



Repositorio Digital Institucional  
"José María Rosa"

Universidad Nacional de Lanús  
Secretaría Académica  
Dirección de Biblioteca y Servicios de Información Documental

Ezequiel Adrián Villanueva  
[ezequiel.villanueva@hotmail.com](mailto:ezequiel.villanueva@hotmail.com)

### Juego y hemodialis: descripción y análisis de una experiencia

Trabajo Final Integrador presentado para la obtención del título de Licenciatura en Trabajo Social del Departamento de Salud Comunitaria

**Tutor**

Nadia Mariel Sánchez

El presente documento integra el Repositorio Digital Institucional "José María Rosa" de la Biblioteca "Rodolfo Puiggrós" de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa).  
This document is part of the Institutional Digital Repository "José María Rosa" of the Library "Rodolfo Puiggrós" of the University National of Lanús (UNLa).

**Cita sugerida**

Villanueva, E. A. (2018). *Juego y hemodialis: descripción y análisis de una experiencia* (Trabajo Final Integrador) Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Salud comunitaria.

Disponible en:

[http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/download/TFI/LicTS/Villanueva\\_E\\_Juego\\_2018.pdf](http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/download/TFI/LicTS/Villanueva_E_Juego_2018.pdf)

**Condiciones de uso**

[www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso](http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso)



[www.unla.edu.ar](http://www.unla.edu.ar)  
[www.repositoriojmr.unla.edu.ar](http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar)  
[repositoriojmr@unla.edu.ar](mailto:repositoriojmr@unla.edu.ar)



Universidad Nacional de Lanús  
Departamento de Salud Comunitaria  
Licenciatura en Trabajo Social

*“Juego y Hemodiálisis: descripción y análisis  
de una experiencia”*

Ezequiel Adrián Villanueva  
35156096

DNI:

E-mail: [ezequiel.villanueva@hotmail.com](mailto:ezequiel.villanueva@hotmail.com)

Tutora: Nadia Mariel Sánchez

Remedios de Escalada, 10 de Abril de 2018.

# Índice

## **Agradecimientos. 3**

## **Introducción. 4**

### **1. Capítulo 1. 9**

1.1 ¿Por qué el juego?. 9

1.2 Juego como dispositivo de intervención social. 13

1.3 Juego y Salud: promoción y prevención. 16

### **2. Capítulo 2. 18**

2.1 Insuficiencia renal crónica. 18

2.2 El sujeto en tratamiento. 21

2.3 Comunicando (nos): un proceso vital e inherente al ser social. 22

2.4 Participar para potenciar. 28

### **3. Capítulo 3. 31**

3.1 Abriendo el juego: Breve presentación de la institución y su dinámica organizacional. 31

3.2 El movimiento es salud desde la visión de los actores involucrados. 34

3.3 Jugando en sala: comunicación y participación durante las actividades. 39

3.3.1 El juego de comunicarse. 44

3.3.2 ¿Qué dicen los que no juegan? 45

3.4 Jugando con el equipo profesional. 46

## **4. Conclusión. 49**

4.1 Homo Ludens. 49

## **5. Bibliografía. 53**

## Agradecimientos

A mi familia, por el acompañamiento y apoyo. En tiempos difíciles mi estrella polar.

A Pedro, mi sobrino, que llegará en breve.

A mis amigos y amigas de Calzada por manifestar interés en el proceso, a pesar de no entender aún qué rol cumplimos en la sociedad.

A mi tutora, Nadia Sánchez, presente en todo momento alentándome y brindándome enriquecedoras sugerencias para poder terminar este trabajo. Por la paciencia ante mis reiterativas catarsis y pérdida de confianza crónica.

A Ludmila y Melina, por el acompañamiento en toda la carrera aguantando mi poca seriedad y responsabilidad académica aún en los momentos difíciles. No hubiera sido igual sin ustedes.

A la Lic. María Isabel Iglesias y todo el equipo de CETER quienes me recibieron muy amablemente en la clínica. Especialmente a Karin Quiroz Bianchi, por dejarme compartir el espacio de juego.

A Darío Figueroa y Lía Martínez, siempre presentes en mis días.

*“Me gusta pensar en toda esta gente que me enseñaron tantas cosas que yo nunca había imaginado antes. Y me enseñaron bien, muy bien cuando eso era tan necesario, me mostraron tantas cosas que nunca creí que fueran posibles. Todos esos amigos los llevo bien dentro de mi sangre, quienes cuando no había ninguna oportunidad me dieron una.”*

-Charles Bukowski

## Introducción

*“La creación de algo nuevo no se realiza con el intelecto sino con el instinto de juego, que actúa por necesidad interna. La mente creativa juega con el objeto que ama”  
(Carl Jung)*

Desde los primeros meses de vida, incorporamos un sinnúmero de actividades lúdicas que la sociedad se encarga de adormecer cuando ingresamos en esa etapa de la vida en que nos catalogamos como adultos. El ser humano reconoce en el juego una oportunidad para el ocio y el disfrute; sin embargo, en la mayoría de las situaciones, al crecer comenzamos a restarle importancia o creer que no nos resulta necesario. A medida que pasan los años jugamos cada vez menos.

Desde el ámbito académico, por mucho tiempo no se ha considerado al juego como un posible factor de conocimiento y/o como un dispositivo de abordaje de lo social. Afortunadamente, esto ha ido modificándose y diversas ciencias han realizado su aporte para comprender al juego, dotándolo de una fundamentación teórica a la práctica: la psicología, la filosofía, la historia, la sociología, entre otras. El hecho de reconocer al *homo ludens* como anterior al *homo sapiens* resalta la importancia del juego en el desarrollo humano. Acordaremos con Inés Moreno, en la idea de que cualquier intento de reducir al juego dentro de un campo específico del saber, un ámbito o un abordaje, no aportaría a la comprensión de este fenómeno (Moreno,2005).

Esta investigación se encuentra enmarcada dentro del Seminario de escritura del Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Trabajo Social de la Universidad Nacional de Lanús. Entendemos que *“En el marco de la Universidad, el Trabajo Final es, ante todo, la evidencia que indica que estamos en condiciones de producir nuevos conocimientos en un área determinada y de que podemos compartirlo con nuestros “pares” y*

*ponerlo a disposición de posibles lectores interesados en el tema.”*  
(Picotto y Castronovo, 2007: 5-6).

El trabajo social, frente al desafío intelectual teórico-crítico, de investigar la realidad -dinámica y compleja-, debe ser capaz de poder develar en la cotidianidad en la que se encuentra inmersa, las particularidades del ser social. A estos fines, la reconstrucción de la realidad en el plano del pensamiento, sus contradicciones, relaciones y determinaciones, representa un desafío para recuperar las especificidades que permitan un análisis de las situaciones.

Debido a la escasa producción académica respecto al papel del juego en los tratamientos de hemodiálisis en sujetos con insuficiencia renal, creemos en la necesidad de direccionar nuestro trabajo de investigación hacia esta temática. La recolección de datos respecto a las experiencias que existen actualmente resulta indispensable para la producción de nuevos conocimientos; representando un valioso aporte para futuros abordajes. Padecer una enfermedad crónica es un golpe para la sensación de seguridad, para la autoimagen, y exige enfrentarse a la idea de la propia vulnerabilidad y falta de control sobre determinados acontecimientos. En estos casos, el juego puede contribuir a la preparación de ciertas situaciones que la “nueva realidad” exige.

En relación a este problema, establecemos como hipótesis que las actividades lúdicas en sala que buscan promover el bienestar psico físico y emocional de los sujetos en tratamiento, a su vez facilitan la creación y profundización de relaciones sociales entre pares y para con el equipo profesional, contribuyendo a la adherencia al tratamiento y al pleno desarrollo humano. Como objetivo general, nos proponemos describir los procesos de aplicación de prácticas lúdicas en sujetos en situación de hemodiálisis en el Centro de Estudios y Tratamiento de Enfermedades Renales (CETER)<sup>1</sup> de DIAVERUM.

---

<sup>1</sup> A partir de ahora CETER.

Acorde con éste, se plantearon los siguientes objetivos específicos: - Identificar los niveles de participación y comunicación en los sujetos en tratamiento durante las prácticas lúdicas implementadas en el tratamiento según la visión del equipo profesional del centro de diálisis "CETER" de DIAVERUM. - Analizar las trayectorias en experiencias previas del equipo profesional en prácticas lúdicas del centro de diálisis "CETER" de DIAVERUM. - Indagar la percepción que los sujetos en situación de hemodiálisis tienen de las prácticas lúdicas que realizan durante el tratamiento en el centro de diálisis "CETER" de DIAVERUM.

Por último, se expone el recorrido que tendrá este trabajo. En el primer capítulo desarrollaremos la concepción de juego como un término clave en nuestra investigación. Expondremos diferentes autores que han construido la noción del juego partiendo de considerarlo como una actividad únicamente asociada al niño, vinculada con la recreación y el reposo, y como opuesto a la seriedad, generalmente representada por el trabajo, actividad clave para el desarrollo del ser humano. Nos permitimos presentar estas concepciones enmarcándolas en un binomio "juego/seriedad" y como éste irá mutando, en nuestra opinión de forma superadora, para ser visto como una expresión de libertad. También abordaremos el análisis realizado por Fernando Rabenko, el cual parte de dividir la producción académica acerca de lo lúdico en tres corrientes: la natural, la develadora y la conservadora. Para finalizar señalaremos las potencialidades del juego como dispositivo de intervención en lo social y, concretamente, en la promoción de la salud.

En el segundo capítulo se realizará un breve recorrido de los principales conceptos e ideas que se utilizarán en esta investigación; proponiendo la vinculación de un conjunto heterogéneo de ideas y conceptos provenientes de diferentes disciplinas. Desde esta perspectiva, entendemos que la trama conceptual que se pondrá en juego en este capítulo, y a lo largo del trabajo, se verá íntimamente relacionada en la experiencia en el centro de diálisis "CETER". Saber de qué hablamos



cuando nos referimos a insuficiencia renal crónica es el primer paso para transitar esta investigación. Apelaremos a las ciencias médicas para explicar esta enfermedad crónica que, debido a la transición epidemiológica y demográfica de las últimas décadas, especialmente en el crecimiento de la población de sujetos mayores de 60 años, ha ido aumentando considerablemente.

De igual manera, explicitar desde dónde posicionamos para abordar a la persona en tratamiento. En ese marco, partimos de entender al sujeto que posee IRC no sólo como un *riñón enfermo* sino como un sujeto con historia, proyectos y entramado de vínculos que hay que buscar y traerlos nuevamente para que pueda sostenerse desde allí. Luego, hablaremos de la comunicación como un proceso complejo en donde no sólo se debe tener en cuenta el vínculo emisor/receptor sino también el contexto que los rodea: ¿La comunicación no es un proceso más complejo que un “simple” feedback de palabras entre un sujeto y otro?, ¿Acaso no deberíamos considerar la transmisión de sentimientos e ideas de forma verbal, pero también no-verbal?. Este apartado pretende contribuir a complejizar un término que utilizamos diariamente y el que, según nuestra opinión, amerita una problematización más profunda.

En la misma línea ubicamos al concepto de participación, partiendo de un sujeto activo que logre experimentar su propio poder, sus posibilidades de acción y su capacidad de decisión. Otorgándole un enfoque relacional involucramos al individuo dentro de un colectivo, alejándolo de la individualización y atomización que posibilite una construcción de su subjetividad no centrada en lo privado. En la misma línea, abordaremos diferentes formas en las que podemos analizar la participación: por un lado, como un proceso favorable a la promoción de la salud del sujeto; por otro, a partir de los tres ejes señalados por Hernández: *ser parte, tener parte y tomar parte*.

En el capítulo 3 realizaremos una breve presentación de la institución y su proyecto institucional *El movimiento en salud* dentro del cual se encuentran los principales lineamientos para la realización de las actividades lúdicas en sala. También, analizaremos la experiencia en el centro de diálisis describiendo el lugar y las condiciones que posibilitaron la experiencia analizando las entrevistas realizadas a los sujetos en tratamiento y al equipo profesional, intentando reflejar lo que representa para ellos el juego en el tratamiento.

