

REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE LA ESTIMULACIÓN EMOCIONAL
Y VERBAL DE LOS ACOMPAÑANTES DE NIÑOS Y NIÑAS EN EL
CONTEXTO HOSPITALARIO

EDITH YAMILE GONZÁLEZ PATIÑO

JOHANNA MORENO GIL

LUZ MARY OSPINA OCHOA

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE EDUCACIÓN
DEPARTAMENTO DE EDUCACION INFANTIL
LICENCIATURA EN PEDAGOGIA INFANTIL
MEDELLÍN
2006

REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE LA ESTIMULACIÓN EMOCIONAL
Y VERBAL DE LOS ACOMPAÑANTES DE NIÑOS Y NIÑAS EN EL
CONTEXTO HOSPITALARIO

EDITH YAMILE GONZÁLEZ PATIÑO
JOHANNA MORENO GIL
LUZ MARY OSPINA OCHOA

Trabajo presentado como requisito para optar al título de Licenciatura en
Pedagogía Infantil

Asesor: Francisco Javier Ocampo Duque
Especialista en Niños con Énfasis en Neuropsicología Infantil y Clínica
Cognitiva Comportamental

Modalidad de grado
PROYECTO Y PRÁCTICA PEDAGÓGICA INVESTIGATIVA

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE EDUCACIÓN
DEPARTAMENTO DE EDUCACION INFANTIL
MEDELLÍN
2006

DEDICATORIA

“A Dios, a mi madre y mis hermanos que siempre me dieron ánimos más que suficientes para lograr las metas propuestas.

A mi hija Valeria y a mi esposo Esteban aliciente primordial para dar este gran paso en el camino de la vida, acompañándome constantemente con su comprensión, entrega, confianza y amor infinito.

A mi padre que a pesar de su ausencia sembró en mí la semilla de la perseverancia, la paciencia, la responsabilidad, brindándome así un ejemplo de vida imborrable.

A toda mi familia y amigos por apoyar la construcción de este sueño, por su acompañamiento a lo largo de este proceso de formación.”

Luz Mary Ospina Ochoa

“Todos los esfuerzos encaminados a cumplir esta meta están dedicados a mi familia: Lucía Gil, Alexandra Moreno, Maritza Moreno y Javier Osorio, de quienes he recibido de diversas maneras su apoyo y acompañamiento, para que llegue a cumplir mis sueños y a ser una mejor persona.

A mi abuela, que ya no me acompaña, pero que estaría orgullosa de saber lo que hoy en día he logrado con esfuerzo y dedicación.

Y a mis compañeras de trabajo y amigas, por hacer más agradable la realización de este compromiso.”

Johanna Moreno Gil

“A mi familia; por su apoyo, tolerancia y acompañamiento durante todo mi proceso de formación como maestra.

A los maestros y maestras, que con su visión crítica ayudaron a la apertura de nuevos horizontes.

A mis compañeras y amigas, que con su compañía y alegría supieron llenar mi vida y confrontarme con el saber aprehendido.

A los niños y las niñas, porque su existencia ha despertado aún más mi sensibilidad para heredarles una sociedad acorde a sus sueños e ideales.

Por todo, a todos y a todas gracias.”

Edith Yamile González Patiño.

AGRADECIMIENTOS

Deseamos agradecer a la Universidad de Antioquia por brindarnos los elementos necesarios para una formación integral y capacitación en el ejercicio profesional, y específicamente a la Facultad de Educación por lograr hacer de nosotras excelentes maestras con criterios éticos y académicos claros.

Al asesor Francisco Ocampo Duque, por brindarnos su acompañamiento, conocimiento y contribuir con la realización de este proyecto.

Al Hospital Infantil, y especialmente a la Doctora Lucrecia Rojas por abrirnos las puertas y apoyarnos en la labor que nos acoge como maestras.

A todos los niños y niñas hospitalizados en la sala de Lactantes y sus acompañantes por dejarnos aprender con ellos, compartir conocimientos y experiencias y un poco de alegría pese a las circunstancias.

TABLA DE CONTENIDO

	RESUMEN O ABSTRAC	
	INTRODUCCIÓN	8
1.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
2.	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo General	11
2.2	Objetivos Específicos	11
3.	JUSTIFICACIÓN	12
3.1	Limitaciones	14
4.	ANTECEDENTES	15
4.1	Antecedentes Institucionales	15
4.2	Antecedentes Históricos de los Programas del Hospital Infantil	15
4.3	Historia del Aula Lúdico Pedagógica	16
4.4	Antecedentes Locales	16
5.	REFERENTES CONCEPTUALES	19
5.1	REPRESENTACIONES SOCIALES	19
5.2	PEDAGOGÍA HOSPITALARIA	22
5.2.1	El Niño Hospitalizado	23
5.3	LA FAMILIA COMO AGENTE EDUCATIVO	24
5.3.1	El Desarrollo, el Aprendizaje, la Mediación Significativa y las Interacciones Positivas	27
5.4	LA ESTIMULACIÓN	30
5.4.1	Dimensión Socioafectiva	32
5.4.1.1	Inteligencia Emocional	33
5.4.1.2	El Desarrollo Emocional en los Primeros Años del Niño	36

5.4.2	Dimensión Comunicativa	38
5.4.2.1	El Lenguaje Paraverbal y su Relación con las Emociones	41
5.4.2.2	Comunicación Madre-Hijo	45
5.4.2.3	El Desarrollo del Lenguaje en los Primeros Años del Niño	46
5.4.2.3.1	Período Prelingüístico	47
5.5	EL JUEGO	47
5.5.1	El Juego del Lactante	49
5.6	MEDIOS DIDACTICOS Y EDUCATIVOS	50
6.	DISEÑO METODOLÓGICO	53
6.1	Técnicas e Instrumentos	53
6.2	Validación de los Instrumentos	55
7.	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	57
7.1	Caracterización de la Población	57
7.2	Hallazgos	64
7.2.1	La Estimulación como Estrategia Pedagógica	64
7.2.1.1	La Estimulación Socioafectiva y las Emociones: Base Fundamental del Desarrollo y los Aprendizajes Significativos.	69
7.2.1.1.1	¿Qué Dicen los Acompañantes sobre las Emociones?	71
7.2.1.2	El Lenguaje y la Comunicación	76
7.3	El juego Hospitalario: Posibilidades y Limitaciones	84
7.4	La Familia como Agente Educativo	86
8.	CONCLUSIONES	88
9.	RECOMENDACIONES	91
	BIBLIOGRAFÍA REFERENCIADA	
	BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	
	ANEXOS	

RESUMEN

A partir de la inscripción de este trabajo en el eje de investigación Pedagogía y Estimulación Inicial: Un Enfoque desde la Diversidad, el presente Proyecto Pedagógico Investigativo se propone describir las representaciones sociales acerca de la estimulación emocional y verbal que poseen los y las acompañantes del niño y la niña que se encuentran en condición de hospitalización; para ello se retoman algunos elementos de la teoría de las representaciones sociales, pues gracias a ella, se aborda de mejor manera el conocimiento adquirido por el sentido común, es decir, el conocimiento espontáneo, natural que se constituye a partir de las experiencias y de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que se reciben y transmiten a través de la educación y de la comunicación social.

En el aspecto metodológico se emplean técnicas como: las entrevistas semiestructuradas de las cuales se extrae información que conduce a la exploración de las representaciones sociales, y la observación no participante que permite identificar las condiciones y/o situaciones características que se afrontan en los medios hospitalarios incidiendo de una u otra forma en la interacción madre - hijo o acompañante – niño, sesgándola a una atención asistencial; por tal razón se implementan los talleres como estrategia pedagógica con el propósito de tener una aplicabilidad en la cotidianidad, donde prime el buen trato y, las relaciones estén rodeadas de estímulos que propendan por el desarrollo integral de los niños y las niñas pese a su condición de enfermedad.

De ahí la importancia de este proyecto ya que da la posibilidad de generar otras propuestas pedagógicas en contextos similares acorde a las experiencias e informaciones previas de las personas con las que se tiene contacto.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo, por ser un Proyecto Pedagógico Investigativo pretende dar cuenta de una práctica pedagógica llevada a cabo en el Hospital Infantil de la ciudad de Medellín, a la luz de la pedagogía hospitalaria como un campo conceptual que abre las puertas para el hacer educativo del maestro y de la pedagoga infantil en ámbitos alternativos.

