámico mediante el cual las personas ajustan la intensidad y la expresión de sus emociones de acuerdo con las demandas del entorno. Este proceso implica tanto mecanismos automáticos como estrategias conscientes que permiten mantener el equilibrio afectivo frente a situaciones desafiantes. Desde la perspectiva de estos autores, dicha capacidad se desarrolla progresivamente a lo largo de la infancia y se relaciona estrechamente con la maduración de las funciones ejecutivas, las experiencias vinculares tempranas y la posibilidad de aprender a reconocer y expresar los estados emocionales de manera adaptativa. En este sentido, la regulación emocional supone la habilidad para comprender y gestionar las emociones de forma saludable.

En continuidad con esto, diversos autores sostienen que el juego constituye un contexto privilegiado para el desarrollo de la autorregulación, al ofrecer un espacio seguro donde las niñas y los niños pueden ensayar la expresión, el control y la transformación de sus emociones (Villaró Tió, 2014; Capella & Mendoza, 2011). El juego, por su carácter espontáneo y placentero, permite al niño explorar, representar y manejar sus estados internos, integrando componentes cognitivos, emocionales y conductuales. Tal como señalan Capella y Mendoza (2011), en la infancia las experiencias lúdicas facilitan la integración de los sistemas neurobiológicos de la emoción, la modulación de la activación y la búsqueda de equilibrio ante situaciones de tensión.

Durante el juego, el sistema nervioso se activa de manera controlada, lo que facilita la descarga de tensiones y el restablecimiento del equilibrio psicofisiológico (Capella & Mendoza, 2011). De esta manera, el espacio lúdico se convierte en un marco seguro donde los niños pueden expresar libremente sentimientos de miedo, enojo o tristeza, al tiempo que ensayan conductas de afrontamiento que fortalecen su capacidad de autorregulación. Además, a través del juego, el niño desarrolla estrategias más adaptativas para resolver problemas y

recupera una sensación de dominio y control sobre lo que le genera malestar (Villaró Tió, 2014)

Desde la práctica clínica, Morosi (2021) destaca que el juego se convierte en una herramienta terapéutica que favorece la expresión emocional y promueve el bienestar psicológico en los contextos hospitalarios. En el espacio lúdico, el niño no solo se distrae o se relaja, sino que logra tramitar emociones complejas y encontrar nuevas formas de afrontarlas. Este proceso tiene un efecto reparador, ya que el juego facilita la comprensión de lo que ocurre y permite aliviar la ansiedad asociada al tratamiento médico. Así, el juego actúa como un regulador emocional natural, capaz de integrar lo afectivo y lo cognitivo, ayudando al niño a recuperar la calma, la confianza y el sentido de continuidad en medio de situaciones adversas.

6.2.4 FUNCIÓN DEL JUEGO EN EL MANEJO DEL DOLOR

En el ámbito hospitalario, el dolor en la infancia constituye una experiencia compleja que involucra componentes físicos, emocionales y sociales. Desde esta perspectiva, Morán Martín (2018) sostiene que el juego adquiere un valor terapéutico fundamental al funcionar como una herramienta no farmacológica que favorece la expresión emocional, la distracción y la regulación del malestar. De este modo, el juego posibilita que el niño canalice la ansiedad y el miedo asociados a los procedimientos médicos, facilitando la adaptación al entorno hospitalario y reduciendo la percepción del dolor. Asimismo, al brindar un espacio de

recreación y control, el niño transforma el sufrimiento en una experiencia que puede dominar, lo que contribuye a disminuir la angustia y fortalecer su sensación de seguridad.

En consonancia con lo anterior, diversos estudios señalan que las terapias basadas en el juego actúan como estrategias distractoras que modifican la percepción del dolor y favorecen una mejor tolerancia a los procedimientos médicos (Del Cañizo, 2017). En particular, la revisión Del Cañizo (2017) indica que la incorporación del juego terapéutico, ya sea mediante actividades simbólicas, recreativas o expresivas, puede disminuir la intensidad del dolor y mejorar la experiencia hospitalaria, convirtiendo al juego en un recurso de afrontamiento activo que ayuda al niño recuperar sensación de control sobre su cuerpo y sus emociones, reduciendo la ansiedad y el malestar general.

Desde una perspectiva complementaria, se ha planteado que el juego cumple una función esencial en la elaboración del sufrimiento físico y emocional, favoreciendo el pasaje de una vivencia pasiva del dolor a una posición activa frente a él (Villanueva, 2009). En esta línea el autor, describe que, al simbolizar el malestar, elaborar temores y fantasías y resignificar la experiencia corporal dolorosa, el juego humaniza el cuidado pediátrico, fortalece el vínculo entre el niño, su familia y el equipo de salud, al tiempo que refuerza su resiliencia incluso en contextos adversos.

6.3 DISPOSITIVO LUDOTECA

En el marco de la atención hospitalaria, Giachero, Salde y Wannaz (s. f.) sostienen que la ludoteca se configura como un espacio terapéutico y de contención emocional, en el

que el juego permite al niño recuperar parte de su vida cotidiana interrumpida por la internación. En este sentido, el Programa de Ludoteca Móvil y Sala de Juego Terapéutico del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad tiene como propósito ofrecer un entorno saludable dentro del hospital, donde el niño pueda expresarse, aliviar tensiones y reencontrarse con aspectos vitales de su desarrollo. En este sentido, el juego se concibe como una necesidad emocional y un derecho que contribuye a disminuir la angustia, el miedo y la sensación de encierro propias de la enfermedad, promoviendo bienestar y acompañando los tratamientos médicos.

Cabe destacar que la modalidad móvil del dispositivo adquiere especial relevancia en el contexto oncológico, ya que, debido a las condiciones médicas de estos pacientes, los profesionales son quienes se desplazan hacia las salas o habitaciones, llevando consigo los materiales lúdicos adaptados. Esta característica favorece la continuidad del acompañamiento terapéutico y reduce los riesgos asociados a la movilidad del niño, garantizando que el juego pueda sostenerse aún en etapas de aislamiento o tratamientos intensivos (Giachero et al., s. f.).

Asimismo, el dispositivo se sostiene en el vínculo entre el niño y el profesional, que se convierte en un punto de apoyo para procesar las vivencias que emergen durante la internación. En ese encuentro, el terapeuta se dispone a jugar y a escuchar lo que el niño expresa a través de la actividad lúdica: sus temores, enojos, tristezas o deseos. Estas emociones son reconocidas, validadas y devueltas al niño de un modo que le permite sentirse comprendido y contenido. De esta forma, el juego ayuda a disminuir el impacto emocional de la enfermedad, transformando una situación dolorosa en una experiencia que puede ser acompañada y sostenida (Giachero et al., s. f.).

Entre las principales funciones del dispositivo, los mismos autores destacan la motivación, la observación del estado emocional y afectivo, la evaluación de la modalidad de juego y la capacidad simbólica, así como la tolerancia a la frustración y la calidad de las interacciones sociales. Estos indicadores permiten al equipo profesional comprender mejor el momento emocional y evolutivo del paciente, planificar intervenciones adecuadas y acompañar su proceso de recuperación (Giachero et al., s. f.).

Desde la psicooncología pediátrica, Morosi (2021) señala que la ludoteca constituye un componente esencial de la atención integral, ya que ofrece un entorno donde el niño puede

expresarse libremente, aliviar su malestar y sentirse acompañado. En este marco, el autor sostiene que el juego se convierte en un medio que ayuda a sostener la esperanza, a disminuir la angustia y a reafirmar la vitalidad, incluso en medio del tratamiento. De este modo, la ludoteca representa un espacio de cuidado que favorece la expresión, el alivio psíquico y la continuidad del desarrollo infantil durante la internación.

7. MODALIDAD DE TRABAJO

7.1 SISTEMATIZAR

La modalidad de trabajo de la presente escrito se inscribe en una metodología cualitativa denominada “*sistematización de experiencias*”. Este enfoque no se limita solamente a describir lo vivido ni a informar técnicamente sobre actividades, sino que constituye un proceso reflexivo y crítico que permite reconstruir, comprender e interpretar las prácticas en las que se ha participado, a fin de producir conocimiento situado y con valor propio (Barnechea García & Morgan Tirado, 2010).

La sistematización permite transformar la experiencia en un proceso de conocimiento que articula lo objetivo; como el contexto, las acciones y sus resultados, y lo subjetivo; es decir, las percepciones, emociones y relaciones interpersonales que atraviesan a los actores involucrados. En este sentido, los saberes implícitos en la práctica se convierten en conocimientos comunicables mediante un ejercicio de reflexión crítica, lo que legitima y visibiliza aprendizajes que emergen directamente de la vivencia (Jara, 2011).

Tomando los aportes de Jara (s.f.), este proceso sólo puede ser realizado por quienes han participado de manera directa en la experiencia, ya que son ellos quienes poseen una mirada situada y no separan al sujeto de la práctica vivida. De esta forma, la sistematización no solo produce aprendizajes para la práctica futura, sino que también implica una transformación personal en quienes la llevan a cabo, permitiendo revisar críticamente las formas de pensar, sentir y actuar.

A su vez, resulta importante diferenciar la sistematización de otras prácticas como la evaluación o la investigación. Mientras la evaluación se centra en los resultados obtenidos y

la investigación en responder preguntas sobre la realidad, la sistematización interroga la práctica desde la implicación activa de quien la vivió, posibilitando reinterpretaciones y nuevos sentidos que orientan futuras acciones (Barnechea García & Morgan Tirado, 2010).

En este marco, el registro de la experiencia adquiere un valor fundamental, ya que constituye el recurso principal para revisar lo acontecido, reconocer aciertos y errores y adquirir nuevos aprendizajes para proyectar nuevas formas de intervención. La sistematización, lejos de ser un ejercicio puramente descriptivo, se presenta como una herramienta amplia y flexible que permite comprender la práctica desde adentro y producir saberes colectivos con capacidad de orientar la acción futura. Así, sistematizar no sólo transforma las prácticas profesionales, sino también a las personas que las realizan, al integrar la teoría con la vivencia y abrir la posibilidad de socializar aprendizajes que nacen de la experiencia situada (Jara, s.f.).

7.2 CARACTERIZACIÓN DE LOS SUJETOS

El Hospital de Niños de la Santísima Trinidad se caracteriza por ser una institución pública de referencia provincial y nacional destinada a la atención de pacientes desde los 30 días de vida hasta los 14 años y 11 meses. La práctica se desarrolla en la Sala SIP 200 de Onco-Hematología Pediátrica, espacio que recibe a niños, niñas y adolescentes con patologías oncológicas y hematológicas que requieren tratamientos de alta complejidad y, en

muchos casos, internaciones prolongadas. En este contexto, el hospital se configura como un ámbito de atención integral, donde la intervención profesional busca acompañar los procesos de salud y enfermedad desde una perspectiva interdisciplinaria y humanizada.

El trabajo se enmarca en el dispositivo de la Ludoteca móvil, cuya finalidad es ofrecer un espacio terapéutico de juego dentro de la institución. Este dispositivo se sostiene en un abordaje interdisciplinario, integrado por profesionales de la salud pertenecientes a distintas áreas, entre ellas, psicología, trabajo social, medicina, psicopedagogía y psicomotricidad, entre otras, lo que posibilita un trabajo articulado orientado al acompañamiento de los pacientes y sus familias. Asimismo, la ludoteca cuenta con instancias de supervisión y co-visión que favorecen la reflexión sobre la práctica, la revisión de intervenciones y el intercambio de observaciones clínicas, garantizando un encuadre ético, contenedor y coherente con las necesidades singulares de cada paciente.

En el marco de la presente sistematización, se seleccionan cinco pacientes que participan del dispositivo, cuyas edades oscilan entre 1 año y 11 meses y 9 años. Esta amplitud etaria, que comprende desde la primera infancia hasta la niñez intermedia, supone diferencias significativas en el desarrollo cognitivo, emocional y comunicacional, así como en los modos de juego desplegados y en las estrategias necesarias para acompañar la regulación emocional.

En relación con ello, el dispositivo de ludoteca móvil está destinado a una población amplia, con trayectorias clínicas diversas. Los pacientes atraviesan distintos momentos del tratamiento y de la hospitalización, lo que incide en su disponibilidad física y emocional. A su vez, las familias ocupan un rol fundamental durante la internación, constituyéndose como parte activa de la red de sostén que se pone en juego en cada encuentro.

La participación en la propuesta lúdica se encuentra condicionada por el estado clínico de cada paciente al momento de la actividad, así como por su interés y predisposición para sumarse. En este sentido, la asistencia y el nivel de implicación varían diariamente, ya que los tiempos, las energías y las disposiciones emocionales se modifican de acuerdo con la evolución del tratamiento.