Por último, realizaremos una conclusión intentando recoger las impresiones y sensaciones que surgieron a lo largo del proceso; como también una reflexión que pueda servir de aporte a la producción de futuras investigaciones sobre la temática.

## CAPITULO 1

*“Si ya estamos acostumbrados a jugar, debemos seguir jugando y encontrando tiempo libre. Si nunca jugamos, debemos empezar a hacerlo. En el mundo actual, el juego es una llave perdida. Abre la puerta a nuestra alma”*

*(Leonore Terr, en “El juego: por qué los adultos necesitan jugar”)*

### *¿Por qué el juego?*

A lo largo de los años, las investigaciones acerca del juego han ido modificando la visión que el mundo académico tiene de ellos. Antes de iniciar este capítulo, consideramos pertinente aclarar que aquí no se pretende realizar una cronología de cómo ha ido cambiando el enfoque sobre la temática, sino dejar en evidencia que reconocemos un proceso que ha arrojado como producto un abordaje heterogéneo acerca de la misma. Algunas de las citas de los autores antes mencionados datan de alrededor de principio y mediados de siglo XX; en donde el juego es presentado dentro de un binomio “juego/seriedad” del que vamos a poder advertir que el primer término refiere a los momentos libres, en donde el individuo no está trabajando; mientras que el segundo alude directamente al trabajo: momento que el hombre *debe* asumir para lograr su desarrollo. Este binomio ha sido el eje de numerosas investigaciones hasta nuestros días. Luigi Volcicelli (1969), pedagogo italiano, señalará que el juego es una actividad incondicionada y vale por el placer que procura, puede comenzar y finalizar cuando se desee, ser retomado y abandonado, y está más allá del deber; mientras que lo que lo diferencia al trabajo es el deber que lo inspira. El profesor de educación Percy Nunn (1953), en su postura frente al tema, va a sostener que el sujeto concibe una actividad como juego porque la puede iniciar o abandonar a su elección; mientras

que el segundo es impuesto como una necesidad inevitable. A diferencia de estos dos últimos, Johann Friedrich Herbart, filósofo alemán, propone el siguiente ejemplo: *“Si yo soy cirujano y siento pasión por mi arte, no se podrán reconocer exteriormente las cualidades que se sienten como propias al juego (...), si yo soy, además de un hábil cirujano, un hombre probo que no está dispuesto a jugar de ninguno modo en el ejercicio de mi profesión. En efecto, pensaré siempre en mi actividad profesional como trabajo, es decir, como deber, a pesar de estar en grado de ejercitarla sin ninguna dificultad”* (Herbart, 1939: 174). El autor nos invita a pensar que quizá los límites de este binomio “juego/seriedad” no son tan rígidos como lo han plasmado autores anteriores; como tampoco lo es la idea que está impuesta en el imaginario social: el juego es estrictamente un asunto del niño y el adulto no *debe* jugar, sino dedicarse al trabajo.

En 1958, una investigadora de la vida infantil ha sostenido que el juego, así como se desarrolla, es más bien la creación del adulto que del niño (Dore, 1958). El adulto se ha reservado el derecho de formar y re-formar como quiere los “instrumentos” (juguetes, por ejemplo) y convertirse en un regulador de dicha actividad. Es así como el juguete queda provisto de una razón: el reducir la actividad infantil, eliminando los riesgos que implicaría si ésta se desarrollaría al aire libre. Varios autores admitirán que se permite el juego porque es necesario el reposo y la recreación. En su libro “La vida del juego”, Volcipelli retoma al filósofo Spencer para señalarlo: *“Cuando el hambre atormenta al león y no lo combate una fiera enemiga, su fuerza ociosa se crea por sí misma un objeto: él llena el solitario desierto con sus tremendos rugidos, y se deleita usando sin razón su fuerza vigorosa”* (Volcipelli, 1969: 4-5). Y agregará, realizando una analogía entre el león y el niño, que, en este desahogo, en este jugar, ambos se preparan para las funciones adultas del mañana.

Édouard Claparède, neurólogo, pedagogo y psicólogo infantil suizo, dirá: *“el juego es reposo, descarga de las fuerzas sobreabundantes, es preejercicio a lo largo de directivas meramente simbólicas, por las que el*

*niño se adiestra y se prepara para el mundo de la seriedad, tiene una función de derivación y de catarsis de instintos antisociales, que no deben ser suprimidos sino canalizados (con el fútbol, el boxeo, por ejemplo)”* (Claparède, 1946: 129). La niñez aparece como un límite que hay que superar lo antes posible. Dirá Kant al respecto: *“Deben ser entrenados a tiempo en las ocupaciones serias, porque deben entrar, alguna vez, en la vida seria (...). El niño debe jugar, debe tener horas de recreación, pero tiene que aprender también a trabajar (...). Es ya una gran desgracia para el hombre estar tan inclinado al ocio”* (Kant, 1960: 162). En línea con esta última idea, Garzón y Edgardo Tripodi (2000) insisten que desde tiempos remotos el hombre jugó. Algunas veces para comprender fenómenos que no entendía: la vida y la muerte, el sol y las lluvias, etc. Otras veces el juego fue una preparación para situaciones que la realidad exigía, por ejemplo: juegos de persecución similares a la cacería, juegos de ataque y defensa. En algunos otros rituales primitivos se usaba el juego como medio para encontrarse con los otros y comunicarse.

En publicaciones más actuales ya comenzamos a percibir la inclusión de la etapa adulta. Inés Moreno, al realizar una reflexión personal de su relación con el juego, dice: “Nunca abandone la infancia, no como falta de responsabilidad sino como el adulto que no debe perderse en la burocratización o en el corsé de las organizaciones, la cultura y la vida”. Leonore Terr (2000), psicóloga y psiquiatra, destaca su importancia en esta etapa señalando que el juego es esencial para la madurez porque nos proporciona placer, reduce nuestras tensiones, un sentido de logro, de pertenencia, una oportunidad para aprender. Como adultos la mayoría de nosotros ya no juega. Creemos que estamos demasiado ocupados, o no queremos comportarnos de una forma que quizá nos pueda parecer “ridícula”. Sin embargo, pocas personas mueren con la sensación de no haber trabajado lo suficiente (Moreno, 2005).

La psicóloga Silvana Pacín nos acerca a Johan Huizinga, filósofo e historiador holandés quien es el primero en abordar al juego con rigor

científico, al cual define como una función llena de sentido que rompe las barreras de lo físico y de la cotidianidad. El hombre lo hace pensable y comprensible, por lo que lo dota del carácter supralógico de él en el cosmos. Por otro lado, entendemos que tiene una función social, por lo tanto, crea estructuras sociales: crea, por ejemplo, derecho y orden, vitales para la vida cultural (Pacín, S/A: 1). Profundizando esta última idea, entre sus principales características podemos definir que el juego es libertad, ya que el hecho de aceptar las reglas de éste depende de la libertad de uno; crea orden y es orden ya que se desenvuelve en un marco de determinadas reglas, necesarias para su conformación; puede absorber por completo al jugador; entre otras. Desde la perspectiva de las teorías psicoanalíticas, el juego es *“una catarsis liberadora de emociones reprimidas que deja al sujeto en libertad para poder desarrollarse”* (Munne, 1980:114).

En un intento de clasificar las producciones teóricas respecto a lo lúdico, Fernando Rabenko (2005), trabajador social y coordinador y fundador de la Cooperativa Tiempo de Juego, las separa en tres corrientes: la natural, la develadora y la conservadora. En la primera se encuentran los que reniegan de todo aquello que separa al juego de su esencia natural y de su puesta en práctica tal como el juego se da: *“Desean que el ser humano juegue tal como está preparado para hacerlo, con la menor cantidad de condicionantes, sin aditivos que empañen la originalidad, creatividad propia y la puesta en práctica. Pretenden que existan ámbitos emocionales y físicos de libertad que permitan al ser humano jugar de la forma más espontánea posible”* (Rabenko, 2005: 6). Al igual que el autor, consideramos que dado el tipo de sociedad en la que vivimos (urbana y mercantilista), el contexto no contribuye a lograr el objetivo establecido por esta corriente, un juego libre, creativo y espontáneo.

La corriente develadora apunta a encontrar, por intermedio del juego, mayores espacios de libertad y creatividad para lograr mejorar la calidad

de vida. Busca así conocer e intervenir en la realidad por medio de una filosofía, metodología y técnicas lúdicas: *“En este sentido el juego se presenta como un banco permanente de prueba para niños, jóvenes y adultos”* (Rabenko, 2005: 7).

Por último, existe una corriente que defiende lo opuesto a las anteriores tendencias a las que llama “conservadoras”. Dentro de esta, el juego es una herramienta para someter y para mantener el estado de cosas tal cual está: *“es común ver al juego en estas líneas de pensamiento y acción, con metodologías y técnicas que se incluyen en la superficialidad, en lo frívolo, en el azar, o en la violencia”* (Rabenko, 2005: 7)

Esta investigación adhiere a la corriente develadora ya que consideramos que, a través del juego, por medio de métodos y técnicas sistemáticas, podemos contribuir a la superación de problemas que afectan a los sujetos, potenciando la crítica, sinergia, simbolismo, imaginación y creatividad que toda persona tiene.

#### *Juego como dispositivo de intervención social*

En primer lugar, creemos pertinente desarrollar la idea de dispositivo según Michel Foucault. En una entrevista de 1977, caracteriza al término de tres maneras. En primer lugar, como un conjunto decididamente heterogéneo que incluye discursos, instituciones, planificaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas y lo dicho tanto como lo no-dicho. El dispositivo es la red que se puede establecer entre estos elementos. En segundo lugar, el dispositivo es la naturaleza de la relación que puede existir entre esos elementos heterogéneos; y, por último, sostiene que debe entenderse como una especie de formación que, en un momento histórico dado, tuvo por función mayor la de responder a una urgencia (Foucault, 1984).

El carácter estratégico del término definido por Foucault nos anima a pensar al juego como dispositivo de intervención “...para que las personas que forman parte de él, puedan interconectarse en un ámbito donde la expresividad está presente desde el momento de llegada al lugar (y no exclusivamente desde el comienzo de juego como tal), donde quienes forman parte, con sus propias particularidades, no las cedan en virtud de una mirada cuestionadora o interceptiva, donde el deseo se estire un poco más y posibilite la consolidación (quizás simplemente momentánea) de experiencia en un intercambio de relaciones continuas de diversa índole entre sus participantes” (Sánchez 2009:42).

Partiendo de esta conceptualización, reconocemos en el juego una técnica que posibilita transformar la realidad. Rabenko (2004) sostiene que el juego es culturalmente relegado y menoscabado pero que implementándolo en distintas disciplinas se podría considerar un factor de suma importancia. Asimismo, resalta la necesidad de reforzar la puesta en práctica del juego con la gente y las organizaciones. El autor señala que el juego sistematizadamente planificado es una herramienta seriamente dimensionada en un proceso educativo o de intervención social; y agrega que el juego grupal e interactivo facilita el curiosoar, como también la exploración y el descubrir la realidad en forma conjunta. Descubrimiento que puede interpretarse como develamiento de cuestiones sociales que parecen de otra manera engañosas, como mitos, prejuicios, falsas informaciones, etc.

El juego permitirá abordar la realidad, comprenderla y aprehenderla en pos de mejorar la calidad de vida humana. Este debe posibilitar al sujeto mayores grados de libertad y creatividad: *“Forma parte de la naturaleza intrínseca del juego, la sensación continua de exploración y descubrimiento. Consecuentemente, esta sensación produce cambios significativos que son real y profundamente vividos como propios. [...] a partir, tanto de los estímulos externos del mundo que rodea al que juega, como también de sus propias aptitudes y tendencias. En este sentido, el*



*juego se presenta como un banco permanente de prueba para niños, jóvenes y adultos” (Cañeque,1991:62)*

Proponemos, a partir del juego, ganar en libertad y producir a partir de esta, mayores y mejores condiciones de conocimiento y acción sobre la realidad que nos incumbe para modificarla en relación favorable a los derechos que todos los seres humanos poseen. A su vez, también potenciar la creatividad e imaginación de cada sujeto.