Dicha práctica pedagógica se encuentra enmarcada en la línea de investigación “Pedagogía y Estimulación Inicial: Un Enfoque desde la Diversidad”, razón por la cual la finalidad de este proyecto es la identificación de las principales representaciones sociales acerca de la estimulación emocional y verbal que poseen los y las acompañantes, que por el hecho de encontrarse en el centro hospitalario, donde las personas provienen de diferentes regiones del país enriquecen aun más esta experiencia permitiendo conocer su realidad social.

Se partirá de una pregunta central de investigación que enmarca el contenido general del trabajo, se retomará aspectos generales de la estimulación, haciendo énfasis en la dimensión afectiva y del lenguaje, siendo estas las áreas de interés de la presente investigación. Igualmente se abordarán temas claves como el juego, la familia como agente educativo, todos estos desde diferentes posturas teóricas, que resaltan la importancia del trabajo con padres de familia o con los principales acompañantes de los niños, en el contexto hospitalario donde se lleva a cabo la investigación.

Este trabajo se presenta conforme al siguiente orden, en donde en un primer momento se alude a el planteamiento del problema en el cual se encuentra el fenómeno explorado, las representaciones sociales, las situaciones problemas en el contexto hospitalario a partir de la observación y la interacción, que conducen a la formulación de la pregunta problema.

Seguidamente se encuentra los objetivos generales y específicos que orientan el trabajo investigativo y la justificación que pretende dar a conocer las razones por las cuales es pertinente llevar a cabo este proyecto investigativo.

Del mismo modo se referencia los antecedentes: a nivel institucional, de los programas que funcionan en el Hospital Infantil y la historia y proyectos que han sido llevados en el aula lúdica pedagógica, antecedentes que dan cuenta de la dinámica del Hospital.

En el referente conceptual está la postura teórica que se asume como base para desarrollar los planteamientos investigativos, en éste se hallan temas como: las representaciones sociales que se sitúan como formas de conocimiento colectivo. La pedagogía hospitalaria, entendida como una actividad pedagógica con los niños enfermos en el hospital. Se aborda el tema de la familia el cual cobra importancia por ser uno de los primeros y principales

agentes educativos. Se trata el tema de la estimulación como una estrategia que permite brindar experiencias en períodos tempranos y la importancia que tiene a nivel psíquico, orgánico, de la conducta, en el vínculo y el aprendizaje. En éste apartado se retoma la dimensión socioafectiva y emocional como posibilitadoras del desarrollo integral del niño, es decir que cobran importancia en el aprendizaje, en las relaciones con los demás y en la construcción de la personalidad, así como la dimensión comunicativa y de lenguaje fundamentales en la interacción madre-hijo para favorecer el desarrollo emocional y el desarrollo del lenguaje del niño. Finalmente se desarrolla la temática del juego como un factor esencial en el niño hospitalizado para la recuperación y disminución de tensiones y consecuencias generadas por la difícil situación; además de cobrar importancia en el desarrollo de la inteligencia, en la socialización, en el desarrollo emocional, entre otros.

Se cuenta con un diseño metodológico donde se delimita el enfoque y el tipo de estudio al cual se acoge la presente investigación, las técnicas e instrumentos que se utilizan para la recolección de la información que direccionan los objetivos propuestos.

Se presenta la caracterización de la población cuyos datos se obtienen mediante la aplicación de una encuesta que arroja información básica de los acompañantes y de los niños y niñas hospitalizados.

Al finalizar se presentan los hallazgos obtenidos de la triangulación de información como las opiniones o ideas de los acompañantes, lo planteado en los referentes conceptuales y la posición de las investigadoras

Se realizan varias conclusiones y recomendaciones para continuar con esta misma línea de investigación, ampliando el fenómeno de las representaciones sociales. Ya que estas constituyen una forma de pensamiento social conformado por elementos de carácter simbólico, que permiten dotar de sentido a la realidad social y transformar lo desconocido en algo conocido e integrar la novedad, así como orientar las acciones, es decir, influyen en la forma como se interactúa socialmente.

Por último se hace énfasis en la bibliografía la cual es importante como medio de consulta que puede servir de orientación para futuras investigaciones en este campo.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El presente Proyecto Pedagógico Investigativo se realiza teniendo como precedentes algunas razones, las cuales encausan la investigación en la identificación de las representaciones sociales sobre la estimulación emocional y verbal en el contexto hospitalario.

En la fase de diagnóstico, durante las visitas realizadas al Hospital Infantil se observan que las madres como principales acompañantes de los niños hospitalizados se encuentran en algunas circunstancias: dormidas, viendo televisión, caminando por los pasillos, conversando con otras personas o alertándose ante algún cambio que el niño presente y, asistiéndole en lo referido a sus necesidades básicas de alimentación, cambio de ropa y cuidados. Aunque hay momentos en que los acompañantes están sentados cerca de su bebé, en algunos instantes mirándolos, cargándolos, se percibe una actitud pasiva en la interacción emocional y verbal con el niño; generando pocas posibilidades de desarrollo socioafectivo y de juego en este espacio.

En consecuencia no hay un aprovechamiento del tiempo y de los espacios en el hospital incidiendo en cierta medida en que las relaciones cuidadores-niños sea sólo asistencial, generando dificultades en la socialización, en los vínculos afectivos, y además de cambios emocionales causados por la difícil situación que deben experimentar los niños hospitalizados: el período de hospitalización que en muchas ocasiones se prolonga en el tiempo, la separación de la familia, entre otros. Estos hechos pueden llevarlo a presentar sentimientos de abandono, tensión, angustia, depresión, cambios de humor, ansiedad, entre otros, frente a un medio que le resulta desconocido.

Lo anterior conlleva a la necesidad de indagar; previo a la implementación de una propuesta pedagógica en estimulación según las características específicas de la población, cuáles son las ideas, creencias, opiniones y prácticas de crianza que poseen los acompañantes sobre la estimulación emocional y verbal en este contexto donde son más vulnerables, requiriendo de una mayor atención.

Las representaciones sociales de los acompañantes son un eje central a abordar en la presente investigación, al ser estas las bases que orientan la educación, formación y crianza de los niños y niñas.

Por consiguiente, se puede enunciar la pregunta de investigación de la siguiente manera: *¿Cuáles son las representaciones sociales acerca de la estimulación emocional y verbal de los acompañantes de niños y niñas de 0 a 24 meses de edad, que se encuentran hospitalizados en la sala de Lactantes del Hospital Infantil?*

2. OBJETIVOS

2.1 GENERAL

Describir las representaciones sociales que poseen los acompañantes en relación con la estimulación emocional y verbal del niño y la niña que se encuentran hospitalizados en la sala de lactantes del Hospital Infantil.

2.2 ESPECÍFICOS

- Indagar respecto a las ideas u opiniones que tienen los acompañantes acerca de conceptos como: la estimulación, las emociones, el lenguaje y el juego hospitalario, a través de entrevistas semiestructuradas con el fin de obtener información que contribuya a la estructuración de sus representaciones sociales.
- Identificar la importancia de los saberes previos acerca de la estimulación, las emociones, el lenguaje y el juego hospitalario, que tienen los acompañantes como una base pedagógica, mediante la estrategia de talleres para determinar las representaciones sociales al respecto, previo a la implementación de una propuesta de estimulación en el contexto hospitalario.

3. JUSTIFICACIÓN

Se considera de gran trascendencia llevar a cabo un Proyecto Pedagógico Investigativo que indague sobre las representaciones sociales que tienen los acompañantes del niño y la niña hospitalizados respecto a la estimulación emocional y verbal en el contexto hospitalario, porque permite identificar y reconocer las pautas y prácticas de crianza las cuales están sumamente arraigadas por las mismas condiciones socioculturales de la región a la que pertenecen; siendo dichas prácticas las que delimitan de alguna manera las interacciones instauradas entre el acompañante y el niño.

Además, porque es importante concebir las representaciones sociales como el conjunto de ideas, opiniones, actitudes y creencias que devienen de un saber popular o una tradición cuya historia se replica tendiendo a convertirse en un saber legitimado por la misma práctica y permanencia en el tiempo, por el recuerdo de interacciones previas las cuales incluyen la propia infancia de los padres o acompañantes, así como las expectativas de futuro del niño. En este sentido se puede deducir que los padres, acompañantes, o adultos significativos ingresan al escenario de la crianza con su historia, producto de sus experiencias e interacción con su medio.