De este modo, el escenario en el que se desarrolla la práctica se caracteriza por su dinamismo y singularidad, lo que exige flexibilidad, sensibilidad y capacidad de adaptación

por parte de los profesionales, quienes deben responder a las particularidades de cada situación sin perder de vista la finalidad terapéutica y contenedora del dispositivo.

Tabla 1

Casos seleccionados

CASO	EDAD	DIAGNÓSTICO
Ciro	3 años	Sarcoma de Ewing
Teo	2 años	Leucemia Linfoblástica Aguda Tipo B
Enzo	3 años	Linfoma de Burkitt
Luz	5 años	Rabdomiosarcoma
Mateo	9 años	Leucemia Linfoblástica Aguda Tipo T

7.3 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para llevar adelante la sistematización de esta experiencia se emplean dos instrumentos principales de recolección de información: la *observación participante* y el *registro de campo*.

La observación participante constituye una herramienta fundamental en el trabajo de campo, ya que permite involucrarse en las actividades de los sujetos, integrándose a sus prácticas y rutinas cotidianas, a la vez que se mantienen los objetivos analíticos de la sistematización. Esta modalidad supone un doble movimiento: participar activamente de la situación que se estudia y, al mismo tiempo, tomar distancia crítica para poder describirla y analizarla (Guber, 2001, 2011). En el contexto hospitalario, la observación participante posibilita acceder a la complejidad de las interacciones en la Sala SIP 200 de Onco-Hematología Pediátrica, captando no sólo las conductas manifiestas de niños, niñas y adolescentes, sino también los climas emocionales, las dinámicas relacionales, así como también la incidencia y la institucionalidad en las prácticas cotidianas.

En estrecha relación con la observación, el registro de campo se presenta como una herramienta metodológica indispensable. A través de la escritura sistemática y detallada, el registro permite conservar lo observado, describiendo tanto las acciones como los contextos en los que ocurren. Según Guber (2011), el registro de campo no es un reflejo “objetivo” de la realidad, sino que incorpora la perspectiva y la implicación de quien observa, lo que convierte en un instrumento de análisis y reflexión sobre la propia experiencia. En este sentido, cada nota de campo elaborada en el marco de las prácticas refleja no solo lo acontecido en la ludoteca, sino también el modo en que la mirada del practicante organiza, selecciona y resignifica la experiencia vivida.

De este modo, la observación participante y los registros de campo conforman las principales herramientas para la construcción del material del campo de esta sistematización, posibilitando un acercamiento crítico a la práctica y permitiendo articular teoría y experiencia desde la singularidad del dispositivo hospitalario.

7.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS

En el marco de la práctica profesional supervisada resulta imprescindible sostener un compromiso ético que resguarde los derechos de los niños, niñas y adolescentes y de sus familias, atendiendo tanto a la normativa legal vigente como a los principios deontológicos de la profesión. En este sentido, el trabajo se enmarca en la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657, la cual promueve la atención integral de la salud mental desde una perspectiva de derechos, asegurando la dignidad de las personas, la gratuidad de la atención y el carácter excepcional de la internación (Congreso de la Nación Argentina, 2010).

Asimismo, se consideran los lineamientos establecidos en la Ley N.º 26.061 de Protección Integral de los Derechos de NNyA, que reconoce a los mismos como sujetos plenos de derecho, garantizando su protección, participación y la defensa de su interés superior (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2005). De igual modo, se tiene en cuenta la Ley de Ejercicio Profesional de la Psicología N.º 23.277, que regula las incumbencias y responsabilidades del psicólogo en la práctica clínica e institucional, subrayando la importancia de un ejercicio responsable y comprometido (Congreso de la Nación Argentina, 1985).

Por otra parte, se contemplan los principios de la Ley N.º 26.529 sobre los Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, que establece garantías como el trato digno y respetuoso, la intimidad, la confidencialidad y el consentimiento informado, resguardando la autonomía de las personas frente a cualquier procedimiento o intervención (Congreso de la Nación Argentina, 2009). Estas normativas se complementan con el Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (FePra, 2013) y el Código de Ética del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba (2016), que orientan el ejercicio profesional hacia el respeto por la dignidad, los derechos humanos y la confidencialidad, destacando principios como el secreto profesional, la autonomía y la responsabilidad en los vínculos establecidos.

8. ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

8.1. RECUPERACIÓN DEL PROCESO VIVIDO

Mi experiencia en el Hospital de Niños comenzó el 10 de Julio de 2025, en el marco de las Prácticas Profesionales Supervisadas de la Licenciatura en Psicología. Este primer acercamiento estuvo atravesado por la novedad del contexto hospitalario, la magnitud de la institución y las expectativas propias de insertarse en un dispositivo real de atención clínica dentro de un ámbito de alta complejidad como lo es la internación pediátrica. Con el correr de los días, el hospital dejó de ser un espacio ajeno para convertirse en un escenario cotidiano de aprendizaje, observación y construcción progresiva del rol profesional.

Las primeras semanas se caracterizaron por un posicionamiento predominantemente observacional. Este período resultó fundamental para comprender la dinámica institucional, los tiempos de la sala y el funcionamiento del dispositivo ludoteca móvil dentro del servicio de onco-hematología pediátrica. A medida que transcurrían los encuentros, la observación permitió reconocer la importancia de la ludoteca como un espacio que ofrece contención, juego y un respiro frente a la internación, tanto para los niños como para sus cuidadores.

Con el avance de la práctica, el rol fue desplazándose progresivamente desde un lugar más periférico hacia una participación más activa. Comencé a involucrarme en las propuestas lúdicas, a sostener interacciones más prolongadas y a proponer actividades, acompañando a los niños y a sus familias a través de la presencia, la escucha y la disponibilidad constante. En este proceso, el juego fue adquiriendo un lugar central como herramienta de intervención, permitiendo favorecer la regulación emocional y el establecimiento de vínculos de confianza.

En este proceso de mayor implicación, fue necesario aprender a ajustar las intervenciones a las características del contexto hospitalario y a las respuestas de cada niño. No todas las propuestas generaban el mismo efecto ni todos los niños se encontraban en condiciones de participar del juego en cada encuentro. Esto implicó desarrollar una mayor capacidad de lectura situacional, atendiendo a señales conductuales y emocionales tales como el nivel de cansancio, el dolor físico, la irritabilidad o la falta de motivación. Desde esta perspectiva, la intervención comenzó a pensarse de manera más flexible, priorizando la adaptación de las actividades y el respeto por la disponibilidad emocional del momento, más que la insistencia en una propuesta determinada. Uno de los aspectos que más me interpeló fue la potencia del juego como vía de expresión tanto en niños pequeños como en adolescentes. En un registro se dio cuenta de la situación de una niña de 10 años que, al jugar con una muñeca y una valija de doctora, representaba escenas de cuidado: auscultaba al “bebé”, le daba medicamentos y lo abrigaba. Este juego simbólico permitió observar cómo el hospital y la enfermedad se filtraban en el juego, transformándose en escenas que le posibilitaban organizar y procesar la experiencia de internación (Registro de práctica, 14-07-2025).

En otro encuentro registrado, un adolescente de 14 años inició la actividad visiblemente angustiado tras recibir un parte médico. Sin embargo, durante una partida de Tutti Frutti se mostró progresivamente más receptivo, compartió risas y llegó a manifestar su deseo de volver a participar en otra ocasión (Registro de práctica, 16-07-2025). Estas situaciones permitieron dimensionar cómo el juego habilita un espacio de confianza y regulación emocional, incluso en un contexto de internación y alta carga emocional.

El recorrido no estuvo exento de momentos emocionalmente movilizantes. El contacto cotidiano con el sufrimiento físico, la enfermedad y, en algunos casos, la muerte, implicó un impacto emocional significativo. La noticia del fallecimiento de uno de los primeros pacientes con los que se habían compartido reiterados encuentros puso de manifiesto la importancia de contar con espacios de supervisión y acompañamiento profesional para elaborar estas experiencias. Asimismo, el relato de una madre de un niño con Fibrosis Quística resultó especialmente significativo: con lágrimas en los ojos pidió disculpas por llorar, a lo que se le respondió que “estaba bien que llorara, que ese espacio también era para ella” (Registro de práctica, 22-07-2025). Este intercambio permitió reconocer el valor de

la escucha y de la validación emocional, no solo hacia los pacientes, sino también hacia sus cuidadores.

Asimismo, el trabajo en un contexto de alta complejidad como lo es la onco-hematología en pacientes pediátricos implicó reconocer los límites del rol profesional y la importancia del autocuidado. La exposición reiterada a situaciones de sufrimiento, incertidumbre y pérdida exigió desarrollar estrategias personales y profesionales para sostener la práctica sin desbordes emocionales. En este sentido, la supervisión, el intercambio con pares y el registro escrito funcionaron como recursos fundamentales para organizar las experiencias, revisar las intervenciones y fortalecer la capacidad de afrontamiento frente a las demandas del contexto hospitalario.

Por otro lado, la práctica en el dispositivo de atención a niños con enfermedades crónicas, especialmente en el programa de Fibrosis Quística, ofreció una perspectiva complementaria al trabajo realizado. En este espacio, el acompañamiento no se limita al período de internación, sino que implica un seguimiento continuo sostenido en el tiempo. En los registros se presentaron situaciones vinculadas a dificultades en la adherencia al tratamiento, tensiones familiares y experiencias de estigmatización en el ámbito escolar, lo cual permitió reflexionar sobre el impacto de las enfermedades crónicas en la vida cotidiana y en sus vínculos sociales. En este contexto, el trabajo en este dispositivo permitió ampliar la comprensión del rol del psicólogo en contextos de enfermedad crónica, donde la regulación emocional, la adherencia al tratamiento y el sostén familiar adquieren un lugar central.

En este sentido, el registro escrito ocupó un lugar fundamental a lo largo de todo el recorrido. Registrar cada encuentro permitió no solo dejar constancia de lo sucedido, sino también organizar la experiencia, identificar cambios en las respuestas emocionales y conductuales de los niños y revisar el propio posicionamiento profesional. El registro se constituyó así en una herramienta clave para la sistematización de la práctica y para la articulación entre experiencia y marco teórico.

Otro aspecto relevante del proceso fue el aprendizaje vinculado al trabajo con las familias. En numerosos encuentros se hizo evidente que el acompañamiento psicológico no se dirige exclusivamente al niño hospitalizado, sino que incluye de manera inevitable a sus cuidadores. La escucha activa, la validación emocional y la disponibilidad para alojar el malestar de las familias se constituyeron en intervenciones centrales para favorecer un clima

de mayor contención y confianza. Estas experiencias permitieron ampliar la comprensión del rol del psicólogo en el ámbito hospitalario, entendiendo la intervención como un trabajo que se despliega en múltiples niveles y que requiere sensibilidad, flexibilidad y claridad en los límites profesionales.

Por otra parte, la participación en instancias interdisciplinarias y espacios de co-visión enriquecieron la lectura de las situaciones clínicas y permitieron comprender la complejidad del trabajo hospitalario. El intercambio con otros profesionales favoreció la construcción de una mirada integral y el fortalecimiento progresivo del rol del psicólogo dentro del equipo de salud.

Hacia el final de la práctica, se evidenció una transformación significativa en la forma de posicionarme frente al dispositivo y frente a los pacientes. La ansiedad inicial dio lugar a una mayor seguridad profesional, basada en la capacidad de observar, intervenir de manera gradual y adaptarme a las necesidades emocionales y conductuales de cada situación. El juego se consolidó como un eje central de intervención y la regulación emocional comenzó a ocupar un lugar transversal en la lectura de las escenas clínicas, orientando la elección del eje de sistematización del presente trabajo. De este modo, la recuperación del proceso vivido da cuenta de un recorrido formativo que implicó no sólo la adquisición de herramientas técnicas, sino también el desarrollo de competencias profesionales necesarias para el trabajo clínico en contextos hospitalarios.

8.2. ANÁLISIS Y SÍNTESIS

En el presente apartado se desarrollan los objetivos planteados en este Trabajo Integrador Final, cuyo eje central es analizar el juego como herramienta de regulación

emocional en pacientes pediátricos oncológicos, dentro del dispositivo Ludoteca Móvil en un hospital público de Córdoba. El análisis se sustenta en la articulación entre el marco teórico, inscripto en el enfoque Cognitivo Conductual y los registros obtenidos durante las Prácticas Profesionales Supervisadas en la Sala de Onco-Hematología Pediátrica del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad.