Por otro lado, Inés Moreno (2012), dirá que el juego es un hacer que permite modificar la relación del jugador con la realidad y, a su vez, modificarse. Esto constituirá un proceso de enriquecimiento interminable en donde la creatividad se transforma en un aliado de suma importancia. Es así como el juego permitirá una optimización de las potencialidades intelectuales, sociales y emocionales de los participantes. La autora finaliza señalando que *“El juego puede contribuir, de esta forma, a un cambio evolutivo de personas, grupos, organizaciones, y de la sociedad en su conjunto”* (Moreno, 2012:31).

En adhesión a esta última idea consideramos pertinente desarrollar la concepción de Pichón Riviere (1986) acerca de entender que todo juego persigue el objetivo de tratar de construir, a través de una actividad particular, un esquema que permita operar sobre la realidad. Su misión no se agota en una liberación de deseos ocultos o reprimidos, sino que apunta a una nueva planificación de la realidad, objetivo que debería intentar conseguir la creación de nuevas condiciones que contribuyan a la autonomía del sujeto.

Por último, parafraseando a Alejandra Motta y Marisa Snaidman, Rabenko (2004) sostiene: *“El juego es un facilitador nato para el desarrollo de funciones cognitivas y afectivas, garantizando así el proceso ontogénico de crecimiento. Es una actividad que nace en modo natural en cada persona, permitiéndole un crecimiento y aprendizaje continuo, así como un desarrollo de la creatividad, la expresividad y la comunicación, permitiéndole abordar desde allí situaciones nuevas y conduciendo a*

*unamayor integración socio cultural”* (Rabenko, 2004: 10). Objetivar las situaciones internas vividas en (y a través) del juego permitirá, en un momento posterior, su análisis e interpretación para la intervención y producción de nuevos conocimientos.

### *Juego y Salud: promoción y prevención*

Las perspectivas en torno a la promoción de la salud presentan contradicciones y responden a diferentes intereses, desde los más progresistas a los más conservadores. Respecto a esto, Claudia Bang (2016) explica que las políticas de promoción de salud fueron pensadas desde realidades europeas, definiendo temáticas específicas centradas en el individuo y asociadas a la prevención de enfermedades no transmisibles; no teniendo en cuenta las situaciones y procesos particulares de América Latina. En línea con la autora, entendemos que en numerosas ocasiones se ha utilizado este concepto como una forma de “liberar” al estado de la responsabilidad de la salud de los individuos, obligando a cada persona a tomar las riendas de su propio bienestar.

Dina Czeresnia (1999), en su texto de “El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción” resalta que la revalorización de la promoción de la salud recupera el pensamiento médico social del siglo XIX, expresado en la obra de autores como Virchow, Villermée, Chadwick y otros, fortaleciendo las relaciones entre salud y condiciones de vida.

En la actualidad, surge la necesidad de adoptar una nueva perspectiva, partiendo de una lectura crítica y compleja de la situación de la salud en América Latina. El Movimiento de Medicina Social/Salud Colectiva propone asociar la idea de promoción de la salud a valores colectivos tales como vida, salud, solidaridad, equidad, democracia, ciudadanía, desarrollo, participación y asociación, entre otros (Czeresnia y Freitas, 2006). En base a esta perspectiva, adherimos a la posición de Claudia Bang en sostener que la promoción de la salud refiere “*al fortalecimiento*

*de la capacidad colectiva para lidiar con la multiplicidad de los condicionantes de la salud y la vida” (Bang, 2016: 25).*

Consideramos la aplicación de técnicas lúdicas en este ámbito a partir de dos ejes: el primero desde la preservación de la salud (prevención); mientras que el segundo apunta a las situaciones en que la actividad lúdica es necesaria para atenuar los efectos de la alteración biológica y/o la internación sobre la vida anímica; también como coadyuvante en la recuperación de la salud física y psíquica. Cuando un sujeto se enferma, sus hábitos, alimentos, horarios, entre otros, cambia. El juego puede llegar a contribuir al restablecimiento físico y emocional, los vínculos y la comunicación entre los miembros de la familia y sus pares.

Por otro lado, en enfermedades que requieren hospitalización, el valor del juego se potencia. Jaime Tallis sostiene que: *“A través del juego compartido se articula lo individual y lo social; ya en los juegos de representación hay convivencia y cooperación con iguales; el juego reglado obliga a desarrollar estrategias de interacción social, controlar impulsos y agresividad, resignando deseos en función de las reglas establecidas” (Tallis, 2012:29).*

A partir de los ejes desarrollados, el juego es un dispositivo para ambos encuadres, constituyendo *“...un instrumento que ayuda a mejorar los estados de salud, evitando que progrese una enfermedad, manteniendo o recuperando la salud, o brindando oportunidades de desarrollo, aun en estados de enfermedad.” (Moreno, 2012: 65).* Para una persona con una enfermedad crónica como la IRC la posibilidad de expresar sentimientos y/o contar con la posibilidad de incorporar herramientas o hábitos nuevos que permitan asimilar los cambios que esta enfermedad crónica produce, contribuye a retomar su proyecto de vida y mejorar así su calidad de vida.

En el próximo capítulo continuaremos presentando los conceptos guía de nuestro trabajo, intentando articularlos con el juego y señalando como cada uno de estos se encuentra íntimamente ligado al mismo.

## CAPITULO 2

*“El participante, a través del juego-acción se vincula con procesos que estimulan habilidades y competencias del pensamiento propias del espíritu científico: observación, análisis, búsqueda e indagación, comunicación, trabajo en equipo.” (Inés Moreno)*

Como señalamos al final del primer capítulo, durante este apartado desarrollaremos los principales conceptos restantes que irán apareciendo durante toda nuestra experiencia en CETER. Estos serán abordados desde diferentes disciplinas intentando brindar una concepción amplia respecto a cada uno de ellos. Todos estarán articulados con el juego porque creemos importante intentar señalar su complementariedad.

Nos resulta importante aclarar que los conceptos utilizados cuentan con una producción teórica mucha más amplia que la que recortamos para este trabajo.

### *Insuficiencia renal crónica*

La transición epidemiológica y demográfica de las últimas décadas, especialmente en el crecimiento de la población de sujetos mayores de 60 años, ha generado un aumento de las enfermedades crónicas tales como la enfermedad cardiovascular, la diabetes, el cáncer, la enfermedad crónica respiratoria y la enfermedad renal crónica.

Si nos abocamos a la IRC, las principales causas de la enfermedad renal en el mundo, y también en Argentina, son la diabetes y la hipertensión arterial. Según fuentes publicadas por el Ministerio de Salud de la Nación, en Latinoamérica la diabetes es la primera causa de ingreso a diálisis crónica, con el 30.3% de los casos nuevos por año. Por el lado de Argentina, se presentó un aumento en su porcentaje de Diabéticos

ingresando a diálisis crónica en los últimos años pasando desde el 34.8% en 2004 hasta el 36.5% en 2007.<sup>2</sup>

El tratamiento precoz de la enfermedad renal puede prevenir o retrasar la progresión a estadios más graves. A pesar de ello, la mayoría de los sujetos con enfermedad renal no son reconocidos en el primer nivel de atención hasta que presentan síntomas. Así mismo, existen falencias en el segundo y tercer nivel de atención, sumado a una deficiente referencia y contrarreferencia entre los tres niveles. Esto repercute en la eficiencia y eficacia del sistema de salud, y, en definitiva, en la calidad de atención y la calidad de vida de la persona que padece este problema de salud:

*“La mayoría de los pacientes son reconocidos en los estadios terminales de la enfermedad que requieren terapias sustitutivas como diálisis o trasplante renal, y se estima que en el 2010 más de 2.500.000 de personas en el mundo sobrevivirán gracias al tratamiento dialítico, con la incidencia de insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) que se ha duplicado en los últimos 10 años.”<sup>3</sup>*

La mayoría de los sujetos que son diagnosticados con Insuficiencia Renal Crónica experimentan un cambio en su estado de salud<sup>4</sup>, ya que al ingresar a los programas de terapia de reemplazo renal, los sujetos que padecen la enfermedad se ven obligados a someterse a un estricto tratamiento, que implica modificar su vida social, realizar cambios en la dieta, restringir los líquidos, recibir técnicas dolorosas, en algunos casos experimentar la pérdida de esperanza de trasplante renal, y en muchos casos sufrir el abandono familiar. Estos aspectos afectan notablemente al paciente, generando conductas negativas al tratamiento.

---

<sup>2</sup> Para más información ver “Guía de práctica clínica sobre prevención y detección precoz de la enfermedad renal crónica en adultos”, elaborada por el Ministerio de Salud nacional en el marco del Programa Nacional de garantía de calidad de la atención médica, Marzo 2010.

<sup>3</sup> Ídem.

<sup>4</sup> Entendido desde su concepción amplia como un completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

La definición de la IRC<sup>5</sup> entendida como el funcionamiento anormal de los riñones por más de 3 meses o la alteración estructural de los mismos, es comúnmente aceptada dentro del ámbito médico por lo que entre los diversos autores que trabajan la temática no se reconocen grandes diferencias. El manual informativo para el paciente renal de DIAVERUM entiende a la IRC como *“la falta de capacidad de los riñones para cumplir con sus funciones, que puede darse en tiempo y forma variable en cada paciente”*. En la misma línea de definiciones, la Federación Nacional de Asociaciones para la Lucha Contra las Enfermedades del Riñón de España define a la IRC como un estado caracterizado por una disminución significativa y progresiva de la función de los riñones.<sup>6</sup>

A pesar de su prevalencia, y aunque se cuenta con estrategias de probada efectividad para su prevención y detección precoz, frecuentemente no es reconocida hasta los estadios terminales de la enfermedad que requieren tratamiento sustitutivo o trasplante renal.

Una de las opciones de tratamiento en la IRC es la Hemodiálisis el cual se utiliza para limpiar y filtrar la sangre, controlar la presión arterial y ayudar al organismo a mantener el equilibrio de sustancias químicas como el potasio, sodio, etc. En la hemodiálisis el sujeto es conectado a una maquina por medio de accesos vasculares o entradas especialmente realizadas en su cuerpo. Durante el tratamiento la sangre es “purificada” fuera del cuerpo mediante una continua circulación de la misma a través de un filtro y un líquido especial de diálisis. Por lo general, el tratamiento de hemodiálisis debe realizarse tres veces por semana, en un tiempo que varía de tres a cinco horas cada vez.

Tal como se informa en el cuadernillo que se le brinda al sujeto que inicia el tratamiento dentro de Diaverum, la hemodiálisis es un tratamiento que

---

<sup>5</sup> También denominada Enfermedad Renal Crónica (ERC).

<sup>6</sup> Para ampliar información consultar la página web de la Federación Alcer, <http://alcer.org/federacionalcer/que-es-la-enfermedad-renal>

debe realizarse de por vida, salvo que tenga recuperación de la función renal, situación poco frecuente, o en caso de que acceda a un trasplante renal exitoso.<sup>7</sup>

### *El sujeto en tratamiento*

Comenzamos considerando al sujeto, en palabras de Carlos Eroles, como “*subjetividad capaz de asumirse responsable*” (Eroles, 2008: 14) dando lugar a la siguiente pregunta: ¿Qué entendemos por subjetividad?