No obstante generar una propuesta de estimulación en el contexto hospitalario implica en primera instancia comprender que las representaciones sociales, en un grupo de personas o en un contexto determinado, designan su identidad, roles, creencias y modelos formadores, lo que se origina a través de intercambios e interacciones que llevan a un saber común propio de una comunidad.

Por consiguiente, se comparten y aceptan colectivamente esas ideas o conocimientos específicos que determinan o definen las interacciones sociales y por ende las maneras específicas de entender y comunicar la realidad, ya que las representaciones se pueden concretar desde la expresión verbal, como se hace en esta investigación, porque se consideran el reflejo de un modo de conocimiento de lo real mediatizado por el lenguaje.

En este sentido, trabajar en torno a las representaciones de los acompañantes ofrece una gran cantidad de oportunidades y experiencias para aprender y entender sus formas de comunicar y relacionarse con los niños. Así mismo, éste aprendizaje permite la estructuración de toda una serie de ideas, creencias y conceptos que los acompañantes van desarrollando en relación con el cuidado y la estimulación del niño y la niña, razón por la cual se torna fundamental, rescatar sus opiniones, experiencias, sensaciones y emociones derivadas de su vida cotidiana.

La educación es un proceso vital mediante el cual se adquieren y transforman de manera formal e informal, conocimientos, actitudes y valores respecto a la

estimulación de los niños y niñas. Por tanto la educación de los padres, acompañantes o adultos significativos constituye un valioso aporte para el logro de mejores ambientes de desarrollo de los niños en todas sus dimensiones.

Es importante la comprensión del proceso de desarrollo de los niños para una interacción más significativa y agradable entre éstos y los adultos, ya que el desarrollo del niño y el desarrollo de los adultos significativos se encuentran en una posición de completa interdependencia y reciprocidad. De esta manera los acompañantes son el camino más directo para aportar al desarrollo, formación y crianza de los niños, lo cual se logra mediante el acompañamiento de profesionales que intervienen, teniendo en cuenta principalmente, el diálogo entre las representaciones sociales y el saber profesional.

Se requieren la acción y concertación de diversos sectores, encaminadas a fortalecer el desarrollo de los adultos significativos, para lo cual se precisan concepciones de educación fundadas en la formación y ancladas a la consolidación de oportunidades para la participación de éstos en la planeación, ejecución y evaluación de acciones concertadas con las instituciones, tendientes a resolver y abordar las problemáticas que se presentan en la crianza, estimulación y formación de los niños

En suma se considera pertinente implementar dicho proyecto a cualquier propuesta pedagógica donde se trabaje con padres y/o acompañantes ya que permite conocer ideas, creencias y opiniones que han ido construyendo antes de implementar una propuesta encaminada a reorientar prácticas de crianza y educación de los niños; para no llegar abruptamente a cambiar las formas de ver y actuar en una realidad.

Es así como, el hecho de identificar dichas representaciones sociales en el contexto hospitalario tiene su trascendencia pues, a parte, de tener en cuenta al acompañante como adulto poseedor de un conocimiento que está al pendiente del niño hospitalizado, también cuenta en este proyecto pedagógico la estabilidad tanto de salud como emocional del niño al igual que su desarrollo integral haciendo mayor énfasis en la dimensión socioafectiva y comunicativa partiendo de una adecuada interacción entre el acompañante y el niño.

Por otra parte, es pertinente mencionar que el presente proyecto pedagógico investigativo contribuye asertivamente a la formación de las estudiantes de pedagogía infantil porque les presenta nuevos horizontes para un futuro desempeño profesional, el ámbito hospitalario; para que siendo éste un medio delimitado sólo para el área de la salud se de apertura al campo educativo de tal modo que exista un diálogo interdisciplinario en torno a los avances y progresos del niño que se encuentra hospitalizado en cuanto a sus logros escolares, independiente de su edad, condición social, económica y familiar.

No obstante, por el hecho de ser nuestra población objeto de estudio los niños y las niñas lactantes (0-24 meses) y sus acompañantes, la atención se deba sesgar, sino que con mayor fuerza se les preste la atención pedagógica necesaria en función de un adecuado desarrollo infantil.

Entre tanto la concientización para el conocimiento y práctica de la estimulación debe ser rescatada por el profesional del área de la salud, también por pedagogos infantiles, maestros, padres de familia y principales acompañantes y cuidadores de los niños en estas etapas tan cruciales en la vida de todo ser humano.

De allí que surja la necesidad de concebir programas contextualizados que perciban a los adultos como promotores y no como intermediarios de la atención a los niños y niñas; y una posición de respeto hacia los conocimientos, el sentido común y las representaciones de los adultos.

3.1 Limitaciones

Se considera imprescindible aclarar que, para delimitar la magnitud de esta investigación a nivel conceptual, se concreta que dentro de las temáticas macro como lo es el desarrollo y/o estimulación socioafectiva y el lenguaje se acoge en la primera particularmente a las emociones, y en la segunda a lo verbal; por una parte, porque el hecho de llevar a cabo la práctica pedagógica y el proyecto pedagógico investigativo en el contexto hospitalario se cree que lo amerita y por otra porque durante las visitas realizadas a la sala de lactantes en la fase I de diagnóstico se observa en cuanto a las interacciones acompañante-paciente unas actitudes pasivas y frívolas, por lo que nace la idea de explorar los significados que ellos poseen respecto a la estimulación emocional-verbal para que así se movilicen las ideas y pensamientos acerca de la importancia de implementar dicha estimulación

También es importante mencionar dentro de los limitantes acontecidos en el transcurso de la experiencia, la variación del aspecto metodológico de esta investigación a nivel de programación de las estrategias, ciclos de implementación y aplicación de instrumentos, lo que implica la modificación de la pregunta de investigación, de los objetivos y el diseño de investigación, entre otros.

Al momento de caracterizar la población se encuentra que es muy fluctuante, convirtiendo ésta en la principal condición para proseguir y/o continuar con el desarrollo del proyecto, negando la posibilidad como se pretendía al inicio de llevar un proceso y hacer seguimiento para lograr ver algunos cambios a partir de un programa de estimulación.

No obstante al determinar esta investigación descriptiva, se espera que sea un insumo valioso como antecedente para investigaciones y/o proyectos futuros, ya que esta experiencia ha sido muy enriquecedora.

4. ANTECEDENTES

4.1 Antecedentes Institucionales

El Proyecto Pedagógico “Representaciones sociales sobre la estimulación emocional y verbal de los acompañantes de niños y niñas en el contexto hospitalario” tiene lugar en el servicio infantil del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, cuya misión y visión está planteada para la cobertura de todo el hospital.

MISIÓN: El HOSPITAL presta servicios de salud con énfasis en la alta especialidad, dirigidos preferentemente a las personas de escasos recursos económicos y participa en la formación del recurso humano y en el desarrollo de investigaciones en salud, con personas idóneas y comprometidas

VISIÓN: El HOSPITAL será líder en el sector por su alto nivel humano, científico, tecnológico e investigativo. Nuestra labor generará desarrollo y satisfacción laboral, personal, familiar y social.

Historia del Hospital Infantil “Manuel José Caicedo”

El Hospital Infantil cuya historia se remonta a 1949, año en el que un médico de la ciudad con mucha visión previó la necesidad de brindarle a la población, tanto urbana como rural, del departamento de Antioquia y de todo el país una atención infantil más amplia en cuanto a volumen y especialidades en la pediatría, que en ese entonces apenas retoñaba en nuestro país. En ese momento se pretendía una institución de atención de primera y radicar en ese centro la cátedra de pediatría de la Universidad de Antioquia.

4.2 Antecedentes Históricos de los Programas del Hospital Infantil

En el servicio infantil del Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín se encuentra, que se ha realizado un trabajo de acompañamiento de visitas y familia participante a la población hospitalizada, cuando se amplió el horario de visitas a dos horas. Luego la visita se limita nuevamente a una hora diaria y se dan permisos por escrito en horarios especiales para el acompañamiento de algunos pacientes en estado crítico o que eran de fuera de la ciudad.