En primer lugar, se describen las características y el funcionamiento del dispositivo ludoteca en el contexto hospitalario, considerando sus condiciones de implementación, su encuadre y las variables clínicas que inciden en su desarrollo. En segundo lugar, se identifican las emociones predominantes en los niños hospitalizados por enfermedades oncológicas, analizando sus manifestaciones conductuales, verbales y corporales en el marco de la internación. Finalmente, se explora el rol que desempeña el juego en la regulación emocional, examinando de qué manera el espacio lúdico contribuye a modular estados de activación, favorecer la expresión emocional y generar recursos de afrontamiento frente al malestar.

Para ello, el análisis se organiza a partir de cinco pacientes, seleccionando fragmentos significativos de los registros de práctica que permiten dar respuesta a los objetivos. A partir de esta metodología, se busca integrar teoría y experiencia de práctica, avanzando hacia una síntesis comprensiva del lugar que ocupa el juego en el entramado emocional y contextual de la internación pediátrica oncológica.

En este marco, el recorrido que se presenta a continuación organiza los hallazgos en torno a los objetivos planteados, permitiendo profundizar progresivamente en la experiencia sistematizada y otorgando continuidad analítica a los registros seleccionados.

8.2.1 CARACTERÍSTICAS Y FUNCIONAMIENTO DEL DISPOSITIVO LUDOTECA MÓVIL

El abordaje del cáncer pediátrico en el ámbito hospitalario implica considerar un entramado complejo de variables físicas, emocionales, conductuales y contextuales que inciden directamente en la experiencia subjetiva de los niños internados. Los tratamientos oncológicos suelen caracterizarse por internaciones prolongadas o intermitentes, procedimientos invasivos, restricciones corporales y una rutina institucional que altera significativamente la vida cotidiana del niño. Estas condiciones inciden de manera directa en la disponibilidad emocional, en la tolerancia a la frustración y en las posibilidades de juego (Moreno, 2021; Massera & Farberman, 2021).

En este contexto, la ludoteca hospitalaria emerge como un dispositivo de intervención que no se limita a ofrecer entretenimiento, sino que se inscribe como un espacio clínico-lúdico orientado a acompañar el impacto emocional de la internación. En particular, la modalidad móvil del dispositivo resulta central en este ámbito, ya que permite adaptar el juego a las condiciones del paciente, considerando su estado físico, su nivel de energía, las restricciones médicas y los tiempos institucionales (Giachero et al., s. f.). Esto sucedía en la práctica, cuando antes de ingresar a cada habitación se observaba en un pizarrón una señalización mediante círculos de colores que indicaban el estado del paciente: el color rojo señalaba que no era posible ingresar, el verde indicaba que el niño se encontraba en condiciones de recibir la propuesta y el amarillo advertía la presencia de alguna condición médica que requería mayores cuidados en la intervención (Registro de práctica. 14-07-2025).

En este sentido, el funcionamiento del dispositivo se organiza a partir de una lógica de adecuación constante de la intervención, donde las propuestas lúdicas se ajustan a las condiciones clínicas y contextuales de cada encuentro. Esta modalidad puede analizarse a la luz de los aportes de la Selección Sistemática de Tratamiento retomada por Gagliesi et al. (2005), entendida como un enfoque que propone ajustar las intervenciones a determinadas características del paciente, evitando abordajes homogéneos frente a problemáticas diversas. Si bien este modelo fue desarrollado en el ámbito de la psicoterapia, sus aportes resultan pertinentes para comprender la lógica de funcionamiento de la ludoteca en el contexto hospitalario.

Desde esta perspectiva, las propuestas de juego pueden organizarse considerando cinco dimensiones centrales: el nivel de severidad o deterioro funcional, el estilo de

afrontamiento, la complejidad del cuadro, el nivel de malestar o distrés y el nivel de resistencia (Gagliesi et al., 2005). Estas dimensiones se articulan dinámicamente en cada encuentro, funcionando como ejes orientadores de las decisiones clínicas respecto a qué tipo de juego proponer, cómo hacerlo y en qué condiciones sostenerlo.

En primer lugar, la dimensión del nivel de severidad o deterioro funcional refiere al grado en que las condiciones físicas y clínicas del paciente afectan su funcionamiento cotidiano y su capacidad para participar de las intervenciones propuestas (Gagliesi et al., 2005). En el contexto de la internación oncológica pediátrica, esta dimensión resulta especialmente relevante, dado que el impacto del tratamiento puede limitar de manera significativa la participación en actividades lúdicas.

En el caso de Luz, los registros muestran como las condiciones físicas influyen directamente en el tipo de juego posible, en uno de los encuentros se registró que la niña manifestó malestar físico asociado a náuseas, solicitando en reiteradas oportunidades un recipiente ante la sensación de vómito. Su madre explicó que se trataba de una sensación esperable, dado que había recibido una medicación para prevenir el vómito. En este marco de incomodidad corporal se observó que durante la actividad de dibujo, Luz mantuvo una mano sosteniendo la zona del pecho donde se encontraba colocado el catéter, con el objetivo de evitar que se desplazara, lo cual dificultó la propuesta de pintura. Ante esto, se adecuó la intervención y se optó por variar la propuesta lúdica, ofreciendo una “valija de doctor” y un muñeco, sobre el cual la niña pudo intervenir (Registro de práctica, 10709-2025).

De manera similar, en Mateo, las condiciones físicas asociadas a los procedimientos médicos inciden de manera directa en la posibilidad de sostener determinadas propuestas lúdicas:

“El inicio del espacio se desarrolló en torno al juego elegido, sin embargo, rápidamente Mateo comenzó a tener temblores en sus manos (al consultarle al equipo médico acerca de este temblor comentaron que se le había sacado de su mano un hemocultivo y por eso su dolor) y mayor incomodidad debido al dolor físico que sentía en su muela. Esto dificultó la posibilidad de sostener la actividad, por lo que se optó por un cambio de dinámica hacia la conversación para de esta forma generar una distracción y que disminuya el dolor.”. (Registro de práctica, 15-09-2025).

En el caso de Ciro, las condiciones físicas momentáneas , junto a la necesidad de anticipación y sostén del encuadre, condicionan el desarrollo del espacio lúdico y orientan la selección de propuestas acordes a su estado general, tal como se observa en el siguiente registro: se ingresa a la habitación de Ciro, quien presentaba febrícula. Al acercarnos, se lo invita a participar del espacio de juego y se establece el encuadre de manera clara, explicitando que la actividad se desarrollará durante “un rato” y que luego sería necesario retirarnos para continuar con otros niños, con el propósito de anticipar el cierre y favorecer una despedida más organizada. Ciro manifiesta interés por jugar y solicita “una pelota”, agregando que cuenta con aros. Considerando su estado físico, se opta por seleccionar materiales que pudiera utilizar sin necesidad de levantarse de la cama (Registro de práctica, 21-07-2025).

En los tres casos mencionados, el funcionamiento de la ludoteca se ajusta al nivel de funcionamiento real del niño, priorizando la accesibilidad y la posibilidad de sostener el espacio lúdico aun en condiciones de alta vulnerabilidad física.

Asimismo, la dimensión del estilo de afrontamiento da cuenta de las formas habituales en que cada cual responde emocional y conductualmente frente a situaciones de estrés, amenaza o malestar, como lo puede ser la internación hospitalaria (Gagliesi et al., 2005). Desde esta perspectiva, resulta clave identificar si predominan estrategias de externalización, evitación, control o retraimiento. En el caso de Ciro, se observa un afrontamiento predominantemente externalizador, expresado en la necesidad de controlar el desarrollo del juego, imponer reglas y reaccionar con enojo y frustración ante interrupciones o cambios: *“Ciro manifestó al comienzo cierta oposición frente a la propuesta lúdica. Su juego se desarrolló a través de una pelota. Cuando se le ofreció este elemento, expresó su deseo de jugar solo señalando el objeto con su dedo mientras repetía “no, no, no”, acompañado de un gesto de enojo. (Registro de práctica, 16-07-2025).*

En contraste, respecto de Enzo se registran estrategias de evitación, como el rechazo inicial de la propuesta lúdica y la preferencia por el uso del celular como forma de resguardarse cuando se encuentra cansado o irritable:

“Más tarde, se ingresa nuevamente a la habitación con el material seleccionado ... En este momento se encontraba tranquilo, observando el celular. Se inicia una conversación breve, a la cual responde con palabras sueltas mientras continúa

manipulando su celular. A medida que se le formula una pregunta, comienza a involucrarse más activamente en el juego pero sin estar involucrado de forma total. Se desarrolla una actividad de carrera de autos, en la que Enzo participa pero solo de forma verbal y esporádica (mientras nosotras las practicantes jugábamos entre nosotras para ver si el niño se unía) ... “ (Registro de práctica, 21-07-2025).

Frente a estos estilos de afrontamiento diversos, la ludoteca no adopta una modalidad uniforme, sino que ajusta la intervención mediante consignas claras, anticipación o disminución del nivel de directividad, según el modo particular en que cada niño afronta la situación de internación y tratamiento.

Por otro lado, la dimensión de la complejidad refiere al grado en que el malestar del paciente se encuentra determinado por la interacción de múltiples variables tanto emocionales, como conductuales, contextuales y vinculares, que dificultan una intervención focal o un abordaje único (Gagliesi et al., 2005). En el ámbito oncológico pediátrico, esta complejidad suele expresarse en internaciones prolongadas o recurrentes, donde el impacto de la enfermedad, los tratamientos y la dinámica institucional se entrelazan con el estado físico, emocional y conductual del niño. En el caso de Mateo, las dinámicas hospitalarias generan un desgaste emocional sostenido, expresado en desánimo, aburrimiento y preocupación persistente por el alta. Esta preocupación se hace explícita en el espacio lúdico cuando el niño expresa: *“yo tuve el presentimiento de que hoy me voy a mi casa”*, vinculando su estado emocional con la expectativa de finalización de la internación (Registro de práctica, 27-08-2025).

En el caso de Enzo, la complejidad se manifiesta en la convergencia entre las restricciones médicas propias del tratamiento, las limitaciones contextuales de la internación y la respuesta emocional del niño frente a la frustración que dichas condiciones generan:

“Al momento del ingreso, el niño se mostraba enojado, rechazando la propuesta lúdica y pidiendo que no entremos. Este enojo estaba relacionado con la frustración de no poder salir al pasillo (manifestación que realizó de manera oral), ya que había recibido quimioterapia el fin de semana y se encontraba con defensas bajas, motivo por el cual debía permanecer en la habitación ... Frente a esta situación se le ofreció como propuesta títeres , a lo que accedió inicialmente, aunque a la hora de llevarle la propuesta expresó que no le gustaba, que le causaban miedo y rechazó

continuar la dinámica. Se intentaron otras propuestas, pero el niño prefirió conversar, manteniéndose distante del juego.” (Registro de práctica, 15-09-2025).

Dentro de esta óptica, esta dimensión implica comprender que el malestar no responde a una causa única ni a una emoción aislada, sino a la interacción simultánea de variables médicas, contextuales, vinculares y conductuales. Desde esta perspectiva, la intervención requiere una lectura integrada del cuadro clínico, evitando abordajes fragmentados y considerando como estos factores se articulan dinámicamente en cada situación particular de internación.

En cuarto lugar, la dimensión del nivel de malestar o distrés refiere a la intensidad del sufrimiento emocional y de la activación psicofisiológica que presenta el paciente en un momento determinado y que puede cambiar a lo largo del tiempo (Gagliesi et al., 2005). Por esto, se constituye como un indicador central para el funcionamiento del dispositivo, dado que permite orientar la selección de materiales, la duración del encuentro y el grado de estimulación implicada en la propuesta lúdica, evitando intervenciones que resulten desajustadas al estado del paciente (Gagliesi et al., 2005).

En niños pequeños, este malestar suele expresarse principalmente a través del cuerpo y de la conducta. En el contexto oncológico pediátrico, estas modalidades de expresión implican un desafío específico para los dispositivos de intervención, ya que requieren propuestas que no dependan exclusivamente del lenguaje verbal ni de consignas prolongadas. Desde esta perspectiva, la ludoteca hospitalaria ajusta su funcionamiento priorizando intervenciones capaces de alojar estados de alta activación emocional sin exigir al niño recursos que aún no se encuentran disponibles desde el punto de vista evolutivo. (Moreno, 2021; Massera & Farberman, 2021). Este modo de funcionamiento del dispositivo se evidencia en el siguiente registro del caso de Teo, que da cuenta de cómo el niño se vincula con el espacio lúdico y los materiales disponibles:

“Después de un rato, sacó de una bolsa sus propios juguetes, entre ellos un auto, con el cual jugó haciéndolo andar y pasándolo para incluir a las practicantes ... En paralelo al juego, Teo saltaba, bailaba y se movía por la sala, mostrando disfrute (en periodos de mucha exaltación motriz y de grandes emociones solía golpear su cabeza con el suelo y morderse sus manos) ...” (Registros de práctica, 20-08-2025).