Alain Touraine dirá que “*La subjetivación es la penetración del sujeto en el individuo y por consiguiente la transformación parcial, del individuo en sujeto*” (Touraine, 1994: 209). El autor concibe a la realidad como una creación política del ser humano y remarca que es en relación con los otros cuando el sujeto adquiere su plenitud. Recuperar una noción con estas características implica, en primer lugar, reconocer que, en el momento de relacionarse con otro, se convierte en creador de sí mismo y productor de la sociedad; y, en segundo lugar, comprender que somos conscientes de nuestra propia existencia: “*El sujeto significa el paso del ello al yo, significa el control ejercido sobre la vivencia para que haya un sentido personal, para que el individuo se transforme en actor que se inserta en relaciones sociales a las que transforma*” (Touraine, 1994:207-208). De aquí parte la necesidad de incluir la dimensión histórica como un atributo inseparable a la condición de sujeto. Durante el juego los sujetos se encuentran, comparten sus vivencias e historias. Entendemos que el juego está en la persona y no en el recurso. Este es el motivo por el cual este trabajo adhiere a la idea de posicionarnos desde un “sujeto en juego”, sujeto siempre colectivo ya que, según Inés Moreno (2005), el juego está en el jugador, no en la actividad, sino en el espíritu con el que se aborda. Nadia Sánchez dirá al respecto: “*Las personas que comparten*

---

<sup>7</sup> Ver manual informativo para el paciente renal DIAVERUM, pp. 7-8.

*un momento de juego, comienzan algo entre ellas, los atraviesa la complicidad, intercambian información, emoción y valores, mediante la singular conversación que es la lúdica” (Sánchez 2009: pág. 40).*

La actitud lúdica está presente en todos los momentos de la vida y no se encuentra reducida a las actividades denominadas “juegos”. Cualquier actividad diaria que realicemos (caminar, charlar, cocinar, etc.), será cualitativamente diferente si la abordamos con una actitud lúdica. Esto traerá aparejado no solo la puesta en juego de emociones y pensamientos, sino también la capacidad creadora y creativa del ser humano: *“El juego es inherente al hombre, forma parte de la persona. Un posible camino para el abordaje se encuentra en comprender cuanto juego existe en cada conducta” (Moreno, 2005:28).*

#### *Comunicando (nos): un proceso vital e inherente al ser social*

Comenzaremos este apartado definiendo que la comunicación puede ser entendida como un proceso por el cual, unos seres, unas personas, emisor (es) y receptor (es) asignan significados a unos hechos producidos y entre ellos, muy especialmente al comportamiento de los otros seres y personas (Serrano 1982). Tal como señala el autor, el acto comunicativo tiene dos aspectos fundamentales: el primero supone la relación dinámica entre dos seres (emisor y receptor); el segundo apunta a la transmisión de un mensaje (significado), el cual no necesariamente tiene que ser en lenguaje verbal. Aquí, se adhiere a una perspectiva semiótica: *“los signos no verbales tales como la intensidad de la voz, los gestos faciales y corporales y la distribución de las personas en el espacio comunicativo [...] son coparticipes del proceso de comunicación” (Cucatto,2010: 70).*

La gente puede comunicarse por diversos motivos y de múltiples formas. El modelo psicosociológico presentado por Anzieu y Martin (1971) describe tres aspectos que influyen en la emisión y recepción de los



mensajes: la personalidad, la situación común y la significación. Mientras que la primera refiere a la historia personal, las motivaciones, el estado afectivo, el marco de referencia, etc. del individuo; la segunda establece que la comunicación puede ser un medio para cambiar una determinada situación (es acción transformadora) pero también puede ejercer una influencia en el contenido y en el estilo de la comunicación, depende de cuál sea el objetivo: informar, convencer, influir, etc. Por último, el tercer aspecto es la significación. No solamente transmitimos determinada información, sino que también intercambiamos una carga simbólica y una determinada ideología. Teresa Zamanillo dirá al respecto: *“Estas significaciones están ancladas en la experiencia personal del sujeto, lo que quiere decir, en sin inconsciente, e sus emociones en incluso en su cuerpo. Esto nos lleva a dar suma importancia al lenguaje no verbal: la entonación y la intensidad de la voz, [...] imagen, las risas, las posturas, las muecas, los gestos”* (Zamanillo, 2008: 165).

En tanto que la comunicación es la base para la interacción, entendemos que tiene que ser vista como un *proceso* el cual se modifica continuamente a través del tiempo: no tiene principio ni final; no descansa; está siempre en movimiento. Al adherirnos a la idea de proceso aceptamos la noción de que la realidad no puede ser descubierta por el hombre, sino que debe ser creada por este: *“al construir la realidad el teórico elige la forma en que habrá de organizar sus percepciones”* (Berlo, 1997:15). La importancia de lo dicho radica en que debemos comprender que para describir un proceso tenemos que elegir determinadas palabras y utilizar ciertas herramientas, pero que nuestro análisis no lo abarca todo. No podemos estar seguros de que exista exactamente como nosotros lo presentamos.

David K. Berlo dirá que: *“nos comunicamos para influir y para afectar intencionalmente”* (Berlo, 1997: 7). A medida que va desarrollándose, el ser humano aumenta su capacidad de afectar y ser afectado:

*“A medida que maduramos comenzamos a estudiar los sistemas de comunicación en sí mismos: organizaciones sociales, relaciones económicas, valores culturales, todo aquello construido por el hombre cuando utiliza la comunicación como herramienta.”* (Berlo, 1997:6).

El trabajador social y sociólogo José David define a la comunicación como *“la transmisión de conocimientos, ideas y sensaciones de una persona a otra o a un grupo de gente, con el objetivo manifiesto de provocar una reacción”* (David, 1985: 69). A través de la comunicación podemos construir o destruir una relación, influir sobre otras personas (o ser influenciados por ellas), modificar nuestras actitudes, expresar sentimientos, etc.

Entendemos que es necesario destacar brevemente dos componentes de vital importancia en el proceso y que muchas veces no se habla de ellos por considerarse “implícitos”: la importancia del contexto y el *feed-back* o retroalimentación. La transmisión del mensaje va a estar atravesada no solo por la contextualidad de la acción (características psicológicas y sociológicas de los actores del proceso comunicativo), sino también por la relación del mensaje con la realidad presupuesta a la que se alude.

Autores como Jorge Bosch (1998) sostienen que la comunicación tiene lugar entre dos seres (individuales o colectivos) que no están aislados, y que consiste en el paso de algo de uno de aquellos seres al otro. Respecto a la retroalimentación, hacemos referencia a este para reconocer en el acto comunicativo un carácter dinámico, haciendo hincapié en la alternancia de los roles entre los participantes.

Según Marc y Picard (1992) se pueden distinguir tres funciones diferentes del *feed back*: en primer lugar una función de regulación destinada a mantener una situación estable (emisor envía un mensaje y el receptor solo indicar que lo ha recibido bien y que la emisión puede continuar); la segunda función es de acumulación cíclica que se dirige a hacer evolucionar la situación (se hacen objeciones, se utilizan argumentos o se

aportan datos en respuesta a los planteamientos de cada uno de los participantes); por último, la tercera apunta a una acumulación didáctica destinada a reenviar a la memorias las informaciones que permitan integrar nuevas informaciones y estrategias de comunicación con las experiencias pasadas.

Teresa Zamanillo (2008), doctora en ciencias políticas y socióloga, expone el modelo sistémico de comunicación el cual consiste principalmente en cuatro axiomas: toda conducta es comunicación; toda comunicación tiene dos aspectos: uno de contenido y otro relacional; en el proceso se da una puntuación arbitraria en la secuencia de hechos; y, por último, todas las comunicaciones son simétricas o complementarias. A continuación, los desarrollaremos brevemente.

Según el primer axioma la comunicación puede darse en tres formas diferentes. La primera, la aceptación, implica que ambos comunicadores aceptan interactuar. La segunda, el rechazo, refiere a las situaciones en que una de las partes no acepta interactuar y comunica de forma explícita su intención. La última, la descalificación o la desconfirmación, se da en situaciones donde uno de los interlocutores no acepta comunicarse, pero no manifiesta directamente la intención de no hacerlo. Esto suele visibilizarse de forma indirecta cambiando de tema, diciéndole al otro que no ha entendido nada, etc.

Los dos aspectos que definen el segundo axioma refieren a que cuando nos comunicamos estamos dando una información concreta (contenido) y, por otro lado, estamos brindando el tipo de mensaje que debe entenderse qué es, o qué significa, de acuerdo con la relación que estamos estableciendo con la persona.

La autora ejemplifica escribiendo: *“Por ejemplo, “No has traído a tiempo tu parte del trabajo para reunirlo todo y entregarlo”, y ha habido un problema un conflicto no resuelto en el grupo por problemas de organización y de norma, esto se puede decir en un tono de reproche con irritación. Un mal tono implica, en lo relacional, que esta persona define la relación de*

*manera asimétrica; es decir, [...] en un lugar superior. Sin embargo, aunque tenga razón, la otra persona puede rechazar esta conducta porque es vivida como incoherente, ya que los une una relación de igualdad” (Zamanillo, 2008: 166).*

Esto nos lleva al tercer axioma en el cual cada uno dará un puntaje arbitrario a esta secuencia: quien tiene la iniciativa, quien predomina, dependencia, etc.: *“Puntuar es decidir qué y quien define la causa que ha iniciado la controversia, o cual es el efecto, y en qué momento se inicia una secuencia comunicativa nueva, o acaba la anterior” (Zamanillo, 2008: 167).* Cada uno percibe la situación de diferente manera.

Respecto al cuarto axioma decimos que la comunicación puede ser simétrica o complementaria, lo cual implica que nos referimos a condiciones de igualdad o a condiciones diferentes. En el primer caso la autora hace alusión a una relación en términos de igualdad (hermanos, pareja, compañeros de equipo, etc.). Por otro lado, en una relación complementaria hay dos posiciones distintas. Un participante ocupa una posición primaria y el otro secundaria (madre-hijo, médico-paciente, profesor-alumno, etc.) pero se encajan mutuamente. Cada posición tiende a favorecer a la otra y ninguna de ellas se impone.

Todo lo desarrollado argumenta la necesidad de otorgar a la comunicación un enfoque sistémico, entendiendo que las partes participantes se complementan. La concepción circular, el feedback dirá la autora, implica una noción sistémica en donde todo parte de relaciones simétricas en donde cada parte puede ser protagonista en cualquier momento. (Zamanillo, 2008).

En relación al juego, entendemos que favorece el proceso comunicativo:  
*“El juego es un modo de comunicación que puede considerarse como antecedente de la palabra en tanto colabora con la construcción de la*

*realidad y del sí mismo. En principio, el niño juega con su madre; luego complejiza estos juegos –mientras adquiere el lenguaje” (David,1985: 69).*

La comunicación en lo lúdico permite abordar situaciones nuevas y conducir a una mayor integración socio cultural, dando lugar a relaciones más cercanas y abiertas. José David sostiene que las actividades lúdicas tienen como objetivo ayudar en la creación de relaciones y su profundización. El estudio llevado a cabo por la cooperativa “Tiempo de juego” y “GAMBRO S.A”<sup>8</sup> con sujetos en situación de hemodiálisis destaca que la comunicación desde la salud, la cual simboliza el jugar, es un elemento que permite distraerse del estrés, entendiendo este efecto como beneficioso en el tratamiento. El juego permite evitar el aislamiento de los pacientes, que conversen, intercambien recursos lúdicos, soliciten ayuda para resolver los juegos, etc.:

*“...interaccionan desde otra posición que no es la diálisis; se olvidan de ella por unos momentos, si bien el tratamiento prosigue sin que se den cuenta”<sup>9</sup>.*

El juego busca estimular la comunicación entre los/as participantes e intenta romper la unidireccionalidad de la comunicación verbal en el grupo. Se trata de estimular las de tipo no verbal (expresión gestual, contacto físico, mirada, etc.), para favorecer nuevas posibilidades de comunicación.

Quizá la experiencia lúdica nos permite comprender que en ciertos casos las palabras, al decir de José David (1985), no son siempre sinónimo de comunicación. A veces son ellas las que nos provocan aislamiento de los demás y de nosotros mismos.

---

<sup>8</sup> Ver proyecto de investigación de “Tiempo de juego” y GAMBRO S.A, “El juego con pacientes en situación de hemodiálisis”, Marzo de 2005.

<sup>9</sup> Ídem.