Años después se vincula al hospital una enfermera con conocimiento sobre el desarrollo y la estimulación temprana, quien sustenta la importancia de la visita tanto para el niño como para la relación terapéutica entre la familia y el equipo de salud. Posteriormente esta enfermera y otra compañera, conscientes de la necesidad de mejorar la estadía de los pacientes en el hospital, organizaron un servicio donde éstos pudieran ir a jugar y que al mismo tiempo sirviera para que las madres de estos niños permanecieran con ellos todo el tiempo posible.

Luego se permitió en la sala de lactantes que las familias permanecieran todo el día, cada vez se implementaron más los permisos para que las madres estuvieran con sus hijos, creándose a partir de esto el programa “Madre Participante”. Teniendo ya el programa en funcionamiento y en consenso con otras instituciones, deciden cambiar el nombre al programa por el de “Familia participante.”

4.3 Historia del Aula Lúdico Pedagógica

Desde enero de 2000 se vincula a la institución, la Facultad de Educación de la Universidad de Antioquia con un proyecto de Estimulación, y en agosto se integra un nuevo grupo para trabajar con pedagogía social preventiva donde se involucra la familia del niño para educar en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad mediante talleres, charlas y actividades lúdicas..

En ese mismo año, en el servicio de pediatría del Hospital Universitario San Vicente de Paúl se empezó a desarrollar un trabajo para continuar el proceso educativo del niño hospitalizado, con estudiantes del último año de educación preescolar de la Universidad de Antioquia. Creándose así el Aula Lúdico Pedagógica donde el niño hospitalizado, que está en condiciones de asistir al aula, es llevado por la familia y allí desarrollan actividades lúdicas y pedagógicas, con el propósito que se pueda implementar este programa de compensación educativa para tantos niños que debido a una enfermedad crónica se ven obligados a abandonar sus estudios a causa de las reiteradas faltas a clase para acudir a un hospital en busca de un tratamiento.

Recientemente se inició el programa “palabras que acompañan” donde personas entrenadas en actitud lectora, pasan por todas las salas llevando un carro con libros de literatura infantil, en donde los niños eligen uno para leerlo por si mismo o para que les sea leído.

4.4 Antecedentes Locales

A partir de una revisión exhaustiva, en diferentes instituciones de educación superior no fue posible encontrar investigaciones publicadas directamente relacionadas con el tema de la investigación, es decir, las representaciones sociales sobre estimulación.

Desde la exploración realizada acerca de estudios previos que se relacionan con el ámbito hospitalario como contexto donde se lleva a cabo la presente investigación, se retomaron algunos que se han realizado en el Hospital Infantil desde el Aula Lúdico Pedagógica con estudiantes de la Facultad de Educación de la Universidad de Antioquia se considera relevante mencionar algunas de sus principales conclusiones.

“Modelo de Acompañamiento Lúdico Pedagógico para el Niño Hospitalizado” (2001):

- Es un espacio donde los niños y niñas pueden expresar sus emociones y son escuchados; donde a través del juego y el aprendizaje muestran lo que

son como seres sociales. Esto ha permitido visualizar que es perfectamente posible desarrollar un trabajo personalizado, teniendo en cuenta las diferencias individuales en su proceso de desarrollo; ya que aunque la gran mayoría están afectados en su parte física, sus procesos cognitivos siguen desarrollándose.

- Es posible, con el compromiso de Hospital y de la Universidad ofrecer atención educativa con calidad al niño hospitalizado y en un futuro tener un aula de compensación educativa.

“Pedagogía Social Preventiva” (2001)

- Importancia de la educación en salud en los procesos pedagógicos.
- Reconocimiento de la familia y la escuela como espacios socializadores a través de los cuales se pueden formar hábitos de vida saludable.
- En el trabajo con los padres se percibe la tendencia de mujeres que son madres a muy temprana edad, entrando a formar parte del madre solterismo o de las madres cabeza de hogar; las madres son en mayor porcentaje las que acompañan los niños en la salud, enfermedad y educación.

“Acompañamiento Lúdico-Pedagógico al Aula Hospitalaria en el Pabellón Infantil del Hospital Universitario San Vicente de Paúl” (2002).

- Las actividades lúdicas-pedagógicas contribuyen a reducir el periodo de hospitalización del niño, ya que el sistema inmunológico y defensivo es estimulado por ellas, mejorando el estado físico, mental y anímico.
- Gracias a los nuevos conocimientos adquiridos por los niños con relación al medio hospitalario, a la importancia de los medicamentos y la atención del cuerpo médico, se logra que acepten y colaboren más con su tratamiento, que unido al acompañamiento pedagógico desarrolla, fortalece y estimula las diferentes dimensiones del desarrollo: cognitiva, socioafectiva, comunicativa, espiritual, ética, estética y corporal, a partir de las diversas áreas del conocimiento: social, artístico, lectoescritura, matemáticas, entre otras.

“Fundamentación Teórico Práctica de la Pedagogía Hospitalaria y Estrategias Metodológicas para la Intervención con el Niño Hospitalizado” (2004).

- La pedagogía hospitalaria es una alternativa educativa y terapéutica que da continuidad al proceso escolar y atenúa el proceso hospitalario.
- Las estrategias pedagógicas implementadas en las aulas hospitalarias, conjugan elementos curriculares, formativos y lúdicos que posibilitan un aprendizaje agradable y significativo.

- El currículo en ambientes hospitalarios debe ser flexible, teniendo en cuenta las características, escolaridad, intereses y patología de los niños para contribuir a su proceso enseñanza aprendizaje.
- A pesar de que se carece de una legislación específica, que avale los programas de aulas hospitalarias, la constitución nacional y los tratados internacionales ratificados por Colombia, los viabiliza.

“Soñando con un lugar donde ver el sol”. Un acercamiento a la Pedagogía Hospitalaria, como alternativa para el fortalecimiento de los procesos formativos de las niñas y los niños hospitalizados (2005).

- El juego y las actividades creativas favorecen la construcción de los procesos formativos pues permiten a las niñas y a los niños, asimilar esta nueva experiencia como una posibilidad para consolidar su autoconcepto, autoeficacia y autoestima, lo que le permitirá a su vez establecer procesos sociales, cognitivos y afectivos favorables para su desarrollo.
- Las niñas y los niños en situaciones vulnerables, como lo son la enfermedad y hospitalización, aun encontrándose en condiciones desfavorables, pueden y deben recibir todo tipo de atención, inclusive la pedagogía, pues así sea en estas circunstancias, donde los procesos formativos se desequilibran, se debe dar una intervención pedagógica que posibilite un desarrollo integral.
- El acompañamiento que reciba un niño o una niña, por parte de sus seres queridos, durante su hospitalización, ayudará a mejorar su proceso de recuperación, tanto física como emocional, en la medida que se tengan vínculos afectivos sólidos y actividades benéficas que favorezcan la situación que está viviendo la niña o el niño enfermo.
- La función del maestro no debe enmarcarse sólo en el ámbito escolar sino que debe abrirse a otros espacios formativos donde sea requerida su presencia, pues tradicionalmente se han marginado contextos donde la infancia es más vulnerable, y donde se podrían generar mayores beneficios.

“La Inteligencia Emocional en Niños con Enfermedades Terminales” (2005)

- El impacto de la propuesta de intervención en pro de la potencialización de la inteligencia emocional se vio favorecido directamente por factores como la continuidad en la asistencia del grupo control, lo que hace a este tipo de proyectos aptos, preferiblemente, para poblaciones que se encuentren en largos periodos de hospitalización o tratamientos que implique una asistencia periódica al hospital.
- La potencialización de la inteligencia emocional mediante diferentes estrategias en niños y niñas que enfrentan situaciones particulares, como lo es una enfermedad crónica, le proporciona elementos para resolver sus problemas, cooperar con los demás y aumentar la seguridad en sí mismos.

5. REFERENTES CONCEPTUALES

5.1 REPRESENTACIONES SOCIALES

El tema de representaciones sociales nos sitúa en la necesidad de conocer los procesos sociales de construcción de la realidad y la manera como el conocimiento se construye. La representación social se sitúa como una forma de conocimiento social, por lo que su estudio en relación con la construcción y reconstrucción de las explicaciones que sobre estimulación tienen los acompañantes de los niños y niñas hospitalizados en la sala de lactantes del Hospital Infantil, es el eje de la investigación.