En el caso de Enzo, el nivel de malestar o distres se hace visible ante situaciones del contexto hospitalario que incrementan la activación emocional, condicionando de manera inmediata su disponibilidad para el juego y el desarrollo del encuentro lúdico:

“En un momento ingresó el equipo médico para controlarlo, situación que le generó angustia, enojo y temor; exclamó: “no quiero, dejenme” (se hacía un bollo para que no lo revisaran); sin embargo, el equipo médico le dijo que volverían de nuevo más tarde. Mientras tanto Enzo continuaba enojado, ante esto se le dio el espacio para transitar sus emociones, manifestando; “Esta bien que estés enojado, nosotras vamos a estar acá hasta que se te pase” (debido a que anteriormente había manifestado que no quería que nos vayamos). Luego de un rato se le pasó y se continuó con la propuesta lúdica.” (Registro de práctica, 24-09-2025).

Finalmente, la dimensión del nivel de resistencia alude al grado en que el paciente se opone o muestra resistencia frente a una posible intervención, en este caso lúdica, ya sea de manera explícita o implícita, como forma de protegerse frente al malestar o preservar su autonomía (Gagliesi et al., 2005). Esta dimensión no se presenta de manera dicotómica, sino que puede oscilar desde niveles bajos de resistencia; donde el niño acepta o se involucra con facilidad en la propuesta, hasta niveles altos; en los que predomina el rechazo, la evitación o la negativa a participar, lo cual exige al dispositivo ajustar el encuadre y la modalidad de acercamiento. Un ejemplo de bajo nivel de resistencia se observa en Teo cuando acepta la propuesta lúdica sin oposición, involucrándose en el espacio de manera espontánea desde el inicio del encuentro:

“Se ingresó a la habitación donde se encontraba Teo junto a su madre ... (a la hora de ingresar el niño sonreía, ya había un reconocimiento de nuestra figura como practicantes). Se le ofreció como propuesta lúdica un palo con aros de distintos colores, tamaños y texturas para encastrar (al mostrarle la propuesta se quiso bajar de la cama reconociendo el espacio)... Después de un rato, sacó de una bolsa sus propios juguetes, entre ellos un auto, con el cual jugó haciéndolo andar y pasándolo para incluir a las practicantes (compartía de manera activa). En paralelo al juego, Teo saltaba, bailaba ...” (Registro de práctica, 20-08-2025).

En contraste, en Mateo se observan situaciones en las que la resistencia no se manifiesta a través de una negativa directa, sino mediante un involucramiento parcial,

fluctuante y condicionado por otros intereses, lo cual refiere a una disposición ambivalente frente a la propuesta lúdica y la necesidad de que el dispositivo revalúe su intervención.

“Al ingresar a la habitación con la propuesta, Mateo se encontraba solo. En un primer momento mostró poco interés por el juego respondiendo que alguna vez lo había jugado pero no recordaba las reglas. Mientras una practicante organizaba el estado del juego, otra le explicó las reglas. Mateo no parecía interesado; sin embargo, insistimos en que probara algunas partidas. En principio jugó mirando más a la pantalla del teléfono que al juego mismo. Luego de una partida más, no parecía interesado, por lo cual exclamó: “podemos jugar a otra cosa...”(Registro de práctica, 19-11-2025).

En síntesis, el análisis del funcionamiento del dispositivo ludoteca dentro del contexto hospitalario oncológico permite comprender que su valor no reside únicamente en la oferta de actividades lúdicas, sino en su capacidad de ajustar la intervención a las condiciones físicas, emocionales y contextuales de cada niño. A partir de esta lógica de funcionamiento situada, se vuelve necesario profundizar en las emociones que atraviesan los pacientes pediátricos durante la internación, con el fin de comprender de qué manera dichas vivencias se expresan y se transforman en el marco del espacio lúdico. En este sentido, el siguiente apartado se orienta a identificar las emociones predominantes en los niños hospitalizados por enfermedades oncológicas.

8.2.2 EMOCIONES PREDOMINANTES

La internación por patologías oncológicas, constituye una experiencia altamente disruptiva desde el punto de vista emocional, cognitivo y conductual. A diferencia de otras internaciones pediátricas, el tratamiento oncológico suele implicar hospitalizaciones reiteradas y de larga duración, intervenciones médicas frecuentes, alteraciones en la rutina cotidiana y procedimientos diagnósticos y terapéuticos que implican intervención corporal, junto con una elevada incertidumbre respecto a la evolución de la enfermedad (Moreno, 2021; Massera & Farberman, 2021).

Esta incertidumbre, no solo impacta a nivel emocional, sino que incide en los procesos cognitivos mediante la anticipación constante de posibles eventos adversos, activando esquemas de amenaza que organizan la experiencia del niño (Beck, 2000). Tales procesos pueden implicar, a nivel fisiológico, estados sostenidos de activación, hipervigilancia corporal y respuestas de alerta vinculadas al modo de supervivencia, aun en ausencia de intervención inmediata (Becerra-García et al., 2007; Martínez-Montegudo et al., 2012). Un ejemplo de ello se registra en el caso de Teo, quien se largaba a llorar cuando ingresaba cualquier persona de la institución, ya fuera personal médico o integrantes del espacio lúdico, sin discriminar su función (Registro de práctica, 31-07-2025).

Es en este contexto que se vuelve central preguntarse: *¿Qué emociones aparecen con mayor frecuencia durante la internación? ¿De qué manera se expresan los niños según su etapa de desarrollo? ¿Cómo estas manifestaciones pueden ser identificadas en un contexto donde el lenguaje verbal no siempre resulta un recurso disponible o suficiente?*

Es a partir de estas incógnitas que se retoma la conceptualización de Judith Beck (2000), en la que las respuestas emocionales y conductuales no se explican únicamente por los acontecimientos externos, sino por la manera en que estos son interpretados y dotados de significado. Sin embargo, al trasladar este modelo al trabajo clínico con niños, resulta necesario realizar ajustes acordes a esta etapa del desarrollo, dado que en edades tempranas los recursos cognitivos y comunicacionales aún se encuentran en proceso de desarrollo (Gomar et al., 2016).

En este marco, el análisis de las emociones durante la infancia se orienta prioritariamente a la observación de las respuestas conductuales frente a determinadas situaciones, comprendidas como indicadores del estado emocional (Gomar., et al 2016). Desde esta perspectiva, resulta pertinente retomar la definición de emoción propuesta por

González y Parra-Bolaños (2024), quienes señalan que “las emociones son descritas como fenómenos complejos, multidimensionales, que ejercen una fuerte influencia sobre el comportamiento de las personas y en su adaptación al medio” (pág. 4529). En consonancia con esta conceptualización, otro autor las define como “una experiencia afectiva en cierta medida agradable o desagradable, que supone una cualidad fenomenológica característica y que compromete tres sistemas de respuesta: cognitivo-subjetivo, conductual-expresivo y fisiológico-adaptativo” (Choliz, 2005, p.4).

Particularmente en la infancia, y más aún en el contexto de enfermedad oncológica, la posibilidad de verbalizar emociones suele verse condicionada tanto por la etapa evolutiva como por el nivel de activación emocional. Por ello, las vivencias afectivas tienden a hacerse visibles a través del cuerpo, la conducta y el juego, más que mediante elaboraciones verbales complejas (Massera & Farberman, 2021). Un ejemplo de ello se registra en el caso de Enzo, quien durante la actividad lúdica se mantuvo en una posición corporal tensa y alerta a los sonidos del pasillo y al personal que transitaba por allí (Registro de práctica 24-09-2025).

En función de los aportes de Choliz (2005) y González & Parra-Bolaños (2024), se trabajará sobre un conjunto de emociones consideradas básicas por su carácter universal, su función adaptativa y su presencia desde etapas tempranas del desarrollo. Estas son: miedo, ira, tristeza, alegría, sorpresa y asco. Todas ellas comparten ciertos patrones fisiológicos, expresivos y cognitivos, aunque presentan modos particulares de manifestarse en la infancia, especialmente en contextos de hospitalización oncológica (Massera & Farberman, 2021). Su identificación clínica no solo requiere conocer su definición teórica, sino también poder reconocer cómo se hacen presentes.

8.2.2.1 HABITACIÓN 1: EL MIEDO ANTE EL CUERPO INTERVENIDO

El miedo constituye una de las emociones más tempranas y universales del desarrollo humano. Su función principal es proteger al sujeto frente a estímulos percibidos como amenazantes, activando respuestas fisiológicas, cognitivas y conductuales orientadas a facilitar la evitación del peligro (Choliz, 2005). En el caso de niños internados por enfermedades oncológicas, esta emoción puede presentarse frente a situaciones novedosas o imprevisibles, tales como la separación de figuras de apego, la intervención sobre el cuerpo o la realización de prácticas médicas potencialmente dolorosas (González & Parra-Bolaños, 2024; Moreno, 2021), como ocurrió en los registros analizados: en Luz, cuando su madre intentaba alejarse; en Enzo, ante el ingreso del equipo médico; y en Teo, frente a circunstancias que incrementaban su activación.

En consonancia con lo expuesto, el miedo en la infancia suele manifestarse a través de conductas como el retraimiento, la evitación del juego, la resistencia a la separación, el llanto persistente o la rigidez corporal. En términos fisiológicos, pueden observarse respuestas como el aumento del ritmo cardíaco, la inquietud motriz o estados de hiperalerta. Estas manifestaciones resultan esperables, especialmente en niños pequeños, dado que en esta etapa del desarrollo los recursos simbólicos y verbales aun se encuentran en proceso de consolidación (Massera & Farberman, 2021; Gomar et al., 2016).

Tal como plantea Chóliz (2005), el miedo en la infancia no surge únicamente ante amenazas objetivas, sino también frente a estímulos que el niño interpreta simbólicamente como peligrosos, tales como el silencio, la oscuridad, la pérdida de rutinas o el aislamiento. En este sentido, la experiencia emocional no depende exclusivamente del evento en sí, sino de la valoración subjetiva que el niño realiza frente a la situación, en función de sus recursos evolutivos y del contexto en el que se encuentra.

La situación clínica de Luz (5 años) resulta ilustrativa en este sentido. La paciente manifestaba durante los encuentros una fuerte necesidad de permanecer junto a su madre, rechazando las propuestas lúdicas y manteniéndose en alerta constante: *“Durante el desarrollo del juego expresó a su madre: “No te vayas” y “Quedate acá”*. (Registro de práctica, 20-10-2025). Asimismo, en otro encuentro se observó una situación similar: al ingresar a la habitación y proponer el espacio de juego, Luz solicitó pintar, por lo que se dispusieron témperas, pinceles y hojas. A lo largo de la actividad, dirigía reiteradamente su

atención hacia su madre, asegurándose de que permaneciera a su lado y expresando verbalmente su necesidad de que no se alejara. La madre sostuvo su presencia durante todo el encuentro y señaló: *“no me deja ni ir al baño, quiere mi comida pero no puedo ni ir a cocinar”* (Registro de practica, 10-09-2025).

Ambas situaciones, pueden interpretarse como una respuesta emocional frente a un entorno vivido como incierto, extraño o incontrolable. En consonancia con los aportes de los autores, en el trabajo clínico con niños hospitalizados, la organización afectiva se expresa prioritariamente a través del cuerpo y del vínculo, quedando el juego muchas veces inhibido por el estado emocional dominante. (González & Parra-Bolaños, 2024 ; Massera & Farberman, 2021)

En este sentido, reconocer estas manifestaciones en el trabajo clínico permite comprender el miedo no como una reacción aislada, sino como una respuesta situada frente a un cuerpo intervenido y a un entorno percibido como incierto. A partir de esta comprensión, la modalidad de intervención desde la ludoteca se ajusta ofreciendo un acompañamiento cercano y no intrusivo, validando la emoción expresada y evitando forzar la participación, de modo tal que el niño pueda sentirse resguardado mientras recupera gradualmente disposición para el juego, priorizando la contención y la construcción de condiciones de seguridad acordes a esta emoción.