### *Participar para potenciar*

En primer lugar, partimos de considerar a la participación como un estar implicado, o tener autorización para estarlo, ya sea en una toma de decisión, en la evaluación de una acción, o simplemente ser uno de tantos miembros consultados acerca de un tema o problema (Brownlea, 1987). Entendemos que los procesos de participación se proponen lograr que las personas se conviertan en sujetos históricos que permitan construir sus propios futuros y ser capaces de tomar sus propias decisiones. Ahora bien, a modo de profundizar aún más el concepto, nuestra idea de participación está íntimamente ligada al concepto de poder el cual puede asumir diferentes formas y producir diferentes efectos según cada situación (Ferullo de Parajón, 2006:68). Maritza Montero (2008) toma el trabajo de Serrano-García y Lopez-Sanchez (1994) quienes le otorgan una perspectiva simétrica entendiendo que la misma *“permite hallar sus expresiones en todos los sujetos de la relación, lo cual, a su vez, permite generar formas de deliberación, negociación, concertación y oposición, aun cuando las fuerzas, así como los recursos que un polo de poder puede controlar y que son deseados por el otro, sean desiguales”* (Montero, 2008:53).

La participación tiene que estar abocada a resaltar el papel del actor y su subjetividad. Eduardo Menéndez y Hugo Spinelli (2006) sugieren que la constitución del sujeto no es un hecho individual sino un proceso de participación relacional: la participación social cuestiona el individualismo, la dependencia, la apatía; al involucrar al individuo en una actividad colectiva se tiende a superar la atomización social y posibilita la constitución de una subjetividad no centrada en lo privado.

Por otro lado, partiendo de un enfoque desde la salud, Claudia Bang (2016) hace hincapié en la dimensión subjetiva de los procesos participativos. La autora sostiene que es posible tomar tres aspectos

como indicadores de participación comunitaria en salud: la generación de espacios de encuentros comunitarios e intercambio sobre problemáticas e inquietudes compartidas; una clara y concreta circulación de la información; y la posibilidad de sus miembros de incidir en la toma de decisiones conjunta. Estos tres ejes parten de visualizar a la participación en salud como un proceso complejo y dinámico en donde una comunidad sostiene mecanismos y prácticas para tomar decisiones conjuntas sobre los procesos de salud-enfermedad.

Otro enfoque es el de Hernández, quien aborda los niveles de participación a partir de estos ejes:

- *El primero – ser parte- nos remite al lazo social, referido al ingreso del sujeto al mundo humano hasta todos los vínculos posteriores que constituyen esta trama que lo mantiene formando parte de dicho mundo;*
- *El segundo – tener parte- nos remite a posición, en tanto provee un lugar en una estructura social (“tu” lugar, “mi” lugar, “nuestro lugar”: el lugar de cada uno) que habilita para la actuación en ese mundo;*
- *El tercero – tomar parte- nos remite a rol, a la actuación propiamente dicha. (Hernández, 1994: 75)*

Entendemos que estos tres ejes serán útiles al momento de analizar el proceso de aplicación de las actividades lúdicas en CETER durante el tercer capítulo. En relación al último eje (*“tomar parte”*), el juego supone la participación voluntaria, generando un sentimiento de “ser parte” y un “hacerse cargo” del espacio. El espacio de juego debe ser inclusivo y, por ende, contemplar en un diseño las variadas dificultades de los jugadores a quienes está dirigido. El sujeto activo es el que, dentro de un espacio, es hacedor de su propia vivencia.

Señalará Inés Moreno (2012) que el juego posibilita el intercambio basado en la participación, y a su vez favorece el desarrollo de las potencialidades, movilizando los aspectos más creativos de las personas.

En la misma línea, Nadia Sánchez (2009) sostiene que en los juegos cooperativos se desarrolla significativamente el concepto de lo social; implicando convivencia y colaboración con iguales y superación de prejuicios.

Por otro lado, José David especifica al juego como un facilitador para la participación generalizada: *“Los juegos provocan una participación físico-motora [...] una misma actividad lúdica genera, durante y luego de ella, pautas de solidaridad y unión que demorarían mayor cantidad de tiempo en aparecer de otra manera”* (David, 1985:19). En su libro “Juguemos antes que se acabe...” continúa diciendo: *“Lo lúdico como actividad libre solo es posible si quien la desarrolla ha decidido implicarse y desenvolverse aportando una aceptación y una participación voluntarias”* (David, 2003: 45).

En el próximo capítulo comenzaremos a describir y analizar la experiencia dentro de CETER. En el proceso de lectura podrán apreciar e identificar como los conceptos desarrollados en los dos capítulos aparecen continuamente en las situaciones descriptas.



## Capítulo 3

*“Analizar es hacer explícito lo implícito”*

*(Pichón Riviere)*

En este capítulo reflejaremos la experiencia de investigación llevada a cabo durante los meses de julio y noviembre de 2017 en la clínica de diálisis CETER<sup>10</sup>, perteneciente a DIAVERUM.

En primer lugar, se realizará una breve descripción de la institución, cómo se encuentra organizada y cómo implementa el proyecto institucional “El movimiento es salud”, que contempla, entre otras cosas, la realización de actividades lúdicas durante el tratamiento. A continuación, describiremos cómo se dan los procesos de comunicación y participación entre los sujetos que vivencian las actividades, producto de las entrevistas al equipo profesional y a los sujetos en tratamiento, y a la observación de los juegos.

Por último, profundizaremos la perspectiva que tiene de los juegos el equipo de salud reflejando diferentes testimonios acerca de cómo se gestó el proyecto y cómo se fue realizando hasta el día de hoy.

*Abriendo el juego: Breve presentación de la institución y su dinámica organizacional*

Diaverum es uno de los mayores proveedores de servicios de terapia renal en el mundo en los campos de diálisis, transplantes, cuidados preventivos y una amplia gama de propuestas relacionadas con el mejoramiento de la calidad de vida. Actualmente en el país posee 34 centros de hemodiálisis, un centro de transplante y 12 centros de diálisis peritoneal. En cada centro de atención el equipo profesional está constituido por médico nefrólogo, médico clínico, enfermeros, un

---

<sup>10</sup>Se encuentra ubicada en el segundo piso de la Clínica Comahue (Avenida Eva Perón 4798, Temperley).

trabajador social como mínimo, nutricionista, psicólogo, personal de limpieza y personal administrativo. Además, cada centro recibe la visita semanal de una instructora del proyecto *el movimiento es salud*, del que hablaremos más adelante.

Actualmente en CETER, el grupo de enfermería está conformado por 13 personas entre las que se distinguen una coordinadora de enfermería, 2 encargados de accesos vasculares y 5 integrantes del personal de limpieza, que se encuentran en contacto permanente con las personas que reciben el tratamiento ya que son los encargados de su atención desde que ingresan al centro hasta que se retiran del mismo. Poseen un amplio conocimiento de las particularidades de cada uno, tanto de su personalidad como de las molestias o dificultades que presentan (por ejemplo, la falta de visión).

Por otro lado, se encuentra el equipo médico conformado por 5 profesionales (un coordinador médico y 4 médicos de turno) encargados de la atención de la salud durante el tratamiento de diálisis y del control de las posibles complicaciones que puedan presentar los sujetos en tratamiento. No observamos una participación activa de ellos en las actividades, ni un interés manifiesto en los mismos. Pese a ello, se encuentran a disposición en caso de ser necesario, para aportar sus conocimientos en algún taller donde se brinden consejos útiles que favorezcan a mejorar la adherencia al tratamiento.

La nutricionista, encargada del seguimiento nutricional y de la planificación del plan alimentario del sujeto, y la psicóloga, encargada del seguimiento psíquico y emocional de la persona que asiste al centro, asisten 2 veces por semana a la institución. La primera participa activamente en los talleres de alimentación saludable, brindando información sobre la nutrición de cada uno de ellos como de las características generales de la alimentación que deben seguir. La

segunda, interviene cuando alguno de los sujetos llegue a presentar signos de depresión, estrés, decaimiento, desgano, entre otros.

La trabajadora social asiste dos veces por semana a la institución. Las tareas principales de la profesional son realizar la admisión de los pacientes y los informes sociales. También, realiza un seguimiento individual a los sujetos en tratamiento, atendiendo sus demandas, llevando a cabo entrevistas en el centro o domiciliarias (dependiendo de las particularidades y situaciones de los sujetos que muchas veces surgen durante las entrevistas y los informes), articula con la familia o con distintas instituciones de la zona, con entidades municipales o el Ministerio de Salud, según se precise. Participa en la planificación de las actividades en sala y en los distintos proyectos institucionales que se llevan a cabo. La trabajadora social cuenta con el apoyo del equipo médico y el financiamiento para los proyectos nuevos que proponga, y con la predisposición de los empleados para participar en actividades lúdicas, campañas de prevención, actividades recreativas, etc.

Por último, se encuentra la instructora del proyecto *El movimiento es salud* quien es la encargada de la obtención de recursos materiales necesarios y de la implementación de los talleres en sala. Junto a la trabajadora social y la nutricionista planifican las diferentes actividades del mes.

Durante la experiencia se notó la existencia de una buena relación entre los distintos profesionales. Desde la dirección se resalta la importancia del trabajo en equipo para poder brindarle un mejor tratamiento a la persona con insuficiencia renal. También vale la pena destacar que, en lo que respecta a la planificación y ejecución de las actividades, hay una amplia apertura a la recepción de inquietudes, propuestas alternativas o información que permita mejorar en algún aspecto los juegos. El trabajo interdisciplinario se ve reflejado en las distintas actividades que llevan a

cabo dentro del proyecto institucional del que hablaremos en el apartado siguiente.

### *El movimiento es salud desde la visión de los actores involucrados*

El proyecto *el movimiento es salud*, pensado y elaborado desde la coordinación de trabajo social, se implementa hace 15 años dentro de los centros de DIAVERUM. El mismo está orientado, según figura en las bases de la propuesta, a que las personas *lleguen a ser quienes son y a vivir esencialmente consigo mismas y con todas las circunstancias de su vida, posibilitando la integración de los aspectos más cotidianos, concretos e individuales y la conexión con lo trascendente*. De la combinación de la música, el movimiento y la expresión, surgen todos los trabajos realizados: movimiento vital, masaje, trabajo con la voz, trabajo con plástica, trabajo con la respiración, dramatización, juego, meditación, trabajo de expresión; beneficiando a los huesos, los músculos, las articulaciones, el sistema circulatorio, el sistema nervioso y el sistema energético. Actualmente, se implementa en todos los centros del país.

El proyecto, como objetivo general, apunta a promover el bienestar psico físico y emocional de los pacientes en diálisis que concurren a Diaverum, con el fin de mejorar su calidad de vida y contribuir al pleno desarrollo humano. Como objetivo específico se encuentra el de generar un espacio de confianza y vitalidad que facilite la práctica de técnicas psico-corporales tendientes a la toma de conciencia corporal, emocional y psíquica necesaria para la adherencia al tratamiento propuesto.

Al ser consultada acerca de los orígenes del proyecto, la coordinadora de Trabajo Social Lic. María Isabel Iglesias nos comentó que en principio se hizo una experiencia en cuatro centros de diálisis (José Mármol, CETER Temperley, Paternal y Alsina) tomando dos cohortes: una en donde se realizaban las actividades y otra en donde no se implementaban (grupo

control). A su vez, se diseñaron dos protocolos de tipo semanal: mientras que uno lo completaba el profesional que estuviera en la sala en el momento de las actividades; el otro, de tipo subjetivo, lo completaba la persona dializada. En este último se buscaba que el sujeto en tratamiento marque su sentimiento a participar en la actividad:

*“Se llenaron casi 6 mil encuestas, durante 6 meses, y fue la primera vez que se comprobó, con estadísticas muy fuertes y medibles, en forma objetiva y subjetiva que las actividades lúdicas mejoraban el estado clínico del paciente”.*

La investigación valió un reconocimiento en las jornadas internacionales de discapacidad organizada por la Universidad de Salamanca, donde el proyecto fue presentado.