Este tema ha sido considerado por diferentes autores y desde diferentes ramas, una de ellas es la sociología, la cual ha aportado elementos importantes acerca de las representaciones sociales. La sociología reconoció el papel de las representaciones sociales, como estructuras simbólicas encargadas de atribuir sentido a la realidad y definir y orientar los comportamientos y las prácticas de crianza, en donde como forma de pensamiento es un modelo interno que tiene por función conceptualizar lo real a partir del conocimiento previo, es por esto que las representaciones designan una forma específica de conocimiento: "el saber de sentido común", en el que el contenido significa una forma particular de pensamiento social.

Según Gutiérrez:

"las representaciones sociales nos llevan a un sistema de pensamientos que permite la relación con el mundo y con los demás; al entender los procesos que facilitan interpretar y construir la realidad; a los fenómenos cognitivos que aportan elementos afectivos, normativos y prácticos que organizan la comunicación social y finalmente constituyen una forma de expresión que refleja identidades individuales y sociales".

Por otro lado la Representación Social puede ser caracterizada en una primera aproximación como el modo de producción cognitiva que corresponde a una persona y grupo en un contexto socio-histórico determinado. Lo social, se puede entender como el contexto necesario del desarrollo del ser humano. Cuando se apela a la teoría de las representaciones sociales, se observa en primer lugar que ella define a un conjunto de fenómenos cognitivos que las personas en contexto sociocultural específico poseen sobre diversos aspectos de la realidad. La representación social puede considerarse como la "teoría" que personas y grupos obtienen mediante una lectura de la realidad y, además, toman una determinada posición en relación a ella.

Se podría decir que lo social en una representación, hace referencia a sí las creencias son compartidas por un grupo social, y si son elaboradas por éste. Las creencias son un elemento clave en la comunicación de los pueblos (grupos). Funcionalmente las representaciones sociales clasifican a los objetos sociales, los explican y los evalúan a partir del discurso y de creencias de

sentido común y es este conocimiento el elemento base de la interacción. Por último las representaciones se constituyen en realidad social en tanto conforman y se apoyan en fenómenos recurrentes y considerados colectivamente como reales.

De ahí que Salinas e Isaza (2004), planteen que las representaciones sociales deben entenderse como el conjunto de informaciones, imágenes, opiniones y actitudes sobre los objetos sociales, que un sujeto en interacción con el medio construye para leer e interpretar la realidad; estar a la vanguardia y pertenecer e interactuar dentro de un grupo social. Lo que significa que las representaciones sociales están relacionadas con las tradiciones y las ideas que se gestan en un contexto y/o en el mundo. Por consiguiente se van incorporando a los conocimientos previos, unos nuevos que se van estructurando y logran ser reconocidos por una colectividad, indicando que la actividad cognoscitiva de los individuos queda inserta en la colectiva.

Las representaciones tienen que ver con la forma cómo los sujetos sociales, aprenden los acontecimientos de la vida diaria, lo que sucede en el contexto, las informaciones que circulan y se reciben, las personas que hacen parte del entorno próximo o lejano. "Son conocimiento que se constituye a partir de nuestras experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social", dichas representaciones sin embargo, no ejercerían de manera absoluta la determinación sociedad-individuo, en tanto que no se trata simplemente de una reproducción, sino más bien de una reconstrucción o recreación mediada por la experiencia vital del sujeto en un ámbito cultural determinado. (Jodelet, 1984:472).

De las teorías de representaciones sociales, se retoman los planteamientos de Moscovici como uno de los autores más representativos. Al respecto él afirma que la representación social es "...una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. La representación, es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales, los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, y liberan los poderes de su imaginación". (Moscovici, 1979 pp. 17-18).

Al ser las representaciones sociales un cuerpo de conocimientos está conformado por tres dimensiones:

- La información: se refiere a la organización o a la suma de conocimientos que varían en cuanto a cantidad y calidad frente a un acontecimiento, hecho o fenómeno social. Por lo tanto, esta dimensión conduce necesariamente a la riqueza de datos o explicaciones que sobre la realidad se forman los individuos en sus relaciones cotidianas.
- El campo de representación. Se refiere al orden jerárquico del contenido de la representación social, el cual varía de un grupo a otro y al mismo tiempo en su interior. En este campo se descubre el carácter del contenido y la propiedad

imaginativa del mismo. Informaciones que se integran y organizan en relación a sus fuentes inmediatas

- La actitud. Significa la orientación a favor o en contra en relación con el objeto de la representación social. Se le puede considerar, como el componente más aparente, fáctico y conductual de la representación. De acuerdo a Moscovici “Se deduce que la actitud es la más frecuente de las tres dimensiones y, (...) en consecuencia, es razonable concluir que nos informamos y nos representamos una cosa únicamente después de haber tomado posición y en función de la posición tomada”. (Moscovici, 1979 p. 49)

El origen de dichas representaciones se deben a tres condiciones: dispersión de la información, grado de focalización y presión a la inferencia, que se constituyen en la base para que surjan el proceso de formación de una representación social y el esquema de representación; con el movimiento de dichas condiciones se determina la estructuración como esquema cognoscitivo así como su existencia y grado de estructuración.

Las condiciones que dan paso al origen de una representación son:

- Dispersión de la información: Hace referencia a los datos que a su vez son insuficientes y superabundantes para formar una idea de un objeto preciso o para responder a una pregunta. Nunca se posee toda la información necesaria o existente acerca de un objeto social que resulte relevante. Esto es lo que fundamenta esta investigación, las representaciones sociales que sobre la estimulación emocional y verbal tienen los acompañantes de los niños hospitalizados.
- Focalización. Para Moscovici una persona o una colectividad se focalizan porque están implicadas en la interacción social como hechos que conmueven los juicios o las opiniones. Aparecen como fenómenos a los que se debe mirar detenidamente. Además refuerzan Banchs (1984, 1990) y Herzlich (1979), parte de un atractivo social [un bum, un tema de moda] que mueven determinados intereses de personas y los une a grupos de pertenencia.
- Presión a la inferencia. Se refiere a la presión social que se ejerce a un individuo sobre su capacidad de respuesta, opiniones, posturas y acciones ante hechos o temas que son de interés público.

Dichas condiciones son la base para el origen de las representaciones sociales sobre estimulación, determinada por sus realidades sociales y asociadas a un proceso histórico y cambiante que permite comprender la diversidad de las representaciones sociales de gran valor para la pedagogía infantil en el hacer educativo.

Finalmente, la teoría de Serge Moscovici sobre la representación social es en esencia una teoría del conocimiento, la cual se refiere no sólo a la información que se obtiene de los hechos sino también a los sistemas de creencias compartidas.

5.2 PEDAGOGÍA HOSPITALARIA.

La pedagogía social es entendida como una práctica en el ámbito de acción de la intervención social a la cual se le llama también “**pedagogía de la necesidad**”, puesto que busca identificar y atender a quienes sufren de carencias, desajustes, marginaciones o inadaptaciones sociales, padecen deficiencias de socialización o insatisfacción de las necesidades básicas amparadas por los derechos humanos (Fermoso citado por: Molina Vásquez, Ruth, 1999); en los sectores tanto de infancia como la juventud, la edad adulta y la tercera edad.

En tanto la pedagogía social es de este carácter, se considera que se incluiría la pedagogía hospitalaria al entenderla como la actividad pedagógica con niños enfermos en los hospitales. Según Doval Ruiz “Sin embargo, lo que hasta no hace muchos años se venía haciendo con un marcado carácter caritativo-asistencial, poco a poco se ha ido convirtiendo en una nueva ciencia en el marco educativo y en una actividad profesional: la Pedagogía Hospitalaria”. En este sentido la autora plantea en torno a la pedagogía hospitalaria lo siguiente:

Como toda ciencia que acaba de nacer, se caracteriza por una cierta falta de consenso entre los autores para llegar a una definición clara y delimitar su campo de actuación. Para algunos constituye una modalidad de la Pedagogía Social, pues, aunque su tarea se desarrolla fundamentalmente con niños, el hecho de que no se inscriba dentro de un contexto escolar y que frecuentemente se deba extender a personas del entorno del sujeto, hace que su función se parezca más a la de un educador que trabaja en contextos sociales.

La pedagogía hospitalaria como un espacio educativo ofrece la posibilidad que se replantee la importancia del aprendizaje desde el componente afectivo-emocional e interactivo entre la familia, el niño y el medio hospitalario, caracterizado por ambientes predominantes de estrés; también es determinante en el desarrollo temprano la presencia de la madre o un adulto significativo que se interese por su bienestar en estas condiciones, lo que les permitirá a través de ambientes favorecedores de iniciación temprana fortalecer los vínculos parentales a nivel afectivo y emocional.