8.2.2.2 PULSERAS APRETADAS: EL ENOJO ANTE LA PÉRDIDA DE CONTROL

La ira o enojo es una emoción básica que emerge ante la vivencia de frustración de deseos o necesidades, la imposición de límites que afectan la autonomía, tanto en el plano corporal como psicológico, o la exposición a estímulos experimentados como aversivos a nivel físico, sensorial o cognitivo. Asimismo, puede activarse frente a situaciones percibidas

como injustas o ante el bloqueo de metas significativas, configurándose como una respuesta emocional estrechamente ligada a contextos de limitación impuesta y pérdida de control. (Choliz, 2005 ; González & Parra-Bolaños, 2024)

En este tipo de hospitalización, estas condiciones se presentan con frecuencia a través de normas institucionales, procedimientos médicos, la interrupción del juego y de la rutina habitual y restricciones en el uso del cuerpo, lo que suele despertar respuestas de oposición, irritabilidad o resistencia por parte de los niños (Mendez & Capurro, 2020; Massera & Farberman, 2021). Estas manifestaciones se observan tempranamente en los registros clínicos.

En el caso de Enzo (3 años), por ejemplo, se registra un episodio en el que el enojo surge frente a la frustración de un deseo inmediato y la imposición de un límite externo:

“En un primer momento, se invita a Enzo a participar del espacio. El niño se encuentra llorando dentro de la habitación; su madre refiere que está “enojado porque quiere usar el teléfono y comer helado”, agregando que “esto es un capricho” . Se le ofrece a Enzo la posibilidad de jugar con juguetes como bloques, autitos y dinosaurios. Inicialmente rechaza la propuesta.” (Registro de práctica, 21-07-2025).

Desde una perspectiva adaptativa, el enojo cumple la función de señalar un límite vulnerado y de movilizar al sujeto frente a aquello que genera malestar (Choliz, 2005). Sin embargo, cuando las vías expresivas del niño se ven limitadas, como ocurre en el contexto hospitalario oncológico, esta emoción puede manifestarse de forma más intensa, corporal y escasamente elaborada.

Tal como sostiene Gomar et al., (2016), durante los primeros años de vida las emociones no siempre se comunican de manera simbólica, sino que se expresan principalmente a través del cuerpo y de la acción. En este sentido, y en el contexto hospitalario, el enojo suele observarse en berrinches, rechazos reiterados a las propuestas lúdicas o en la necesidad de ejercer control sobre el juego para sostener la implicación.

Esto se evidencia nuevamente en Enzo cuando, ante la irrupción del equipo médico, el enojo se intensifica y se articula con el miedo y la angustia frente a la intervención sobre su cuerpo:

“En un momento ingresó el equipo médico para controlarlo, situación que le generó angustia, enojo y temor; exclamó: “no quiero, dejenme” (se hacía un bollo para que no lo revisaran); sin embargo, el equipo médico le dijo que volverían de nuevo más tarde. Mientras tanto Enzo continuaba enojado, ante esto se le dio el espacio para transitar sus emociones...” (Registro de práctica, 24-08-2025)

En situaciones como esta, la reacción emocional adopta una modalidad defensiva y corporal, que puede ser comprendida como una respuesta frente a la pérdida de control sobre el propio cuerpo y la vivencia de imposición externa.

En términos generales, el enojo no se presenta como una emoción aislada, sino integrada a la historia vincular del niño y al entramado clínico e institucional que atraviesa su experiencia de internación (Mendez & Capurro, 2020; Massera & Farberman, 2021). Tal como plantean Gonzalez y Parra-Bolaños (2024), las emociones constituyen fenómenos complejos y multidimensionales; por ello, el enojo puede funcionar como respuesta defensiva frente a otras vivencias emocionales concomitantes, como el miedo o la angustia, especialmente en contextos de alta demanda y escasa autonomía.

Desde esta perspectiva, reconocer el enojo en el ámbito hospitalario implica no reducirlo a una conducta problema, sino comprenderlo como una expresión del malestar emocional del niño, situada en un entramado clínico y contextual específico.

8.2.2.3 DÍAS NUBLADOS: LA TRISTEZA EN EL TIEMPO DE INTERNACIÓN

La tristeza es una emoción básica vinculada a la vivencia de pérdida. En el caso de los

niños hospitalizados por enfermedades oncológicas, estas pérdidas pueden ser múltiples: separación de sus figuras de apego, interrupción del juego compartido, el distanciamiento de la escuela, los cambios corporales o, simplemente, la pérdida de la cotidianeidad tal como la conocían (Méndez & Capurro, 2020; Massera & Farberman, 2021; Moreno, 2021). Esta emoción suele expresarse en estados de bajo nivel de energía, disminución de la actividad y decaimiento emocional (Gonzalez & Parra-Bolaños, 2024; Choliz, 2005). En el contexto de internación oncológica, factores como el encierro, la espera prolongada y la limitación del movimiento pueden intensificar estas emociones, configurando con frecuencia un estado emocional sostenido de apagamiento o retraimiento (Méndez & Capurro, 2020; Massera & Farberman, 2021).

En edades tempranas, esta emoción rara vez se expresa mediante verbalizaciones directas como “estoy triste”. Por el contrario, suele manifestarse a través de indicadores como el retraimiento, la disminución del tono lúdico, la inhibición motriz, la falta de iniciativa o la apatía frente a los estímulos (Massera & Farberman, 2021). En este sentido, Gomar et al. (2016) señalan que el malestar emocional en la infancia no siempre se comunica de forma verbal, sino que suele expresarse a través de la conducta, el cuerpo y los modos de vinculación, por lo que estas manifestaciones requieren ser leídas cuidadosamente.

En este escenario, la internación no sólo impone un aislamiento físico, sino también afectivo. El niño se ve obligado a adaptarse a un entorno institucional, con reglas propias, figuras nuevas y condiciones que muchas veces no comprende. Frente a esto, el silencio, la baja participación o la dificultad para sostener el juego pueden constituirse como formas de expresar una tristeza que no encuentra palabras ni un espacio suficiente para ser tramitada (Massera & Farberman, 2021).

En los registros clínicos, casos como el de Mateo (9 años) resultan significativos. A lo largo de los encuentros, se observa una disposición variable al espacio lúdico, con momentos de escaso involucramiento, baja iniciativa y dificultad para sostener el interés en las propuestas. En uno de los registros se señaló:

“presenta un cuadro oncológico complejo con sus altos y bajos. Su disposición al espacio varía: algunos días lo acepta y otros no. Antes de la enfermedad, su vida giraba en torno a actividades como “cazar palomas e ir al río”, y de pronto todo eso cambió ante el diagnóstico. Por momentos le sobrevienen sensaciones de querer

irse”, (Registro de práctica, 21-08-2025).

El registro expuesto anteriormente permite dar cuenta del impacto emocional que produce la ruptura de su rutina habitual y la pérdida de actividades significativas para él niño. Asimismo, en otro encuentro, al ser invitado a participar del espacio de juego:

“Mateo expresó que no tenía ganas de jugar, aunque sí de conversar. Durante el intercambio relató que había comido escabeche que tenía guardado en el freezer y que recientemente le habían comprado un rifle, elemento muy esperado por él ... Señaló que lo utilizó para cazar palomas, actividad que describió como la más significativa fuera del hospital. Mientras relataba estas experiencias, mostró a las practicantes fotografías, evidenciando entusiasmo al compartir aspectos de su vida cotidiana por fuera del contexto hospitalario” (Registro de práctica, 10-09-2025).

La preferencia por la conversación y la evocación de experiencias extra-hospitalarias, en detrimento del juego, permite observar una orientación afectiva hacia aquello que quedó suspendido a partir de la internación.

Asimismo, en un tercer registro se observa una baja disposición inicial para involucrarse en la actividad propuesta. Al momento del ingreso a la habitación, Mateo se encontraba solo y manifestó escaso interés por el juego ofrecido, señalando que lo conocía pero que no recordaba sus reglas. A pesar de que se le explicaron nuevamente las consignas y se lo invitó a participar, su implicación fue limitada, alternando la actividad con la atención puesta en el celular. Tras algunas rondas, expresó su deseo de realizar una actividad distinta (Registro de práctica, 19-11-2025).

Este modo de participación fluctuante y poco sostenido, junto con la dificultad para mantener el interés en el juego, puede ser comprendido como una expresión de bajo nivel de energía y desmotivación, rasgos que suelen asociarse a estados de tristeza en el marco de las internaciones por enfermedades oncológicas.

Desde esta perspectiva, el acompañamiento clínico implica reconocer la tristeza como una emoción legítima dentro de la experiencia de enfermedad, sin buscar apresurar su resolución ni desestimarla como reacción esperable. En este sentido, el juego, el cuerpo y el vínculo se constituyen como vías privilegiadas para que la tristeza pueda ser alojada, expresada y gradualmente elaborada en el contexto hospitalario.

8.2.2.4 PASOS EN EL PASILLO: LA ANSIEDAD ANTE LO QUE PUEDE OCURRIR

La ansiedad constituye una emoción compleja que se diferencia del miedo en tanto no se activa exclusivamente frente a una amenaza inmediata y concreta, sino que se configura a partir de la anticipación de posibles eventos futuros percibidos como peligrosos. Mientras que el miedo constituye una respuesta emocional primaria ante un estímulo presente, como se registró en Teo cuando la presencia del equipo médico generó malestar inmediato, llanto y evitación, la ansiedad implica un reanálisis de experiencias previas, a partir del cual se construye la expectativa de que el daño pueda volver a ocurrir aun cuando no esté sucediendo en el momento actual, como se observó en Luz, quien, aun sin intervención en curso, manifestaba preocupación ante la posibilidad de que volvieran a intervenir sobre su cuerpo (Choliz, 2005; Becerra-Garcia et al., 2007).

Estas características adquieren particular relevancia en el contexto de la internación pediátrica oncológica, donde la exposición reiterada a procedimientos invasivos, dolorosos e impredecibles favorece la construcción de expectativas negativas respecto de lo que podría suceder, promoviendo estados de alerta constante frente al entorno hospitalario y al propio cuerpo (Mendez & Capurro, 2020; Massera & Farberman, 2021).

En este sentido, en el caso de Teo se registra que le resulta difícil tolerar el acercamiento de adultos de la institución, ya sea personal médico o integrantes del dispositivo ludoteca, sin que ello genere llanto, dado que dichas presencias se encuentran asociadas a vivencias previas de angustia y dolor (Registro de práctica, 31-07-2025). Esta respuesta puede comprenderse como una manifestación de ansiedad anticipatoria, en la que el estímulo actual reactiva aprendizajes previos vinculados a experiencias corporales aversivas, sosteniéndose en la expectativa de que el contacto con adultos derive nuevamente en una experiencia dolorosa (Choliz, 2005; Becerra-Garcia et al., 2007).

Desde el modelo tridimensional, la ansiedad se expresa a través de un triple sistema de respuesta que incluye componentes cognitivos, fisiológicos y conductuales, los cuales pueden activarse de manera simultánea o diferencial (Martinez- Monteagudo et al., 2012).

Como se sostuvo en el apartado anterior, en población infantil, estas manifestaciones suelen adquirir una modalidad predominantemente corporal y conductual, especialmente cuando los recursos simbólicos verbales aun se encuentran en desarrollo, lo que limita la posibilidad de una elaboración emocional mediada por el lenguaje (Gomar et al., 2016).

En consonancia con lo expuesto, en las co-visiones se dialogó acerca de la situación clínica y emocional de Luz, observándose una marcada hipervigilancia corporal, expresada en la permanencia constante de su mano en el catéter, así como la búsqueda reiterada de contacto con su madre durante el espacio lúdico (Registros de práctica, 30-10-2025). Estas conductas pueden ser comprendidas como intentos de control frente a la anticipación de posibles situaciones dolorosas, considerando antecedentes en los que la manipulación o recolocación del dispositivo generó malestar físico. De este modo, la ansiedad se sostiene en el reanálisis cognitivo de experiencias previas, promoviendo una vigilancia constante sobre el cuerpo ante la expectativa de que el daño vuelva a ocurrir (Becerra-Garcia et al., 2007; Mendez & Capurro, 2020).

En el abordaje psicooncológico pediátrico se describe que el proceso de diagnóstico y tratamiento puede dar lugar a la emergencia de respuestas emocionales complejas, entre las que se destacan el temor anticipatorio, la hipervigilancia y la preocupación persistente en ausencia de amenazas inmediatas, en función de la historia clínica y del contexto de internación (Méndez & Capurro, 2020; Massera & Farberman, 2021).

En uno de los registros correspondientes a Enzo se describe una atención constante y focalizada hacia el entorno, particularmente orientada a los estímulos provenientes del pasillo y de la puerta de la habitación. Se consigna que: *“Durante todo el encuentro se lo observa muy atento a lo que sucedía en el pasillo, mirando hacia la puerta cuando alguien entraba o pasaba o ante el menor estímulo (con cierta actitud de expectativa o alarma)”* (Registro de práctica, 24-09-2025). Este modo de posicionarse frente al entorno puede ser comprendido como un estado de hiperalerta ambiental, vinculado a procesos de anticipación frente a procedimientos que el niño asocia con experiencias previas de malestar corporal, manteniéndose en un estado de activación sostenida aun cuando la intervención no esté ocurriendo en ese momento (Choliz, 2005; Martinez-Monteagudo et al., 2012).