Continuando con la presentación del proyecto, creemos importante señalar que dentro del mismo no solo están contempladas las actividades en sala. También se prevé:

- Dos actividades anuales comunitarias: Día Mundial del Riñón y un evento cultural de destrezas y habilidades en sujetos renales y transplantados.
- Dos actividades al aire libre con sujetos en situación de diálisis de la sede correspondiente.
- Dos actividades anuales al aire libre con sujetos en situación de diálisis de la sede correspondiente (con familiares y personal de la sede de 3 horas aproximadamente).

Además, María Isabel agregó:

*“Hay un proyecto en CABA y Conurbano, en articulación con secretaria de deporte de la Nación en los campos de Ezeiza del SENARD donde se hacen competencias deportivas entre pacientes. Entre quienes pueden jugar al fútbol o ping pong y aquellos que no pueden por su*

*patología diabética, amputados o no videntes, se organizan juegos de mesa donde los pacientes son ayudados por familiares. Las jornadas son de todo el día, en día domingo, para que no deje de participar ningún paciente y en donde se convoca a la familia. Otro proyecto institucional son la muestra de habilidades y destrezas donde pretendemos darle un enfoque artístico. Hay pacientes que son realmente artistas de lo que saben hacer. Cada uno expone lo que sabe hacer: cantar, tocar la guitarra, bailes en conjunto, etc.”*

El proyecto incluye varias instancias de evaluación, desde la coordinación y para los instructores. Por parte de los primeros se tiene:

- Una reunión mensual de evaluación con autoridades de Diaverum en la sede central con un referente de cada centro.
- Dos visitas y/o reuniones anuales con profesionales y referentes de cada centro diaverum.
- Una coordinación del espacio de capacitación y supervisión quincenal con los instructores (20 reuniones de supervisión y capacitación en total).

Por parte de los instructores:

- Una reunión de supervisión quincenal con la coordinación del proyecto y el equipo de instructores.
- La elaboración de un registro semanal el cual se somete a supervisión.

En el año 2011 se realizó un primer informe de evaluación donde los resultados arrojaron que los pacientes incorporaron las actividades como parte de la rutina del tratamiento, en el sentido que saben que cuentan con ellas semanalmente. Respecto a esto, la coordinadora de Trabajo Social nos comentó que:

*“Cuando empezó la actividad, las chicas comenzaron a venir los días que tenían estas prácticas con jogging ya preparadas para levantar las piernas, hacer bicicleta. Estaban tranquilas de que estaban cómodas para hacerlo, no con una pollera. Han cambiado su vestimenta esos días. Es importante porque hasta han pensado en eso”.*

También, se registró una reducción de los padecimientos producto del tiempo de las sesiones, una cohesión emocional y la generación de un ambiente de solidaridad y alegría.

La actividad comienza con una actividad física basada en el yoga: se realizan ejercicios mínimos de elongación, bicicletas, se han comprado pelotitas para hacer masajes en los pies y en las manos (donde están los centros energéticos), sin que afecte el transcurso normal del tratamiento. Luego, viene la actividad lúdica donde se interviene de forma individual o grupal, siempre generando una competencia sana y donde el paciente se distrae: una generala comunitaria en donde tiran unos dados grandes con la mano del brazo que no está dializando, un juego de preguntas y respuestas, juegos de memoria en donde ejercitan todas las funciones cognitivas, un bowling en equipos, entre otros. A modo de cierre, se realiza alguna lectura donde los pacientes puedan interpretar un mensaje y proponerse trabajar en un aspecto, sentimiento o actitud. La actividad dura entre 60 y 90 minutos.

Además de las actividades de tipo lúdico-recreativas, se realizan talleres informativos para el paciente. Gabriela, la trabajadora social del centro, sostiene que el proyecto se apoya en dos ejes: el cuidado de la salud y la mejora de la calidad de vida:

*“Ahora tenemos un proyecto de diabetología que es sobre el cuidado de la diabetes porque vemos que subió mucho el índice de pacientes diabéticos en diálisis. Eso marca que no se registra el cuidado de la diabetes, o no tienen conocimiento. Trabajamos el tema de la*

*alimentación y del cuidado. Los vamos rotando, hacemos un juego, a veces un ping pong de preguntas y respuestas. Siempre nos apoyamos en algún profesional”.*

Durante toda la entrevista sostiene que el objetivo es mejorarles la calidad y empoderar al sujeto en tratamiento en cuanto a brindarle información que guarde relación con sus derechos y que consiga reforzar la conducta de una buena alimentación, el cuidado, el correcto consumo de líquido, entre otros aspectos que contribuyen positivamente al tratamiento. Por otro lado, cuando señala el apoyo de algún profesional está haciendo referencia a la nutricionista con quien planifica los talleres que tratan las temáticas antes señaladas.

Karin, la instructora del proyecto, dirá al respecto:

*“Muchas veces utilizamos las dinámicas grupales de juego para entretenerlos un poco. En otras, conjuntamente con otros profesionales, puede ser nutricionista, trabajador social, enfermeros o médicos, hacemos actividades o talleres que tienen que ver con adherencia al tratamiento o que implique temas referidos a nutrición, enfatizando las necesidades que tienen los pacientes con insuficiencia renal crónica. Lo que se trabaja son contenidos que van pactando con la nutricionista, utilizando la técnica de taller”.*

Para la implementación de las actividades se toma como base la educación popular porque se busca construir el encuentro a partir del conocimiento previo de los pacientes: a veces se realizan lluvia de ideas en donde van aportando todos y después se realiza un cierre con lo trabajado.

Si analizamos lo señalado por los profesionales, y tomando las corrientes teóricas de Fernando Rabenko, creemos que la forma de implementar las actividades y su posicionamiento respecto al papel del juego adhieren a la corriente develadora la cual busca potenciar al sujeto para contribuir a la



superación de sus problemas. Tanto en las actividades o talleres informativos sobre alimentación o cuidado, como también en las actividades que persiguen un fin más lúdico y de entretenimiento, se busca trabajar en todo momento la creatividad, el movimiento, la sinergia, la crítica del sujeto. En el siguiente apartado veremos de forma más clara estos aspectos mencionados en relación a la participación y la comunicación.

Por otro lado, tomando lo señalado en el capítulo anterior por Pichón Riviere (1986): *“Se trata de construir, a través de una actividad particular, un esquema que permita operar sobre la realidad. Su misión no se agota en una liberación de deseos ocultos o reprimidos, sino que apunta a una nueva planificación de la realidad”*; creemos que el proyecto “El movimiento es salud” persigue ese objetivo, poder construir un esquema que permita abordar las diferentes realidades en la que cada sujeto se encuentra inmerso.

#### *Jugando en sala: comunicación y participación durante las actividades*

Las personas que ingresan al tratamiento de hemodiálisis asisten al centro tres veces por semana (lunes, miércoles y viernes o martes, jueves y sábados) en alguno de los tres turnos que ofrece el centro. El mismo dura aproximadamente cuatro horas en donde los pacientes se encuentran sentados en un sillón mientras dializan. La cantidad de pacientes por turno varía, pero se estima que asisten entre 15 y 17 personas por turno. Actualmente CETER cuenta con 111 sujetos en tratamiento, la mayoría de ellos presentan otro tipo de enfermedad, en su mayoría diabetes e hipertensión. Muchos llegan a diálisis totalmente descompensados, sintiendo dolores y cansancio extenuante por lo cual la participación y la realización de las actividades lúdicas se ve limitada. Sin embargo, se observa que luego de unos meses de tratamiento esta situación se modifica y se ven más predispuestos a participar. El espacio

de intercambio familiar social es muy acotado, en su mayoría son pocas personas, familiares o no, con las que se relacionan generando, salvo contadas excepciones, lazos entre ellos. En la gran mayoría de los casos se debe a que la familia no es consciente de que la enfermedad es permanente. Por otro lado, CETER no cuenta con espacio físico suficiente para realizar actividades en conjunto con las familias ya que dentro de la sala se debe tener espacio para el correcto desempeño de los profesionales, sobre todo en casos de emergencia.

Si partimos de analizar la participación a partir de un enfoque desde la salud, y utilizando los tres aspectos señalados por Claudia Bang (2016) - la generación de espacios de encuentros comunitarios e intercambio sobre problemáticas e inquietudes compartidas, una clara y concreta circulación de la información, y la posibilidad de sus miembros de incidir en la toma de decisiones conjunta – observamos que se presentaron distintas gradientes de acuerdo a la disposición de cada persona. Tenemos que tener en cuenta que la participación en los juegos tiene que ver directamente con el estado anímico y el proceso de la enfermedad: la aceptación, la negación, el ver qué pueden hacer, el acompañamiento familiar. La sala es un grupo de personas heterogéneas en edades, culturas, lugares de origen y también en forma de ingreso al tratamiento (si ingresaron de forma inmediata por una urgencia, o si la enfermedad fue avanzando paulatinamente). Es decir, las propuestas se van armando en torno a estas particularidades:

*“Uno quisiera que todos disfrutaran y quizá no se puede. Siempre se aclara que participe aquel que tiene ganas y es respetable la decisión del que no. Hubo casos de personas que no han tenido ganas de participar que a mitad de la actividad comenzaron a hacerlo. Es algo que uno se enfrenta en el día a día”* (María Isabel, Coordinadora de Trabajo Social)

La posibilidad de toma de decisiones reales por parte de los que reciben el tratamiento es acotada, aunque podríamos visibilizar algunos intereses o deseos expresados en forma de sugerencias hacia algún integrante del equipo de salud o a la instructora del proyecto. Muchas veces estas sugerencias apuntan a repetir (o no) un juego, cambiar otro para hacerlo más dinámico, poder optar entre dos posibilidades, entre otras situaciones. Al analizar la participación desde una perspectiva relacional podemos decir que este aspecto es aprovechado por el grupo en contadas ocasiones. El manifestarse respecto de las actividades dota al grupo de la posibilidad de, guiándonos por el trabajo de Serrano-García y Lopez-Sanchez (1994), generar formas de deliberación, negociación, concertación y oposición, aun cuando las fuerzas sean desiguales. Sin embargo, producto de las observaciones durante las actividades pudo verse que ellos aceptan las actividades por más que no les gusten. Es posible que esta situación obedezca a la misma dinámica implícita del día a día; es decir, que también sea parte del juego el oponerse.

De todas maneras, destacamos la apertura de los distintos profesionales en escucharlos y tener en cuenta lo que proponen: suelen preguntar qué les gusta y así es como también van surgiendo ideas para la planificación:

*“Se tiene en cuenta las voces de los pacientes. Ellos marcan el ritmo y vamos buscando. No podemos conformar a todos, pero yo tomo muy en cuenta lo que dicen los pacientes”.* (Gabriela, Trabajadora Social)

La visión respecto a las personas que no participan de las actividades es heterogénea: hay quienes opinan que no se suman a la propuesta hasta que algo los motive a hacerlo. Esto puede llevar pocas sesiones o largos meses dependiendo del paciente. Producto de las entrevistas realizadas a las personas que reciben el tratamiento, en general se destaca el grado de conformidad de los pacientes que participan de los juegos:

*“Yo estoy más que de acuerdo con la actividad, me gusta, hacer un poco de gimnasia hace bien... y los juegos para reírse y distraerse también me hacen bien, al grupo lo une más, porque nos cargamos entre nosotros cuando competimos, y más cuando hay regalos eso nos motiva un montón (risas), para mí es algo más que hago acá adentro, ya me acostumbré a jugar e irme por un rato de esta sala”. (Carlos, sujeto en tratamiento)*

*“A mí me gusta jugar, es pasar un rato hermoso y de distracción, es algo más que hacemos como parte de la diálisis, además que tomamos más confianza con los compañeros, se pasa el tiempo volando, si tendría que elegir que esté la actividad, la elijo, estoy muy conforme con la atención, aunque también podríamos tener dos días de juegos”. (Martin, sujeto en tratamiento)*

Las actividades, al posibilitar el intercambio, permiten tomar más confianza con los compañeros y dar lugar a nuevas situaciones dentro de la sala: se ve la empatía, la rivalidad con el otro, la competencia sana. La interacción y la conversación que induce el juego posibilita el acercamiento entre los pares y con el equipo profesional. Interactúan entre ellos y disminuyen lo invasivo del tratamiento. Tienen la atención puesta en el juego, en ganar y competir, desviando la sensación de displacer y síntomas. En palabras de José David (1985) el juego es un facilitador para la participación generalizada, y en CETER abundan experiencias que refuerzan esta idea. La actividad lúdica genera pautas de solidaridad y unión que demorarían mayor cantidad de tiempo en aparecer de otra manera. También da lugar a la expresión de diferentes problemas ajenos al tratamiento como son los problemas de tipo familiar, la soledad, entre otros.