Otro aspecto que se considera importante contemplar en la pedagogía hospitalaria es el niño y sus derechos donde el cubrimiento pedagógico para los lactantes conlleve al inicio de un programa institucionalizado, acogiendo los derechos del niño hospitalizado consagrados en la Carta Europea de 1986 donde dice, según Pedreira (1991).

Ingresar sólo aquellos casos imprescindibles, ya que con las actuales posibilidades terapéuticas el domicilio familiar puede ser una buena alternativa. Si el ingreso es necesario: espacios para esparcimiento, horarios flexibles, actividades alternativas en el hospital, posibilidad de recibir visitas de sus amigos habituales, informar al niño de los sucesivos pasos diagnósticos y/o terapéuticos, hablar con el niño, escuchar al niño, son datos de especial relevancia. Pero sobre todo destacar dos aspectos absolutamente imprescindibles y urgente de establecer desde *ahora mismo*: la estancia de una figura vincular significativa para el niño, sea la madre o en quien delegue,

y en segundo lugar, la necesidad de que el niño pueda disponer de su juguete preferido (no hay que comprar nada nuevo que signifique una reparación, sino tener lo que es suyo y que la familia tenga la posibilidad de corresponsabilizarse en el proceso de enfermedad y sirva de referencia afectiva estable para el niño). (p. 39)

Los maestros tienen como función movilizar y estimular procesos de educabilidad, enseñanza y aprendizaje desde la primera infancia en espacios alternativos a la escuela. La pedagogía inicial debe habitar todos los espacios donde haya presencia de niños tanto desde su nacimiento como cuando ingresan al ámbito escolar e impulsar además en el maestro el espíritu investigativo y es precisamente en la práctica pedagógica donde el maestro tiene la oportunidad de convertirse en teórico cuando sistematiza sus experiencias y elabora producciones dándolas a conocer públicamente -he ahí el maestro como investigador e intelectual-.

5.2.1 El niño hospitalizado.

Para el niño, la niña y su familia, la hospitalización es una situación difícil que constituye una fuente de estrés. Cualquier proceso de enfermedad en la etapa infantil, por benigno que sea, representa un factor de estrés que desemboca: temor, miedo, inseguridad, ansiedad, tanto en el niño como en la familia, siendo estos los contenidos más habituales.

Como dice Pedreira (1991), múltiples estudios de investigación han puesto de manifiesto que el mayor impacto emocional en el niño ingresado no lo causa el estado físico o el tipo de enfermedad, sino que el mayor impacto emocional está representado por la separación del niño de su entorno y sobre todo de su figura vincular o figura de apego, que suele ser la figura materna o quien la represente.

Todo es nuevo para la niña y el niño ingresado, nuevo y amenazante, además se le aporta muy poca información sobre lo que se hace con su cuerpecito; su cuerpo enfermo y debilitado es transportado, inmovilizado, pinchado, entre muchas otras situaciones, y todo ello sin explicaciones convincentes.

La dinámica hospitalaria puede generar reacciones agresivas del niño y la niña incrementado por el propio funcionamiento hospitalario como son: los cambios de turnos y de personal, ronda de visitas médicas, visitas restringidas, horarios, pocas actividades alternativas en el hospital, distribución espacial poco adaptada a las necesidades infantiles, siendo éstos sólo algunos limitantes que agravan este impacto emocional.

Navarro (1998) reconoce que durante la infancia esta situación puede ser aún más estresante, con nuevos horarios y actividades a las que el niño se ha de adaptar, junto con las pruebas, las exploraciones y la pérdida del entorno familiar y amigos cercanos, son entre otros factores los que se producen durante su estancia en el hospital.

Son muchas las conductas que el niño y la niña puede manifestar al intentar adaptarse a la nueva situación de la hospitalización, desde mostrarse

introvertido y poco sociable, hasta querer llamar la atención por cualquier motivo. Retomando a Pedreira (1991), ante esta situación dos son las formas de reacción del niño ante el ingreso: la respuesta de protesta activa (irritabilidad, llanto, oposición, entre otras) y la respuesta hiperadaptada-sumisa (retraimiento, silencio, obediencia, entre otras). La primera suele ser la que más llama la atención por ser la más molesta para el entorno hospitalario, pero sin embargo es la forma más coherente de que un niño exprese su malestar y desacuerdo.

Es necesario aclarar que la habilidad del pequeño hospitalizado para afrontar el estrés y la angustia que esta situación le ocasiona depende, en buena parte, de la relación con los padres o familiares más cercanos y de su presencia, así como de la comprensión y el comportamiento del equipo de profesionales que le atienden.

La familia y la escuela representan el primer entorno social y afectivo donde el pequeño crece y se desarrolla, por ello el entorno familiar es imprescindible a la hora de determinar el equilibrio global y una adaptación al medio hospitalario.

Una vez que el niño y la niña llega al hospital, la familia puede seguir tres estrategias básicas, según Navarro (1998): informarse sobre el proceso que está afectando a su hijo y la manera de contribuir a su mejoría; organizar a los distintos miembros que forman la familia respecto a la nueva situación y mantener el equilibrio familiar; y buscar apoyo social en otras personas.

Es indiscutible como el apoyo familiar puede contribuir a que este impacto emocional no sea tan fuerte en donde la familia y la escuela, sus entornos sociales y afectivos más próximos, adquieren una gran importancia a la hora de determinar su equilibrio físico y psíquico.

La hospitalización conlleva numerosas consecuencias psicológicas; sin embargo, el niño hospitalizado continúa siendo niño y, para garantizar su equilibrio emocional e intelectual, el juego es esencial, a través de éste su condición de niño, no únicamente de paciente se ve reafirmada.

Es crucial reconocer que a través del juego el niño y la niña se expresan, muestran lo que sienten y lo que les gusta, apareciendo como sujetos, con voluntades y deseos, y no como mero objeto de cuidados, donde la actividad lúdica se convierte en un potencial revolucionario, especialmente cuando es practicada en el contexto hospitalario, porque según Ramos (2004) “además de la atención a las necesidades clínicas, el hospital debe proteger y desarrollar prácticas identificadas con la afirmación de la vida. Jugar en el hospital es un modo de reafirmar la vida, porque jugar confirma el milagro de la sobrevivencia, es una prueba de vida”

5.3 LA FAMILIA COMO AGENTE EDUCATIVO

La familia es el núcleo fundamental de la sociedad y tiene como finalidad proveer a sus miembros de las condiciones necesarias que le permitan su desarrollo bio-sico-social. Ella no es ajena a los continuos cambios que plantea

la sociedad y por esto, está sujeta a crisis internas producidas por su desarrollo evolutivo y a crisis de desajustes producidos por las influencias del medio ambiente, es decir, de las condiciones de la vida, la cultura y la sociedad de la cual forma parte.

Es importante resaltar que la familia es un sistema y por lo tanto es dinámico, es el primer agente de cambio social, es la célula básica en la cual se estructura el poder, la normatividad, la autoridad, los valores; en ella se construyen identidades culturales y generacionales; es el primer espacio social del ser humano. Por ello es necesario intervenir con la familia no sólo abordándola desde lo jurídico, sino también desde lo social, lo cultural, y lo pedagógico y así ayudarle a cumplir las funciones que la sociedad le ha encomendado.

Es un hecho, el que la estructura de la familia ha ido cambiando y ello ha conllevado a que cambien también los canales a través de los cuales se da la socialización primaria de los niños y las pautas de crianza; lo que hace necesario la creación de condiciones lo más similar posible a ambientes adecuados para el sano desarrollo de la niñez donde el papel del trabajo con la familia se vuelve viable y oportuno por el papel primordial e irremplazable que desempeña.

Actualmente, la familia desde la perspectiva constitucional, está adquiriendo una conceptualización más amplia en cuanto a su carácter, por la aceptación de una diversidad de vínculos que están siendo reconocidos en la Constitución Nacional, bajo los principios fundamentales que en el artículo 5° dice: "el estado reconoce, sin discriminación alguna la primacía de los derechos inalienables de la persona y ampara a la familia como institución básica de la sociedad", donde la familia actual es sujeto y objeto significativo en la participación de los procesos de desarrollo.