Finalmente, la ansiedad no solo se manifiesta a través de respuestas de evitación o hipervigilancia, sino que en algunos casos puede observarse el despliegue de estrategias de afrontamiento orientadas a la regulación emocional. En el caso de Mateo, se registra que: *“Mateo nos presentó un peluche llamado “Yuti”, que le regaló la seño. Nos comentó que es*

“anti-estrés” y que lo aprieta con todas sus fuerzas para calmarse. Le preguntamos en qué momentos siente estrés y comentó que frente a las intervenciones y dolores” (Registro de practica, 29-10-2025). Este recurso puede comprenderse como una conducta orientada a disminuir la activación fisiológica asociada a la ansiedad anticipatoria, favoreciendo procesos de autorregulación emocional (Gomar et al., 2016; Massera & Farberman, 2021).

De este modo, la ansiedad en niños internados por enfermedades oncológicas se articula principalmente en torno a procesos de anticipación y espera, a partir de los cuales las experiencias previas de dolor y malestar adquieren un valor organizador de la respuesta emocional frente al entorno hospitalario (Choliz, 2005; Mendez & Capurro, 2020).

En conjunto, el análisis desarrollado en el presente objetivo permite identificar que las emociones predominantes en el contexto de la internación pediátrica por enfermedades oncológicas se organizan en torno a la experiencia de un cuerpo intervenido, la pérdida de control situacional, la suspensión de la vida cotidiana y la anticipación de procedimientos futuros.

8.2.3 JUEGO COMO HERRAMIENTA DE REGULACIÓN EMOCIONAL

Tal como se desarrolló en el apartado anterior, desde el modelo cognitivo conductual las respuestas emocionales y conductuales no dependen exclusivamente de los hechos en sí mismos, sino de la interpretación que el sujeto realiza de ellos (Beck, 2000). Un ejemplo de ello se registra en el caso de Luz: según lo conversado en el equipo, la niña atraviesa su segunda internación luego de una recaída y se encuentra en una etapa de tratamiento más paliativo. De acuerdo con lo referido por un psicólogo del equipo, Luz suele expresar, a través del juego, que el cáncer es su “enemigo”. Algunas de sus conductas de protección (como mantener la mano sobre el catéter) dan cuenta del significado que atribuye a su enfermedad (Registro de práctica, 30-10-2025). A partir de esta perspectiva, la experiencia emocional se comprende como el resultado de la relación entre la situación activadora, los

significados atribuidos y las respuestas conductuales y fisiológicas que se despliegan. En este sentido, intervenir sobre las conductas o sobre los significados asociados a una experiencia puede generar modificaciones en la vivencia emocional (Beck, 2000).

Por ello, en la infancia estas intervenciones requieren estrategias acordes al nivel de desarrollo, que permitan trabajar sobre los pensamientos, emociones y conductas. En este sentido, el juego constituye un recurso privilegiado, ya que facilita la expresión de experiencias internas, la observación de patrones de respuesta y la exploración de alternativas conductuales en un formato concreto y experiencial (Friedberg & McClure, 2015). En el contexto de la internación oncológica, el espacio lúdico adquiere un valor particular al ofrecer un encuadre donde los niños pueden disminuir la evitación, sostener la actividad y reorganizar sus respuestas frente a situaciones que previamente generaban evitación o elevada activación emocional (Morosi, 2021; Mendez & Capurro, 2020; De Grandis et al., 2019).

En esta línea, los registros permiten advertir variaciones en la conducta observable a lo largo del tiempo. Así, en un registro correspondiente a Enzo (30-07-2025), se consigna que durante la actividad de construcción de bloques persistió en el armado tras la caída de la torre logrando modular la intensidad de la emoción y continuar el juego, a diferencia de encuentros anteriores en los que esta situación había generado interrupción o rechazo.

A partir de estos aportes, el juego puede pensarse como una experiencia que incide en la regulación emocional al intervenir sobre distintos niveles implicados en la respuesta afectiva. En primer lugar, puede favorecer modificaciones en la conducta observable, promoviendo la aproximación en lugar de la evitación, en la medida que habilita la participación activa del niño en un contexto previsible y controlable (Villaró Tió, 2014). Un ejemplo de ello se observa en el caso de Luz, cuando durante la actividad lúdica, colocó vendas y curitas a un muñeco mientras relataba que “*estaba enfermo y tenía que quedarse en el hospital*”, recreando escenas vinculadas a su propia experiencia de internación (Registro de práctica, 10-09-2025). Asimismo, al permitir la representación y elaboración simbólica de situaciones que generan tensión, el juego contribuye a reorganizar los significados asociados a determinadas experiencias (Pitillas Salva, 2012; Villaró Tió, 2014). Finalmente, en tanto ofrece un encuadre seguro que disminuye la incertidumbre y favorece la expresión gradual del malestar, puede colaborar en la modulación de la activación emocional (De Grandis et al., 2019).

Esto se evidencia en los registros correspondientes a Mateo. En los primeros encuentros se consigna que rechazaba la invitación al juego, manteniéndose distante y evitando el contacto visual; posteriormente comenzó a responder con expresiones como “puede ser”, sosteniendo intercambios verbales breves sin implicarse activamente en la propuesta. En registros posteriores, la implicación se consolidó, observándose aceptación inmediata de la propuesta, participación sostenida durante la actividad e invitación activa a las practicantes a compartir el juego (Registros de práctica 30-07-2025; 29-10-2025). Este pasaje desde la evitación inicial hacia una participación activa permite observar indicadores compatibles con una disminución del malestar y una mayor disposición frente a la situación.

En función del objetivo de explorar el rol del juego como herramienta de regulación emocional, resulta pertinente señalar que no se lo concibe como una técnica específica en sí misma, sino como un dispositivo mediador a través del cual pueden implementarse diversas estrategias terapéuticas. Intervenciones como la psicoeducación, la exposición, la activación conductual o el cambio de foco atencional pueden operacionalizarse en formato lúdico, adquiriendo una modalidad acorde al desarrollo evolutivo de los niños hospitalizados (Beck, 2000; Salvetti & Artstein, 2014.). De este modo, el análisis de los registros permite identificar cómo dichas intervenciones contribuyen a la regulación emocional en el contexto de enfermedad oncológica.

8.2.3.1 NOMBRAR PARA ENTENDER: LA PSICOEDUCACIÓN EN FORMATO LÚDICO

La psicoeducación constituye una estrategia orientada a facilitar la identificación, comprensión y diferenciación de estados emocionales, así como el reconocimiento de los vínculos entre situaciones, pensamientos y respuestas conductuales (Friedberg & McClure,

2015). En población infantil, este trabajo requiere modalidades concretas y experienciales que permitan traducir dichos contenidos a formatos accesibles al desarrollo evolutivo.

En el contexto hospitalario oncológico, el juego ofrece un marco privilegiado para esta tarea, en tanto posibilita nombrar emociones, validar su aparición y modelar formas alternativas de afrontamiento en una situación contenida (Villaró Tió, 2014; Morosi, 2021). Esto se observa en un registro correspondiente a Enzo, donde ante el ingreso del equipo médico y la expresión de enojo y angustia, se le señala: “Esta bien que estés enojado, nosotras vamos a estar acá hasta que se te pase” (Registro de práctica, 24-09-2025). En esta intervención no sólo se legitima el estado afectivo, sino que se lo delimita y se introduce la idea de transitoriedad, facilitando una reorganización de la respuesta conductual posterior, observable en la disminución progresiva de la resistencia física (dejar de hacerse un bollo y oponerse activamente) y en la posibilidad de retomar la actividad lúdica sin desorganización conductual, lo que permitió continuar con el juego de manera sostenida (Registro de práctica, 24-09-2025).

De modo complementario, en el caso de Mateo se registra un intercambio en el que presenta un peluche al que denomina “anti-estrés” y refiere que lo aprieta “frente a las intervenciones y dolores” (Registro de práctica, 29-10-2025). En este diálogo se explicita el vínculo entre situación y estado afectivo, al tiempo que se reconoce una estrategia concreta para afrontarlo. Si bien no se trata de una explicación formal, el espacio de conversación al momento del espacio lúdico habilita la identificación del malestar asociado específicamente a procedimientos médicos, y su asociación con un recurso de manejo, promoviendo una mayor diferenciación emocional al distinguir el enojo o la angustia vinculados al dolor de otras experiencias afectivas presentes en el contexto hospitalario oncológico.

En ambos casos, el juego y el intercambio que se despliega en su interior funcionan como soporte para la clarificación afectiva y la construcción de significados más organizados frente a experiencias potencialmente desbordantes. En este marco, la psicoeducación en formato lúdico no se limita a la transmisión de información, sino que habilita la identificación de emociones, la comprensión de su carácter transitorio y el reconocimiento de recursos personales para afrontarlas. Tal como señala Morosi (2021), “la dimensión terapéutica del juego se asocia a la posibilidad de desarrollar estrategias de afrontamiento adaptativas en situaciones estresantes” (p. 189). Desde esta perspectiva, las intervenciones descritas pueden comprenderse como instancias psicoeducativas que, a través del juego, favorecen la

organización emocional y la construcción de respuestas más adaptativas frente a la experiencia médica.

8.2.3.2 JUGAR A LO QUE ASUSTA: EXPOSICIÓN MEDIADA POR EL JUEGO

Como se ha señalado previamente, la internación hospitalaria por patologías oncológicas suele implicar un contexto atravesado por altos niveles de incertidumbre, pérdida de control sobre el propio cuerpo y exposición a procedimientos médicos que resultan difíciles de anticipar o comprender para los niños. En este escenario, el juego adquiere un lugar privilegiado como medio de intervención, en tanto permite generar espacios de mayor previsibilidad y participación activa frente a experiencias que suelen vivirse de manera pasiva o amenazante (Morosi, 2021).

En este marco, el juego puede constituirse en una vía para operacionalizar estrategias propias del modelo cognitivo conductual, entre ellas la exposición. Desde este enfoque, la exposición implica la aproximación progresiva a estímulos, situaciones o recuerdos que generan malestar, con el objetivo de disminuir la evitación y favorecer nuevos aprendizajes. A diferencia de un enfrentamiento abrupto con aquello que genera temor, esta estrategia promueve un acercamiento gradual dentro de un contexto controlado, permitiendo que la activación emocional disminuya sin recurrir a conductas evitativas (Beck, 2000; Friedberg & McClure, 2015). Así, la exposición no se produce a través del relato abstracto de la situación temida, sino mediante su representación activa en la escena lúdica.

Un ejemplo de ello puede observarse en el caso de *Ciro*, quien en un encuentro posterior a intervenciones médicas dolorosas se involucró en un juego con una “valija de doctor”. En el registro del 23-07-2025 se consigna que el niño representa inyecciones, colocación de vías y curaciones, asumiendo un rol activo de médico y las practicantes de

pacientes. Este cambio de posición de paciente intervenido a agente que interviene, permitió aproximarse a la experiencia médica desde un lugar de mayor control conductual, posibilitando un posicionamiento más activo frente a estímulos previamente asociados a dolor o indefensión.

En términos observables, conductualmente se observa que, frente a antecedentes de enojo vinculados a procedimientos “le reventaron las venas”, según refiere el padre (Registro de práctica, 23-07-2025), el niño no evitó los elementos asociados al malestar, sino que los incorporó en la dinámica lúdica reesignificándolos. Esta aproximación progresiva en formato lúdico constituye un ejemplo de exposición mediada por el juego, en la medida que reduce la evitación y se amplía el repertorio de afrontamiento frente a estímulos previamente asociados a activación elevada (Beck, 2000), sin que se registran conductas de escape o interrupción de la escena representada.

Asimismo, en el caso de Enzo, se observa un movimiento similar cuando, en un encuentro del 25-08-2025, durante una actividad de dibujo centró su producción en la zona corporal donde se encontraba colocada la sonda (en la nariz). La representación gráfica de dicha área puede comprenderse como una forma de aproximación gradual a una experiencia corporal que previamente generaba rechazo, su madre comentó que la semana anterior habían intentado colocarle la sonda y el niño la rechazaba y se enojaba. En lugar de evitar el tema, el niño lo integra en la actividad, disminuyendo la distancia conductual respecto del estímulo asociado al malestar, lo que permite comprender el dibujo no solo como medio de expresión, sino también como una modalidad de exposición mediada que favorece nuevos aprendizajes emocionales. En este sentido, el recurso gráfico habilita un trabajo elaborativo, en tanto, como señala Morosi (2021) “el enriquecimiento es también cognitivo y simbólico: el niño puede dar sentido a lo producido y, en consecuencia, ampliar el conocimiento” (p. 196).