Todas las personas en tratamiento que fueron entrevistadas manifestaron que consideran efectivos los talleres para sobrellevar mejor el tratamiento

porque presentan menos molestias y logran distenderse de las tensiones que representa el mismo.

Lo observado anteriormente se refleja en las palabras de Karin:

*“Dentro de la actividad también descargan tensiones. Al dividirnos en equipo aflora el espíritu competitivo. Muchas veces se disgustan entre ellos, se pelean, es como una descarga de emociones. Cuando juegan en equipos también se van generando vínculos...es una manera de que si hay un nuevo paciente en sala pueda integrarse al grupo, conocerse. Una manera interesante de que se vaya adaptando también a una nueva realidad”.*

También hay pacientes que participan siempre y de un día para el otro no lo hacen más por algún problema de salud o por un motivo que los aqueja emocionalmente. Desde el equipo de salud algunos se plantean la inquietud acerca de qué hacer con los que no participan. Muchas veces las personas en tratamiento sienten que no pueden hacerlo por la falta de visión, falta de audición o simplemente porque se sienten muy viejos para jugar. Plantearse de qué forma pueden generar más inclusión en los juegos es un desafío presente; no solo desde los recursos materiales para llevarlo a cabo, sino desde el trabajo que significa poder mostrarle a la persona que el juego no es para niños, que ellos también pueden jugar sin necesidad de ver o escuchar perfectamente.

Por otro lado, tomando como eje de análisis los tres niveles de participación de Hernández (1994) - *“ser parte, tener parte y tomar parte”*- y concretamente con el tercero que nos remite al rol, a la actuación propiamente dicha del sujeto, entendemos que las personas en tratamiento se apropiaron de forma efectiva del espacio y del momento de las actividades. Lo incorporaron, generando un sentimiento de pertenencia y una “responsabilidad” -implícita- por hacer valer el momento

y enriquecerlo con su participación. Se convirtieron en hacedores de su propia vivencia. Tal como señalábamos en párrafos anteriores acerca de las sugerencias de juegos al equipo de salud (posibilidad de repetir (o no) un juego, poder optar entre dos posibilidades u otras situaciones, etc.) muestran la intención de *tomar parte* en la construcción del momento lúdico que viven dentro de la sala.

### *El juego de comunicarse*

Al estar sentados en un sillón, imposibilitados de moverse, el acercamiento corporal no es posible; pero esta situación no evita que el proceso comunicativo, tal como se ha desarrollado en el capítulo anterior, se lleve a cabo: la comunicación no verbal es el aspecto más enriquecedor durante los juegos: la entonación, la intensidad de la voz, las risas, las posturas, las muecas, los gestos, superan en importancia a la comunicación verbal. A veces se encuentran cansados para hablar, pero con energía para participar de los juegos:

*“El otro día una paciente estaba haciendo un juego y salió una palabra, y paso todo el turno riéndose. Nos acordábamos y eso te emociona. Esto ya queda para la otra diálisis y queda como tema para hablar en el próximo encuentro. Tené en cuenta que ellos están sentados y a veces se sienten mal”. (Olga, personal de limpieza)*

En CETER se busca continuamente estimular la comunicación entre los/as participantes, no solo la verbal sino también las de tipo no verbal (expresión gestual, contacto físico, mirada, etc.), para favorecer nuevas posibilidades de comunicación. Los juegos permiten compartir experiencias, conocimientos e ideas, emociones, y también transformar la realidad. Como dispositivo de intervención resulta sumamente útil. Hubo momentos en donde con solo poner un poco de música se notaba un cambio en el ánimo de quienes recibían el tratamiento. Por otro lado,

generalmente las conversaciones y diálogos de temas diversos se dan con los compañeros que tienen al lado; el juego permite incluir en esa charla a otras personas que están más lejos. Se percibe reciprocidad en este aspecto, y una actitud proactiva en torno a la inclusión de nuevos integrantes en la sala. Esto viene a dar cuenta de lo desarrollado en el capítulo anterior en donde entendemos el proceso de comunicación desde un enfoque sistémico (Zamanillo, 2008), donde todo parte desde una relación simétrica que posibilita que el sujeto sea protagonista en todo momento. A su vez consideramos que el juego es un modo de comunicación que permite abordar situaciones nuevas y conducir a una mayor integración de los sujetos en tratamiento, creando y profundizando las relaciones entre ellos.

#### *¿Qué dicen los que no juegan?*

En CETER, las actividades lúdicas en sala no se implementan en todos los turnos. Las personas que asisten en los horarios donde no se realizan los juegos manifiestan descontento ya que les gustaría poder disfrutar de una hora “diferente”. De las entrevistas al equipo de salud surgió reiteradas veces esta cuestión:

*“El tema es que solo hay juegos en dos turnos y los otros turnos cuando escuchan o están esperando para entrar a la diálisis preguntan: ¿y por qué nosotros no? Quizá estaría bueno que lo hagan para todos...que duren un poco menos, pero para todos”.* (Olga, personal de limpieza)

*“Estaría bueno que estén todos los turnos. Turno noche no sabe que existe esto. Me parecería bárbaro que también esté para ellos. Si se enteraran seguramente se quejarían. A veces nos dicen: ¿qué pasa que con nosotros no vienen?”* (Luis, enfermero)

La implementación de los juegos en todos los turnos es una cuestión pendiente; como alternativa, buscan integrar a los que no acceden a las actividades en la muestra de destrezas o las actividades al aire libre planificadas anualmente.

### *Jugando con el equipo profesional*

El proyecto *el movimiento es salud* trajo aparejado un cambio de rol del trabajador social, antes considerado como un mero gestor de medicamentos o de una pensión, en el que fue necesario trabajar el poder médico hegemónico. Se realizó un cambio de enfoque para generar la idea de trabajo en equipo, el cual contó con el apoyo del director médico de aquel entonces. Hoy día, el proyecto institucional se encuentra afianzado en todos los centros del país, pero todavía surgen algunas resistencias. No todos están convencidos.

María Isabel, precursora del proyecto, nos cuenta sus sensaciones:

*“Creo que la implementación de actividades lúdicas en sala me ha permitido reveer todo mi trabajo. Recuerdo cuando, junto a Fernando Rabenko realizamos la primera experiencia en CETER, cómo los enfermeros se prendieron a jugar con los pacientes. Creo que también sirvió para comenzar a valorar este aspecto”.*

Cuando nos dice *“reveer todo mi trabajo”*, María Isabel no sólo se refiere a su labor profesional, sino también a la elaboración de nuevos espacios dentro de la institución. Actualmente, hay una reunión de trabajo social de carácter anual, en Buenos Aires, en donde se brinda capacitación interna acerca de la temática. Una de las funciones como coordinadora es organizar estas capacitaciones en función de las necesidades de los colegas. Además, nos cuenta que Fernando Rabenko asistió en dos oportunidades para tener una jornada que facilitara elementos para poder generar en la sala este tipo de actividad. Pronto comenzó a surgir un



problema: había colegas que se animan mucho más que otros a realizar estas actividades. Como respuesta, DIAVERUM optó por contratar personal externo que pudiera realizar las actividades que el trabajador social no pudiera hacer por su personalidad. Otras vías de capacitación fueron el trabajo en red con PAMI en donde se comenzó a realizar programas recreativos relacionados a actividades de yoga, narración, entre otras; y con universidades de la zona.

Al ser consultada por las resistencias al proyecto, la trabajadora social de CETER nos comentaba que la mayoría lo aceptan porque ya están acostumbrados, esto es así producto de un arduo trabajo en donde se buscó dilucidar cuáles eran las cosas que podían llegar a molestarle al profesional. A su vez, resaltó la importancia de encontrar un punto de equilibrio en la convivencia dentro de la sala. Debemos entender que los enfermeros deben estar pendientes del tratamiento y el ruido de las máquinas que deben chequear durante las cuatro horas. Esto es vital para cerciorarse de que la hemodiálisis se desarrolla en tiempo y forma. Es necesaria la búsqueda de consenso para que todos puedan hacer su trabajo.

Durante la experiencia dentro de la institución no se visualizaron problemas en el transcurso de las actividades. Es digno de resaltar la buena articulación entre los enfermeros, personal de limpieza y la instructora del proyecto para que todos puedan realizar su trabajo. En caso de alguna emergencia (descompensación de algún paciente, falta de agua para el uso de las máquinas, charla de la nutricionista o trabajadora social con la persona que dializa), la instructora sabe que debe dar lugar y suspende o planifica nuevamente la actividad del día.

Dentro de CETER la mayoría del equipo de salud ve provechoso tener las actividades. No sólo influyen en el paciente sino también contribuyen a descomprimir la tensión que implica la jornada laboral y salir de la rutina.

Salvo la instructora y la trabajadora social quienes manifestaron haber tenido una mínima formación en contenidos relacionados al juego durante su paso por el ámbito académico, los profesionales restantes admiten haber empezado a empaparse de la temática una vez que comenzaron las actividades en sala. Al ser consultados respecto a la importancia de los juegos en función a la adherencia al tratamiento, resulta llamativo que los profesionales que se encuentran dentro de la sala más tiempo valoran más las actividades. Mientras que los enfermeros, el personal de limpieza y la instructora del proyecto destacaron ampliamente la utilidad de las actividades, profesionales que están menos en contacto con ellos lo ven como algo accesorio, que contribuye, pero en menor medida:

*“Cuando puedo participo. En el bingo, ayudo a alguno. Cuando ponen los pinos para que tiren como los bolos me parece que los pacientes se estimulan más.”* (Luis, enfermero)

*“A veces participo. En el juego de la música que tenes que saber quién lo canta, si lo sabes...vas y le soplas a algún paciente. Eso de ser compinche les gusta, se divierten.”* (Olga, personal de limpieza)

*“Si estamos bien con el trabajo podemos estar un poco más de tiempo en la sala. Mas que nada nosotras. Porque enfermería está más en su tarea. Nos gusta estar adentro. Una vez me puse a bailar con Karin para participar de la actividad. Nace de nosotros.”* (Liliana, personal de limpieza)

*“Son momentos, pero creo que sirven. Siempre dejan algo, aunque sea algo malo porque lo capitaliza para mandarlo para otro lado. No sé si tiene mucho de influencia la actividad lúdica. El clima es otro y, por ende, condiciona para otras cosas. Pienso que la adherencia al tratamiento va por otro lado. Si contribuye. No es el eje principal, es una pata. La gente que tiene compromiso con el tratamiento lo tiene de por sí. Y se cuida.”* (Gabriela, Trabajadora social)

## Conclusión

### *Homo Ludens*

La experiencia en CETER deja en evidencia, hartamente comprobada, que el juego posibilita una mejor adherencia al tratamiento en sujetos con insuficiencia renal y también permite una mejora en su calidad de vida.

En estas reflexiones finales creemos necesario retomar la hipótesis inicial propuesta en el trabajo acerca de que las actividades lúdicas en sala facilitan la creación y profundización de relaciones sociales entre pares y para con el equipo profesional, contribuyendo a la adherencia al tratamiento y al pleno desarrollo humano. El proyecto *el movimiento es salud* permite dotar al paciente de mayor libertad a pesar de verse sometido a un tratamiento totalmente invasivo donde tiene que estar cuatro horas conectado a una máquina, con un brazo inhabilitado. Allí donde por mucho tiempo se preguntaron “¿Qué hago?”, se empezaron a buscar posibles respuestas. Algunas de ellas podemos encontrarlas dentro de esta propuesta: actividades de meditación, de elongación, de estimulación cognitiva, de información, de cuidado de la salud, entre otras. Todas ellas persiguen el objetivo de demostrarle al paciente que no es un riñón enfermo, que continúa siendo un sujeto con una historia, con derechos y proyectos por delante.