Por ello es un ente dinámico y en permanente proceso de transformación que conlleva a que al momento de concebirla y de trabajar con ella, los profesionales y en este caso los pedagogos y pedagogas infantiles, sean abiertos a las diferentes formas de núcleo o estructura familiar, respetando siempre sus diferencias culturales, sus propios valores y estilos de vida.

Como agente educativo, es susceptible de ser educada de recibir formación para adquirir las condiciones necesarias para orientar a sus hijos y educarlos al ser la familia la principal cuidadora en los procesos formativos, cualquiera sea el contexto donde esos aprendizajes adquiridos se vayan a desplegar.

Según Arriagada (2002), "la familia es la que conforma un espacio de acción en el que se definen las dimensiones más básicas de seguridad humana: los procesos de reproducción material y de integración social de las personas" (p. 144), es decir, la familia es la primera institución social donde se forman las bases de los aprendizajes y experiencias proporcionando al niño un entorno social, afectivo y material. Es con la familia, y a través de ella que puede alcanzarse de manera más efectiva y completa el desarrollo y la formación del lactante y del preescolar, proporcionando a la madre, al padre, a los jóvenes y

otros cuidadores, los conocimientos y motivaciones para atenderlo y estimularlo.

Para lograr la efectividad de un proyecto en beneficio de los niños se necesita el acompañamiento de la familia y su rol protagónico por sus aportes insustituibles al desarrollo del niño donde el matiz fundamental está dado por las relaciones afectivas que se establecen entre ésta y el niño, pero añadiendo esa insustituible y valiosa influencia con una orientación especial en beneficio del desarrollo del infante, donde se complementen y enriquezcan sus saberes con los del saber profesional, ya que para alcanzar el desarrollo de procesos educativos-formativos es necesario generar el diálogo, el debate y la concertación entre el saber popular y el conocimiento científico, posibilitando la construcción de un nuevo conocimiento que enriquezca las relaciones intrafamiliares.

La familia tiene un rol preponderante al ser éstos los más cercanos educadores de los niños y los principales transmisores de la experiencia, los que con más afecto se relacionan con los niños, por ello se hace necesario la preparación de la misma ante la educación de sus hijos sobre todo en sus primeros años de vida, donde asuma su rol protector y siempre exista por lo menos aquel familiar cercano o lejano u otro adulto significativo que tenga o esté dispuesto a tener un vínculo afectivo y un compromiso responsable con el niño, niña o adolescente que lo necesita.

Los diferentes tratadistas del tema, coinciden en atribuirle las funciones de reproducción y conservación de la especie y, la transmisión de la cultura, normas y valores. Dentro de la primera función está implícita la satisfacción de necesidades de alimento, vivienda, vestido, afecto, protección y las de índole sexual. La segunda función, se realiza mediante el proceso de socialización a través del cual el individuo incorpora las normas y valores.

Por ello es el principal agente educativo, puesto que su papel y función primordial abarca el apoyo emocional y verbal, económico y material esencial para el crecimiento y desarrollo de sus integrantes, es el medio para conservar y transmitir valores, educar, formar, motivar y apoyar a cada uno de ellos.

Reconociendo que es en la familia en donde el hombre inicia su proceso de desarrollo y a partir de sus interacciones con ella, construye su percepción del mundo y la forma de relacionarse con él, se concluye que en el trabajo con ésta debe tenerse en cuenta todo tipo de acciones que vayan orientadas hacia la consecución del desarrollo integral del ser humano y a la aplicación y respeto de sus derechos humanos.

Concebir un pedagogo y una pedagoga infantil integral, implica promover una reflexión y una mirada del niño y de la niña, como agentes constitutivos y constituidos por un entorno social, cultural, familiar y comunitario. Por esta razón todo maestro debe en su concepción de la educación y sus procesos, lograr un acercamiento a la realidad familiar y comunitaria del actor con que se trabaja y todo lo que lo circunda; lo que no sólo permitirá acompañar al niño y a la niña en su proceso de aprendizaje, sino también en su proceso vital.

5.3.1 El desarrollo, el aprendizaje, la mediación significativa y las interacciones positivas.

La perspectiva Vigotskiana es pertinente en la actualidad y en dicha investigación puesto que el autor se interesa por procesos psicológicos superiores, aportando una visión sobre las relaciones entre desarrollo y aprendizaje. Ya que parte de la idea de que estos procesos (inteligencia, lenguaje, memoria...,) son el resultado no sólo de factores madurativos sino de la interacción social, por consiguiente el niño y el entorno son elementos de un único sistema interactivo. Lo cual se ve reflejado cuando el autor plantea que “...todo hombre es educable y reeducable con la influencia social correspondiente. La propia personalidad no debe entenderse como una forma acabada, sino como una forma dinámica de interacción que fluye permanentemente entre el organismo y el medio” (Vigotsky, 1979, p. 315). Así, todo lo que el niño va aprendiendo posteriormente se verá reflejado en la conducta, el lenguaje, las costumbres, los hábitos y gustos.

Según Bartolomé y otros (1997) Vigotsky distingue varios niveles de desarrollo,

El Nivel de desarrollo efectivo o desarrollo real, que se refiere al desarrollo que ya se ha producido, traducido como el conjunto de actividades que el niño es capaz de realizar por sí solo. El nivel de desarrollo real define funciones que ya han madurado, es decir, los productos finales del desarrollo, que es lo que revela la resolución independiente de un problema. Se está de acuerdo con los autores cuando plantean que aquellas actividades que los niños pueden realizar por sí solos no son únicamente indicativas de las capacidades mentales.

El Nivel de desarrollo potencial, que viene determinado por el conjunto de actividades que el niño es capaz de realizar con ayuda de otras personas. Dicha zona define aquellas funciones que todavía no han madurado, pero que se hallan en proceso de maduración, funciones que en un mañana próximo alcanzarán su madurez y que ahora se encuentran en un estado embrionario. En donde se cree, como dicen los autores, que si se ofrece ayuda o se muestra como hay que resolver el problema y el niño lo soluciona, o si el profesor inicia la solución y el pequeño la completa, o si lo resuelve en colaboración con otros compañeros –en pocas palabras, si el niño no logra una solución independiente del problema-, la solución no se considera indicativa de su desarrollo mental, en cierto sentido, lo que los niños pueden hacer con la ayuda de otros es más indicativo de su desarrollo mental que lo que puedan hacer por sí solos.

Entre uno y otro nivel se encuentra la *zona de desarrollo próximo*, que “no es otra cosa que la distancia entre el nivel real de desarrollo, determinado por la capacidad de resolver independientemente un problema, y el nivel de desarrollo potencial, determinado a través de la resolución de un problema bajo la guía de un adulto o en colaboración con otro compañero más capaz” (Vigotsky, 1979, citado en Bartolomé y otros, 1997). Se puede decir entonces que el aprendizaje con mediación es apoyado y guiado por otra persona; como lo propone Vigotsky, es el aprendizaje en la zona de posible desarrollo que

Para Vigotsky el aprendizaje es el motor del desarrollo; los mecanismos mediante los cuales se llevan a cabo son:

- a) La actividad instrumental: mediante los instrumentos, el sujeto puede entablar relación entre la realidad y su propia acción. Éstos son artificiales y convencionales, es decir están socialmente establecidos. El habla es uno de los instrumentos que permiten además regular la conducta y asimilar la cultura. El lenguaje sirve para llevar a cabo un intercambio comunicativo entre el niño y su entorno, además de ser un medio de reflexión.
- b) La interacción: que establece el niño con los que le rodean, desempeña un papel importante en el desarrollo. Mediante esta relación él va incorporando (a través de los instrumentos) la cultura, el conocimiento, que en un primer momento será externo y que pasará posteriormente a interiorizarlo.

La interacción se da en dos niveles:

- Primero se da una interacción social, entre personas, adultos o niños, y se denomina interpersonal.
- Después se da una interacción individual, en el interior del propio niño; es intrapersonal.

Para este autor va a tener importancia no sólo la interacción con los adultos, sino la interacción con los propios niños, es decir, entre iguales, en el proceso de desarrollo. A través de estas interacciones se lleva a cabo la socialización, se adquiere conocimientos, etcétera. Las actividades en grupo son enriquecedoras ya que permiten cooperar en tareas, observar diferentes puntos de vista, contrastar opiniones, ayudar a otro compañero a resolver un problema, entre otros.