En ambos casos, el juego no elimina la situación estresante del contexto hospitalario oncológico; sin embargo, permite modificar la forma en la que el niño se posiciona frente a ella. Al favorecer la aproximación en un marco de seguridad, se observan cambios en la conducta (mayor implicación), en la activación (disminución progresiva del desborde) y en la disposición frente a situaciones similares en encuentros posteriores. Así, la exposición mediada por el juego, ya sea a través de la dramatización o del recurso gráfico, no sólo reduce la distancia conductual respecto del estímulo temido (Friedberg & McClure, 2015), sino que posibilita procesos de elaboración y resignificación, que permiten dar sentido a la

experiencia vivida (Morosi, 2021), integrandola dentro de un marco de mayor comprensión y control subjetivo.

8.2.3.3 HACER PARA PODER SENTIR: ACTIVACIÓN CONDUCTUAL EN EL ESPACIO LÚDICO

Dentro de las estrategias orientadas a modificar la experiencia emocional a través del comportamiento, la activación conductual se centra en incrementar la participación en actividades significativas, especialmente cuando predominan patrones de retraimiento, pasividad o evitación (Friedberg y McClure, 2015). Desde la perspectiva desarrollada por Beck (2000), intervenir sobre la conducta puede producir cambios en la vivencia afectiva, en tanto las acciones que el sujeto realiza inciden en la manera en que interpreta la situación y en la activación fisiológica asociada. En población infantil, la promoción de conductas de aproximación mediante el juego permite introducir experiencias de implicación activa en un contexto donde las oportunidades habituales de acción se encuentran limitadas tanto a nivel emocional como conductual, como ocurre en la internación oncológica (Morosi, 2021).

En los registros correspondientes a Mateo se observan variaciones en su implicación a lo largo del tiempo. En un encuentro se consigna una aceptación inmediata de la propuesta, participación sostenida durante la actividad e invitación activa a compartir el juego (Registro de práctica, 29-10-2025). La implicación no se limita a ejecutar la tarea, sino que incluye iniciativa y mantenimiento del intercambio hasta el cierre del espacio, lo cual puede comprenderse como un aumento en la aproximación conductual frente a la situación lúdica.

Sin embargo, en un registro posterior se describe una menor implicación inicial, con escaso interés por el juego propuesto, alternancia entre la actividad del celular y solicitud de

cambiar la dinámica (Registro de práctica, 19-11-2025). El desgano y la baja iniciativa allí observados pueden comprenderse como expresiones conductuales de retraimiento frente a la prolongación en el contexto hospitalario, configurando un patrón sobre el cual la activación conductual busca intervenir promoviendo mayor implicación y participación. Esta oscilación puede comprenderse en el marco de una internación prolongada, donde el desgaste emocional y la reiteración de experiencias estresantes inciden en la motivación y en la disponibilidad para sostener la actividad (Mendez & Capurro, 2020; Massera & Farberman, 2021).

Frente a estas fluctuaciones, desde el equipo se buscaron alternativas que capturarán su interés, retomando temáticas significativas y favoreciendo un mayor protagonismo en la escena lúdica, en consonancia con intervenciones que promueven el incremento gradual de conductas activas como vía para modificar la experiencia afectiva (Beck, 2000; Friedberg & McClure, 2015). En este sentido, el juego funciona como medio a través del cual se operacionaliza la activación conductual, posibilitando ampliar el repertorio de respuestas frente al contexto hospitalario (Morosi, 2021). En este marco, la psicóloga del equipo de onco-hematología pediátrica expresó: “todos estos espacios (...) hacen que Mateo esté menos angustiado, menos enojado, que pueda sostener mejor la internación y la motivación”, señalando el impacto que estos movimientos conductuales dentro del espacio de juego tienen en su experiencia hospitalaria (Registro de práctica, 30-10-2025).

En este recorrido puede observarse que la participación activa no se presenta como un rasgo estable, sino como un proceso que requiere sostén y adecuación constante. Desde esta perspectiva, la activación conductual no implica simplemente “hacer algo”, sino favorecer conductas de mayor implicación interpersonal y situacional, interrumpiendo patrones de retraimiento y ampliando formas posibles de posicionarse frente a la experiencia de internación (Beck, 2000; Friedberg & McClure, 2015).

8.2.3.4 MOVER EL ZOOM PARA CAMBIAR LA ESCENA: EL CAMBIO DEL FOCO ATENCIONAL EN EL ESPACIO LÚDICO

El cambio de foco atencional constituye una estrategia orientada a desplazar la atención cuando esta se encuentra rígidamente centrada en estímulos que incrementan el malestar. Desde el enfoque cognitivo, la atención selectiva hacia señales asociadas a dolor, amenaza o preocupación puede intensificar la activación emocional; por ello, promover su desplazamiento hacia estímulos alternativos favorece una disminución progresiva de la activación y una reorganización de la experiencia subjetiva (Beck, 2000). En población infantil, esta intervención adquiere una modalidad concreta, ya que el trabajo atencional no se realiza mediante instrucciones, sino a través de actividades que capturen el interés del niño y amplíen su campo perceptivo (Friedberg & McClure, 2015; Gomar et al., 2016).

En el contexto hospitalario oncológico, donde la anticipación de procedimientos y el malestar físico pueden monopolizar la atención del niño, el juego ofrece una vía privilegiada para introducir este desplazamiento. Tal como señala Morosi (2021), el juego en oncología pediátrica permite generar espacios de distracción activa que disminuyen transitoriamente la focalización exclusiva en el malestar físico, favoreciendo una mayor tolerancia a la situación hospitalaria.

Esto puede observarse en el caso de Teo. En un registro del 20-08-2025 se consigna que, en momentos de gran exaltación motriz, el niño golpea su cabeza contra el suelo y muerde sus manos, conductas que denotan una activación elevada. En el transcurso del encuentro, al introducir materiales lúdicos estructurados y proponer una dinámica que organizara la acción, encastrar aros y hacer rodar un auto, se registró una canalización progresiva de dicha activación hacia el juego compartido, disminuyendo conductas de autoagresión y sosteniendo la actividad con disfrute (Registro de práctica, 20-08-2025).

En este caso, el desplazamiento de la atención desde la activación corporal desorganizada hacia una tarea concreta y compartida permitió reorganizar la conducta y disminuir la intensidad de la respuesta motriz, evidenciando el efecto modulador del cambio de foco atencional implementado en el formato lúdico (Friedberg & McClure, 2015).

Un movimiento similar puede identificarse en Enzo. En un encuentro del 21-07-2025 se lo describe observando el celular y respondiendo con palabras sueltas, con una implicación

parcial en la propuesta de carrera de autos. A medida que se sostuvo la dinámica, comenzó a involucrarse progresivamente en la actividad, centrando su atención en el juego y participando de manera más activa (Registro de práctica, 21-07-2025). Este desplazamiento atencional desde el dispositivo electrónico hacia la escena lúdica compartida permitió una mayor organización y una disminución del retraimiento inicial.

De manera complementaria, en el caso de Luz también se observa un desplazamiento del foco atencional desde la preocupación corporal hacia la actividad lúdica. En un encuentro del 10-09-2025 se consigna que mantenía una mano sostenida sobre la zona del pecho donde se encontraba colocado el catéter, consultando reiteradamente a su madre y mostrando una atención constante dirigida al dispositivo. Al introducir la propuesta de pintura con témperas y pinceles, comenzó a implicarse progresivamente en la producción gráfica, sosteniendo la tarea durante el encuentro. Si bien el registro corporal no desaparece por completo, el foco principal deja de centrarse exclusivamente en la sensación asociada al catéter para orientarse hacia la actividad, ampliando el campo atencional disponible (Registro de práctica, 10-09-2025).

En estos casos, el juego no elimina el estímulo generador de malestar presente en el contexto hospitalario oncológico; sin embargo, introduce un objeto atencional alternativo que compite con los estímulos asociados a la activación elevada. Desde esta perspectiva, el cambio de foco atencional no se reduce a “distraer”, sino que implica redirigir activamente la atención hacia una tarea que favorece la regulación conductual y la disminución progresiva de la activación (Gomar et al., 2016; Friedberg & McClure, 2015).

De este modo, el juego no solo opera como organizador de la atención, sino como un mediador regulatorio que posibilita la reorganización conductual y emocional del niño en un contexto caracterizado por la elevada carga de estímulos amenazantes.

9. CONCLUSIONES

A partir del proceso sostenido de inserción en la institución y del recorrido realizado a lo largo de las prácticas profesionales, fue posible arribar a una comprensión más profunda del lugar que ocupa el juego en la experiencia de los niños hospitalizados por enfermedades oncológicas. Este trabajo Integrador Final no sólo permitió articular teoría con práctica, sino también habitar, desde un rol clínico, un espacio donde el juego se convierte en algo más que una actividad: se vuelve un modo de estar, de vincularse y de sostenerse en medio de la enfermedad.

En relación con el primer objetivo, se pudo describir como el dispositivo ludoteca móvil funciona como un encuadre clínico flexible y situado. Lejos de tratarse de una propuesta recreativa descontextualizada, el espacio de juego se organiza en función del estado físico, emocional y evolutivo de cada niño. Cada ingreso a la habitación implicó leer la escena: anticipar el tiempo de encuentro, ajustar la propuesta, respetar silencios, sostener rechazos y habilitar aproximaciones progresivas. El dispositivo mostró así su capacidad de adaptarse sin perder su estructura, ofreciendo un marco previsible dentro de un contexto atravesado por la incertidumbre.

En cuanto al segundo objetivo, el análisis permitió identificar que las emociones que predominan durante la internación: miedo, enojo, tristeza y ansiedad, se encuentran estrechamente ligadas a la experiencia de un cuerpo intervenido, a la pérdida de control y a la ruptura de la vida cotidiana. Estas emociones no siempre se expresan con palabras; muchas veces aparecen en llanto, berrinche, en el retraimiento, en la resistencia o en la hiperactivación. Reconocerlas desde un abordaje clínico comprensivo e integral permitió comprender que detrás de cada conducta había una vivencia que necesitaba ser alojada y respetada.

El tercer objetivo permitió explorar de qué manera el juego puede incidir en la regulación emocional. Desde el modelo utilizado, se pudo comprender que el espacio lúdico puede operar como mediador entre la experiencia médica y la vivencia subjetiva del niño. A través del juego, fue posible observar movimientos de aproximación allí donde inicialmente había evitación, reorganización de significados frente a experiencias dolorosas y momentos de disminución de la activación emocional en escenas previamente desbordantes. Más que “distrar”, el juego ofreció un escenario donde el niño pudo asumir una posición activa, simbolizar aquello que lo inquietaba y experimentar instancias de control en un contexto donde casi todo le es impuesto.

Sin embargo, más allá del análisis técnico, la experiencia permitió advertir algo fundamental: incluso en medio de procedimientos invasivos, esperas prolongadas y diagnósticos complejos, el juego sigue apareciendo. A veces con entusiasmo; otras, con timidez. A veces sostenido durante todo el encuentro; otras, interrumpido por el cansancio o el malestar físico. Pero aparece, y en ese aparecer abre una posibilidad distinta dentro de la internación: la de seguir siendo niño.

El dispositivo ludoteca demostró ser un espacio que humaniza la experiencia hospitalaria. No elimina el dolor ni modifica el curso del tratamiento, pero introduce momentos de encuentro, risa, creatividad y sentido. Permite que, por un instante, el hospital deje de ser únicamente un lugar de intervenciones médicas para convertirse también en un escenario donde se juega, se imagina y se comparte.

Al mismo tiempo, el recorrido realizado invita a continuar fortaleciendo y profundizando algunos aspectos del dispositivo que ya forman parte de su funcionamiento. En este sentido, podría potenciarse aún más la anticipación del estado físico y emocional del niño antes del ingreso al espacio, así como seguir consolidando la articulación interdisciplinaria con el equipo tratante para enriquecer la lectura clínica. Asimismo, resulta valioso sostener y ampliar los espacios de supervisión y acompañamiento para quienes integran el dispositivo, reconociendo que el trabajo en contextos de alta vulnerabilidad requiere cuidado y reflexión permanente.

Finalmente, esta experiencia reafirma que el juego no es un accesorio dentro del ámbito hospitalario, sino un derecho y una necesidad. Aun en situaciones de enfermedad grave, el niño no deja de ser un niño. El espacio lúdico permite que esa dimensión permanezca viva, ofreciendo no solo regulación emocional, sino también dignidad, agencia y posibilidad de encuentro.