Durante la experiencia, actividad tras actividad, se busca demostrar que, si no puede correr, puede caminar; si no puede leer un libro, lo puede escuchar; si no puede pintar porque tiene una mano inhabilitada, puede hacerlo con la otra. Tal como vimos en la experiencia el juego permite no solo aislarse del momento de hemodiálisis sino también presenta un banco permanente de prueba para todas las personas con insuficiencia renal, un hacer que permite modificar la relación del jugador con la realidad y, a su vez, modificarse (Moreno, 2012).

Al objetivo general de describir los procesos de aplicación de las prácticas lúdicas dentro de CETER, buscamos profundizarlo con tres específicos que hicieran referencia a la participación y la comunicación, a la percepción que tenían los sujetos de los juegos durante el tratamiento, y a las experiencias previas del equipo profesional en prácticas lúdicas.

En el transcurso de las observaciones y las entrevistas realizadas fueron surgiendo diferentes cuestiones que, luego del análisis, arrojaron resultados dispares. Por ejemplo, si nos referimos a los procesos de participación y comunicación podemos señalar que estos se ven enriquecidos y potenciados a través del juego. La planificación de las actividades en sala apunta a reforzar estas cuestiones permanentemente. Como se dijo anteriormente, las entrevistas reflejaron una gran aceptación por parte de los sujetos en tratamiento; sin embargo, las observaciones en sala, aunque no mostraron grandes resistencias, se pudieron ver momentos en los que destacaban comentarios que referían a la repetencia de alguna actividad o a los deseos de realizar alguna otra. Al analizar la participación desde una perspectiva relacional surgió este aspecto de forma más clara: las “propuestas” por parte de las personas que se dializaban se materializaban en sugerencias o simples comentarios, dejando abierto el interrogante para futuras investigaciones acerca de si su nivel de participación es “desaprovechado”, si es el tipo de participación al que pueden acceder ya sea por su estado de salud o por el tipo de tratamiento, o si está influenciado por su experiencia previa en espacios participativos.

Por otro lado, las personas que no forman parte de los dos turnos en los que se implementan las actividades manifiestan su desacuerdo deseando que ellos también puedan experimentar ese momento de recreación. Esta es una cuestión a resolver por parte de la institución ya que inferimos que las voces de los que no juegan son la representación de un grupo mayor.

Respecto a la comunicación, resaltamos que no solo posibilita abrir nuevos canales de comunicación (verbales y no verbales), posibilitando nuevos vínculos, sino que también vienen a reforzar los ya creados. Esto posibilita un feed back entre los que participan del tratamiento y entre ellos y el equipo de salud, apoyando nuestra idea de la comunicación como un proceso sistémico.

El equipo de salud ha logrado crear una conducta lúdica con el paso del tiempo, producto de la participación en las actividades. Las entrevistas han dado cuenta de ello. Sin embargo, también reflejan que no hay suficiente preparación teórica previa en todos los integrantes del equipo, y que la mayoría tampoco disponen de experiencias previas en la temática.

En lo personal, durante todo el proceso de investigación y su posterior escritura intenté poner en juego no solo mis saberes previos y los aprehendidos durante esta experiencia, sino también mis miedos, inseguridades y juicios propios respecto a lo lúdico y a las cuestiones que surgen de ser un sujeto con insuficiencia renal crónica. Adentrarse en ese mundo complejo, lleno de límites físicos, psicológicos y sociales, obliga a uno a interpelarse continuamente. La experiencia previa en CETER años atrás, durante mi proceso de formación, me había brindado un primer acercamiento de la institución y la posibilidad de realizar un análisis de situación para conocer su funcionamiento y las problemáticas que surgían dentro. Sin embargo, introducir la temática de lo lúdico en una problemática como la insuficiencia renal representó un desafío, sobre todo teniendo en cuenta la poca producción académica que vinculara estos dos temas. Las características, naturaleza y relevancia de la relación “juego y hemodiálisis” no han sido descriptas y estudiadas, siendo de importancia para la articulación de futuros proyectos, políticas y/o programas que permitan una mayor adherencia al tratamiento y su consecuente influencia en la mejora de la calidad de vida del sujeto en tratamiento. La idea de contribuir a dar un pequeño paso en esta dirección

me resultó sumamente alentador en momentos en donde uno veía el objetivo de finalizar la formación académica, con una investigación que intentara vincular juego y hemodiálisis, un poco lejos.

Los aportes de lo lúdico como actitud frente a la vida, contribuirá a la aplicación de criterios más actuales a los acontecimientos y exigencias que presenta la situación actual. Lo lúdico, como parte fundamental del desarrollo humano (o de la dimensión humana), como una forma de estar y ser frente a la vida, y de relacionarse con los aspectos cotidianos. La distensión que producen actividades simbólicas e imaginarias como el juego, el sentido del humor, el arte, entre otros, promueven una existencia lúdica. Creemos necesario romper de forma definitiva con la idea de que el juego se encuentra imposibilitado de aplicarse en una acción “seria” y profesional, reivindicando la necesidad de una existencia lúdica en donde el juego contribuya a comprendernos y a comprender al otro.

## Bibliografía

### Libros

- Anzieu y Martin, “La dinámica de los grupos pequeños”, Buenos Aires, Edit. Kapelusz, 1971.
- Berlo, David, “El proceso de la comunicación: introducción a la teoría y a la práctica”, Buenos Aires, El Ateneo, 1997.
- Bosch, Jorge, “Introducción a la comunicación.Síntesis humanístico científica”, Buenos Aires, Ed. Edicial, 1998.
- Bang, Claudia, “Creatividad y Salud Mental comunitaria. Tejiendo redes desde la participación y la creación colectiva”, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2016.
- Brownlea, “Participation: myths, realities and prognosis”, Soc Sci Med, 1987.
- Cañeque. Hilda, “Juego y vida: la conducta lúdica en el niño y el adulto”, s/l, El Ateneo, 1991.
- Carballada, Alfredo, *La Intervención en lo Social*, Buenos Aires, Paidós, 2002.
- Claparède, “Psychologie de l’enfant et pédagogie expérimentale”, 1946.
- Cucatto, Andrea, “Introducción a los estudios del lenguaje y la comunicación: Teoría y Práctica”, La Plata, Edulp, 2010.
- Cszerenia, D. y Freitas, C., “Promoción de la salud: conceptos, reflexiones”, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2006.
- David José, “Juego y trabajo social. Un nuevo auxiliar de la práctica”, Buenos Aires, Ed. Hvmánitas, 1985.
- David José, “Juguemos antes que se acabe...”, Buenos Aires, Ed. Lumen-Hvmanitas, 2003.
- Dore, “El niño y el trabajo”, en “Los problemas de la pedagogía”, 1958.
- Eroles Carlos, “Familia, democracia y vida cotidiana. Las familias en la gestación de movimientos sociales”, Buenos Aires, Editorial Espacio, 2008.

- Ferullo de Parajón, Ana Gloria, "El triángulo de las 3 P", Buenos Aires, Editorial Paidós, 2006.
- Herbart, "Pedagogía general deducida de los fines de la educación", traducción de G. Marpillero, Sandron, Palermo, 1939.
- Hernández, E. (1994): "Elementos que facilitan o dificultan el surgimiento de un liderazgo comunitario", en M. Montero (coord.): Psicología social comunitaria. Teoría, método y experiencia, Guadalajara, Ediciones de la Universidad de Guadalajara, 1994.
- Garzón, Gabriel y Trípodí, Edgardo, "El cuerpo en juego", Buenos Aires, Lumen humanitas, 2000.
- Kant, "Crítica del juicio", Laterza, Bari, 1960.
- Marc y Picard, "La interacción de lo social", Barcelona, Paidós, 1992.
- Montero, Maritza, "Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos", Buenos Aires, Editorial Paidós, 2004.
- Menendez Eduardo y Spinelli Hugo, "Participación Social para qué. Las múltiples trayectorias de la Participación Social", Buenos Aires, Editorial Lugar, 2006.
- Moreno, Inés:
  - "El juego y los juegos", Buenos Aires, Lumen, 2005.
  - "Espacios de Juego: Intervenciones lúdicas en educación, salud, empresas y áreas públicas", Ed. Bounm, 1ra Edición, 2012.
- Munné, Frederic, "Psicosociología del Tiempo Libre", Pensilvania, Trillas . 1980.
- Nunn, "Factores y principio de la educación", Florencia, La Nuova Italia, 1953.
- Rabenko, Fernando:
  - "Los problemas sociales tomados como un juego", Tomo I, Buenos Aires, Impresiones Unicornio, Serie Tiempo de Juego, 2004.
  - "El juego temático grupal, facilitador de la intervención y educación social.", Buenos Aires, Impresiones Unicornio, Serie Tiempo de juego, 2005.



- Rivière, Pichon, "Psicología de la vida cotidiana", Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión, 1986.
- Sánchez, Nadia, "Disciplina lúdica e intervención en Trabajo Social: aportes del juego como dispositivo facilitador de mejores formas de relación, comunicación y participación en/con familias", Trabajo Final de Grado. UNLA, 2009.
- Serrano, Martin, "Teoría de la comunicación", Madrid, Editorial A. Corazón, 1982.
- Tallis, Jaime, "Proyectos en juego. Experiencias infantiles, espacios y lugares para jugar: Juego y salud, Buenos Aires: Fundación Navarro Viola, 2012.
- Terr, Leonore, "El juego: por qué los adultos necesitan jugar", Barcelona, Ediciones Paidós, 2000.
- Touraine, Alan, "Crítica a la modernidad", Buenos Aires, Editorial FCE, 1994.
- Volcipelli, Luigi, "La vida del juego", Buenos Aires, Ed. Estrada, 1969.
- Zamanillo, Teresa, "Trabajo social con grupos y pedagogía ciudadana", Madrid, Ed. Síntesis, 2008.

### Otros materiales académicos consultados

- DIAVERUM, Manual informativo para el paciente renal.
- Picotto, Diego y Castronovo, Adela, "Guía para la elaboración de trabajos finales", UNLa, 2007.
- Silvana Pacín "El juego y la recreación en el desarrollo cultural, social y comunitario." Material para el seminario de formación en el juego y la recreación, en el contexto de un trabajo sociocultural y educativo.

## Artículos en medios electrónicos

Dina, Czeresnia. (Página consultada el 11 de agosto de 2017). “El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción”. [On-Line]. Dirección URL: [http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/czeresnia\\_dina\\_el\\_concepto\\_de\\_salud\\_y\\_la\\_diferencia\\_entre\\_prevenccion\\_y\\_promocion\\_CO\\_NCEPTO\\_DE\\_SALUD\\_DIFERENCIA\\_ENTRE\\_PROMOCION\\_Y\\_PREVE\\_NCION.pdf](http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/czeresnia_dina_el_concepto_de_salud_y_la_diferencia_entre_prevenccion_y_promocion_CO_NCEPTO_DE_SALUD_DIFERENCIA_ENTRE_PROMOCION_Y_PREVE_NCION.pdf) .

García Fanlo, Luis. (Página consultada el 5 de julio de 2017). “¿Qué es un dispositivo?: Foucault, Deleuze Agamben.”. [On-Line]. Dirección URL: <http://serbal.pntic.mec.es/AParteRei/fanlo74.pdf> .

Ministerio de Salud de la Nación. (Página consultada el 4 de julio de 2017). “Guía de práctica clínica sobre prevención y detección precoz de la enfermedad renal crónica en adultos”. [On-Line]. Dirección URL: [http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000069cnt-2012-08-02\\_guia-prevencion-deteccion-precoz-enfermedad-renal-cronica-adultos.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000069cnt-2012-08-02_guia-prevencion-deteccion-precoz-enfermedad-renal-cronica-adultos.pdf) .

## Sitios Web

Federación Alcer. <http://alcer.org/federacionalcer/que-es-la-enfermedad-renal> . [Consulta: 15-09-2017]