En definitiva, este trabajo permitió comprender que, dentro del hospital, el juego no cura la enfermedad, pero sí transforma la manera en que el niño la atraviesa. Y en esa transformación, radica su potencia más profunda.

“Jugar para un niño es la posibilidad de recortar un trocito de mundo y manipularlo para entenderlo, solo o acompañado, sabiendo que donde no puede llegar lo puede inventar.”

(Francesco Tonucci)

10. REFERENCIAS

- Barnechea García, M. M., & Morgan Tirado, M. de la L. (2010). *La sistematización de experiencias: producción de conocimientos desde y para la práctica*. Tendencias y Retos, (15), 97-107.
- Becerra-García, A. M., Madalena, A. C., Estanislau, C., Rodríguez-Rico, J. L., Dias, H., Bassi, A., Chagas-Bloes, D. A., & Morato, S. (2007). Ansiedad y miedo: su valor adaptativo y maladaptaciones. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(1), 75–81.
- Beck, J. S. (2000). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Gedisa.
- Buendía, J. (1999). Aproximación al desarrollo histórico y conceptual de la psicología clínica. En J. Buendía (Ed.), *Psicología Clínica: Perspectivas Actuales* (pp. 7-15). Pirámide.
- Capella, C., & Mendoza, M. (2011). Regulación emocional en niños y adolescentes: Nociones evolutivas y clínica psicopatológica. *Revista de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia*, 22(2), 155-168.
- Casa Ronald McDonald Argentina. (s.f.). *Casas Ronald McDonald*. https://casaronald.org.ar/que_hacemos/casas-ronald-mcdonald/
- Chóliz Montañés, M. (2005). *Psicología de la emoción: el proceso emocional*. Universidad de Valencia. <https://www.uv.es/=cholz/Proceso%20emocional.pdf>
- Cognitive Behavioral Therapy [CBPT]. (s. f.-a). *Qué es la terapia de juego cognitivo-conductual*. <https://cbpt.org/es/que-es-la-terapia-de-juego-cognitivo-conductual/>
- Cognitive Behavioral Therapy [CBPT]. (s. f.-b) *Terapia de juego cognitivo-conductual*. <https://cbpt.org/es/terapia-de-juego-cognitivo-conductual/>
- Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba. (2016). *Código de Ética*. Córdoba, Argentina. <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/html/16684.html>
- Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba. (2016). *Constitución del colegio de psicólogos de la provincia de Córdoba*.

<https://cppc.org.ar/wpcontent/uploads/2022/05/CODIGO-DE-E%CC%81TICA-2016.pdf>

Congreso de la Nación Argentina. (1985). *Ley 23.277. Ejercicio profesional de la Psicología*. Boletín Oficial de la República Argentina. <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/20000-24999/20059/norma.htm>

Congreso de la Nación Argentina (2005). *Ley 26.061. Protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes*. Boletín Oficial de la República Argentina. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_de_proteccion_integral_0.pdf

Congreso de la Nación Argentina. (2009). *Ley 26.529. Derechos del paciente en su relación con profesionales e instituciones de la salud*. Boletín Oficial de la República Argentina. <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>

Congreso de la Nación Argentina. (2010). *Ley 26.657. Derecho a la protección de la salud mental*. Boletín Oficial de la República Argentina. <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

Córdoba. Legislatura de la Provincia. (1984, 13 de septiembre). *Ley N° 7106. Ejercicio profesional de la psicología*. SAIJ. <https://www.saij.gob.ar/7106-local-cordoba-ejercicio-profesional-psicologia-lpo0007106-1984-09-13/123456789-0abc-defg-601-7000ovorpyel>

De Grandis, C., Gago-Galvagno, L. G., Clerici, G. D., & Elgier, Á. M. (2019). *El desarrollo de la autorregulación en la infancia temprana y sus factores moduladores*. *Investigaciones en Psicología*, 24(1), 68-77.

Del Cañizo, M. M. (2017). *Manejo del dolor a través de terapia de juego: revisión sistemática*. *TOG (A coruña)*, 14(25), 195-206. <http://www.revistatog.com/num25/pdfs/revision2.pdf>

Federación de Psicólogos de la República Argentina (FePRA). (2013). *Código de Ética*. Buenos Aires. Argentina.

<https://fepra.org.ar/wp-content/uploads/2021/06/Codigo-de-Etica-de-la-FePRA.pdf>

Federación de Psicólogos de la República Argentina (FePRA). (2020). *Pautas de orientación para la atención psicológica a distancia*
<https://www.cppm.org.ar/wp-content/uploads/2020/03/PAUTAS-DE-ORIENTACION-PARA-LA-ATENCION-PSICOLGICA-A-DISTANCIA.pdf>

Federación de Psicólogos de la República Argentina (FePRA). (2024). *Leyes relevantes*.
<https://fepra.org.ar/leyes-relevantes/>

Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA). (2003). Psicología clínica y psiquiatría. Papeles de psicólogos, 24 (85), 1-10.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77824828004>

Friedberg, R. D., & McClure, J. M. (2015). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes: Conceptos esenciales*. Paidós.

Gagliesi, P., Lardani, A., & Salgueiro, M. del C. (2005). Selección sistemática de tratamiento: un modelo de psicoterapia basada en la evidencia. Antecedentes y desarrollo de un programa de validación en la Argentina. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 16, 251-259.

Giachero, A., Salde, P., & Wannaz, M. (s. f.). *La ludoteca del hospital: espacio de encuentro saludable en la internación de un niño*. Hospital de Niños de la Santísima Trinidad-Servicio de Salud Mental. Jornadas APCVC.

Gobierno de la Provincia de Córdoba. (2014, 19 de Julio) *Escuela Hospitalaria: la educación como motor de esperanza*.
<https://prensa.cba.gov.ar/informacion-general/escuela-hospitalaria-la-educacion-como-motor-de-esperanza/>

Gomar, M., Mandil, J., & Bunge, E. (2016). *Manual de terapia cognitiva comportamental con niños y adolescentes*. (2.^a ed). Librería Akadia Editorial.

- González, R., & Parra-Bolaños, N. (2024). Neurociencia de las emociones: revisión actualizada. *Ciencia Latina Revista científica Multidisciplinar*, 8(2), 4527-4557. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i2.10875
- Guber, R. (2001). El registro de campo: primer análisis de datos. En *El salvaje metropolitano: Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo* (Cap. 12, pp. 251-271). Paidós.
- Guber, R. (2011). *La etnografía: método, campo y reflexividad. La observación participante*. Siglo Veintiuno.
- Haz, A. M., Diaz, D., y Raglianti, M. (2002). Un desafío vigente para el psicólogo clínico: El entendimiento de estrategias de intervención integrales para abordar problemas de riesgo psicosocial. *Terapia Psicológica*, 20 (1), 23-28. <https://bit.ly/3XBSNu8>
- Jara, O. (s.f.). *Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias*. Centro de Estudios y Publicaciones Alforja.
- Jara, O. (2011). *La sistematización de experiencias: Aspectos teóricos y metodológicos* [Entrevista]. *Matinal: Revista de investigación y Pedagogía*, 4-5, 67 - 74.
- Lagache, D. (1982). *Psicología clínica y método clínico (1949)*. En *Obras III (1947-1949)* (pp. 141-156). Paidós.
- La Voz. (2023, 22 de mayo). *El Hospital de Niños de Córdoba cumple 110 años: un repaso por su historia*. La Voz del Interior. <https://www.lavoz.com.ar/viral/el-hospital-de-ninos-de-cordoba-cumple-110-anos-un-repaso-por-su-historia/>
- Massera, G., & Farberman, D. (2021). *Desafíos emocionales del paciente pediátrico con enfermedad oncológica. Trauma, afrontamiento y resiliencia*. En M. R. López (Coord.), *Manual de Psicooncología Pediátrica* (Cap. 3). Instituto Nacional del Cáncer.
- Méndez, T., & Capurro, M. (2020). *Frente al diagnóstico: Guía para padres de niños y adolescentes con enfermedades oncológicas*. Fundación Natalí Dafne Flexer.

- Mightier. (s.f.) *How play-based cognitive behavioral therapy promotes engagement and deeper learning.*
<https://www.mightier.com/es/resources/how-play-based-cognitive-behavioral-therapy-promotes-engagement-and-deeper-learning/>
- Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. (s. f.) *Hospitales y centros de salud.* Recuperado el 9 de agosto de 2025, de <https://ministeriodesalud.cba.gov.ar/hospitales-y-centros-de-salud/>
- Morán Martín, M. (2018). *El juego como herramienta terapéutica para el tratamiento del dolor en paciente pediátrico* [Trabajo de grado, Universidad de Valladolid].
- Moreno, F. (2021). *El cáncer infantil en la Argentina.* En *Manual de Psicooncología Pediátrica* (pp. 10-11). Instituto Nacional del Cáncer.
- Morosi, M. (2021). *El juego terapéutico como herramienta de intervención en la asistencia integral en Oncología Pediátrica. Aportes desde la psicooncología.* En *Manual de Psicooncología Pediátrica* (Cap. 11). Hospital de Niños de la Santísima Trinidad.
- Martínez-Monteagudo, M. C., Inglés, C. J., Cano-Vindel, A., & García-Fernández, J. M. (2012). Estado actual de la investigación sobre la teoría tridimensional de la ansiedad de Lang. *Ansiedad y Estrés*, 18(2-3), 201-219.
- Pitillas Salvá, C. (2012). Ayudar al niño con cáncer en lo que necesita: Cuatro usos posibles de la terapia de juego en el campo de la psicooncología pediátrica. *Clínica Contemporánea*, 3(2), 147-161.
<https://www.revistaclinicacontemporanea.org/art/cc2012a10>
- Rosas Bejarano, K. J. (2019). *Terapia de juego como técnica psicoterapéutica del enfoque cognitivo-conductual* [Trabajo de grado, Universidad Católica de Pereira]. Repositorio Institucional UCP.
<https://repositorio.ucp.edu.co/bitstreams/d0a18dfc-40a9-45d7-9c45-9d3ba0db6245/download>
- Saforcada, E. (2008). La Psicología en Argentina: desarrollo disciplinar y realidad nacional. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 42(3), 462-471. <https://www.redalyc.org/pdf/284/28442305.pdf>

- Secretaria Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia [SENAF]. (2022). *Juego y crianza* (Área de Capacitación y Contenidos, Programa Nacional Primeros Años). Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.
- Salveti, M., & Artstein, M. (2014). *Clasificación de Trastornos Ansiosos: Definición, fundamento cognitivo y técnicas de intervención*. [Ficha de cátedra]. Universidad Católica de Córdoba.
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 11-14. <https://biblat.unam.mx/hevila/Archivosdemedicinainterna/2011/vol33/no1/3.pdf>
- Vigotsky, L. S. (1982). *El papel del juego en el desarrollo del niño* (Cap. 7). En *Los procesos psicológicos superiores* (pp. 141-158). Grijalbo. (Trabajo original publicado en 1933).
- Vilaró, Tió, A. (2014). El desarrollo emocional a través del juego [Trabajo final de grado, Universidad de Vic-Universidad Central de Cataluña]. *Repositorio Digital de la Universidad de Vic*.
- Villanueva, S. (2009). *Sala de juegos Terapéutica. Algunas características del niño enfermo*. *Revista del Hospital de Niños de Buenos Aires*, 51(234), 215-217.

ANEXO

Tabla 2. INDICADORES UTILIZADOS PARA LA SISTEMATIZACIÓN

Características evolutivas	Edad y etapa evolutiva. Recursos cognitivos, simbólicos y comunicativos disponibles.
Condiciones de internación y tratamiento	Tipo y frecuencia de internación. Procedimientos médicos asociados. Impacto físico y limitaciones corporales.
Disponibilidad frente al encuentro lúdico	Apertura al vínculo. Evitación. Irritabilidad. Fatiga. Nivel de activación. Iniciativa o retraimiento frente a la propuesta.
Emociones predominantes	Indicadores conductuales y verbales de estados emocionales (miedo, enojo, tristeza, ansiedad, alegría, etc.). Modalidad de expresión (verbal, corporal, lúdica).
Modalidad y dinámica del juego	Tipo de juego predominante. Organización de la secuencia (Inicio-desarrollo-cierre).

	Tolerancia a la frustración. Posicionamiento frente a reglas y límites.
Función del juego	Variaciones en la activación emocional antes, durante y después del encuentro. Aproximación vs evitación. Reorganización conductual y de los significados.
Respuesta al dispositivo ludoteca	Adherencia al espacio. Continuidad en los encuentros. Capacidad de sostener la actividad. Evolución del vínculo y modalidad de cierre.