En suma se puede decir que la zona de desarrollo próximo proporcionará a los docentes un instrumento mediante el cual pueden comprender el curso interno del desarrollo. Dicho método pone en consideración ciclos y procesos de maduración que ya se han completado y aquellos que se hallan en estado de formación, que están comenzando a madurar y a desarrollarse. Así, la zona de desarrollo próximo permite trazar el futuro inmediato del niño, así como su estado evolutivo dinámico, señalando no sólo lo que ya ha sido completado evolutivamente, sino también aquello que está en curso de maduración.

Si se determina las funciones en maduración y las ya maduras se podrá predecir y al mismo tiempo intervenir desde el medio de una manera más adecuada –enriquecedora- potenciando al máximo el desarrollo, con el propósito de que éste le permita al individuo ser competente (emocional, intelectual, socialmente...) en el medio en el que está inmerso.

5.4 LA ESTIMULACIÓN

Acerca de la estimulación se utilizan diversos términos y connotaciones que hacen alusión a la estimulación, los términos más usados son la estimulación: precoz, temprana, adecuada y oportuna. Cabe aclarar que la presente investigación no se sesga a un apelativo específico de estimulación, puesto que los términos empleados hacen referencia a la necesidad de proporcionar experiencias en la etapa más temprana de la vida del niño y la niña que abarquen tanto el ambiente como el cuidado, la salud y la nutrición haciendo énfasis en el período en el que no se ha completado su maduración neurofisiológica, con el objeto de ofrecer estímulos adecuados a su edad, condición y situación particular buscando así potenciar su desarrollo.

Es pertinente plantear que el concepto de estimulación, ha evolucionado, cada definición esta inmersa en una concepción particular del niño, su desarrollo y los determinantes del mismo, puesto que se pueden apreciar definiciones que sólo dirigen al niño y la niña y por el contrario definiciones que involucran a la familia y a la comunidad.

Montenegro presenta la estimulación temprana como “el conjunto de acciones tendientes a proporcionar al niño las experiencias que éste necesite desde su nacimiento, para desarrollar al máximo su potencial psicológico.” (Álvarez, 2004, p. 2), y no sólo éste sino también todas las esferas del desarrollo humano.

Dice Álvarez (2004) que algunos autores manejan el término precoz en vez de temprana, siendo su connotación más semántica que conceptual, pretendiendo identificar que a más temprana sea la acción son mejores sus resultados. Últimamente se emplean los términos de estimulación oportuna o adecuada para resaltar otros aspectos conceptuales, quizás el apelativo de estimulación adecuada sea el que identifica con mayor claridad su acción permanente más no la urgencia de su acción.

Así mismo plantea que la estimulación temprana se asemeja a lo referido a Eisember cuando “el granjero experto sabe que el éxito de una cosecha dependerá de la semilla que sembró y de las técnicas de cultivo que empleen. Las técnicas agrícolas estándar no serán igualmente apropiadas para todas las variedades diferentes de trigo, que lo lleva a concluir que todos los niños no son iguales. El respeto por sus individualidades temperamentales y cognitivas demandan métodos pedagógicos y de crianza que sean sensitivos y respondan a esas diferencias individuales” (Álvarez, 2004, p 1).

De lo anterior se puede inferir que las experiencias en períodos tempranos de la vida son de suma importancia para los efectos psíquicos, orgánicos, comunicativos y la conducta final en las actividades del adulto. Las condiciones desfavorables pueden producir alteraciones en el desarrollo cognitivo y en el aprendizaje, por lo tanto influyen en el comportamiento y en la capacidad de resolver problemas en la infancia y posteriormente en la adultez, ésta es la razón del interés en los procesos de pedagogía, estimulación inicial y salud para comprender las experiencias negativas, fomentando los estímulos

positivos que logren un desarrollo físico adecuado y permitan asegurar una estructura total con mayor posibilidad de éxito.

Dado que la madre crea un ambiente positivo para el niño numerosos estudios han buscado relacionar las experiencias tempranas de éstos con las manifestaciones de su vida futura, le han concebido especial importancia a la relación madre-hijo como un factor primordial que influye en el desarrollo humano; si bien la presencia de ésta enriquece el medio ambiente físico y psicológico, aunque no siempre garantiza un contacto efectivo ni un enriquecimiento del ambiente. Por lo tanto su ausencia requiere sustitutos y encargados, quienes en algunos casos son familiares, madres sustitutas, entre otros, preparados por profesionales sobre los cuidados de los niños.

De ahí que la estimulación sea una estrategia pedagógica que busca favorecer el desarrollo tanto cognitivo como físico del niño según las características y condiciones ambientales que le rodean tales como: el vínculo materno, la nutrición, las experiencias socioculturales y el contexto mismo que posibilitarán un adecuado desempeño en su vida adulta.

Por tal razón, la estimulación como un conjunto de acciones que propenden por el desarrollo del niño, debe llevarse a cabo de acuerdo a la edad y nivel, estimulando de manera sistemática y continua diferentes habilidades y capacidades orgánicas y psicológicas ya que se consideran interdependientes.

Este autor sugiere aportes importantes como es la preocupación por la educación sistemática del lactante y del preescolar, mediante esfuerzos orientados a mejorar las condiciones ambientales en que viven los niños especialmente de los grupos sociales en desventaja, incluyendo los que permanecen en hospitales, salas cunas, orfanatos, siendo necesario no sólo la presencia física materna, sino la de los estímulos para realizar actividades dirigidas a su desarrollo.

Teniendo en cuenta que el límite de edad de mayor impacto de la estimulación temprana ha sido identificado hasta los dos años o los dos años y medio, sin que esto signifique que no sea importante en etapas posteriores, en las que se necesitan estímulos adecuados para la edad, condición y situación particular del niño, especialmente en este período en el que no se ha completado la maduración neurofisiológica. La estimulación debe iniciar en el útero y ser continua y sistemática, abarcando tanto su medio ambiente como sus condiciones de salud y nutrición, en acciones de protección al niño y educativas hacia la madre.

Así para el diseño de programas de estimulación es necesario tomar en cuenta las diferencias culturales y los procesos del niño. Las estrategias de estimulación temprana deben entenderse no como una imposición de valores o patrones culturales, sino como un esfuerzo para proporcionar las condiciones necesarias para que las capacidades funcionales del individuo se desarrollen óptimamente cualquiera sea el contexto cultural donde esas funciones se vayan a desplegar.

De manera que la relevancia del tema no sólo radica en ser un poderoso agente preventivo del retardo mental, sino que su significado más profundo está en constituir un elemento modelador de la acción comunicativa, de la personalidad del ser humano, y, por ende de la salud. Por consiguiente resulta posible, mediante las influencias ambientales sobre el desarrollo temprano, mejorar la calidad de vida.

5.4.1 Dimensión socioafectiva.

Abordar el área socioafectiva implica reconocer la importancia que tiene en el desarrollo armónico e integral durante los primeros años de vida, por su estrecha relación con la dimensión cognitiva, verbal, motriz y adaptativa, puesto que a mayor seguridad interna derivadas de las relaciones sociales y afectivas, mayores beneficios en las demás dimensiones del desarrollo. Lo que significa que la seguridad, confianza y estabilidad emocional que el niño gana en su desarrollo social y afectivo son un soporte para cualquiera de los procesos de aprendizaje.

Por su parte los Lineamientos Curriculares de Preescolar conciben que:

“El desarrollo socioafectivo en el niño juega un papel fundamental en el afianzamiento de la personalidad, autoimagen, autoconcepto y autonomía, esenciales para la consolidación de su subjetividad, como también en las relaciones que establece con los padres, hermanos, docentes, niños y adultos cercanos a él; de esta forma va creando su manera personal de vivir, sentir y expresar emociones y sentimientos frente a los objetos, animales y personas del mundo, la manera de actuar, disentir y juzgar sus propias actuaciones y las de los demás, al igual que la manera de tomar sus propias determinaciones.”
(p.34)

De modo que las experiencias –en las interacciones afectivas- que el niño tenga, son las que le permiten pasar de la dependencia a la autonomía; dicha conquista se logra paulatinamente, por esta razón la dependencia del niño hace que se inquiete y demuestre malestar cuando pasa mucho tiempo sin la persona que lo protege, le brinda cuidados y le da afecto. Sin embargo, la presencia del cuidador ayudará que en el futuro él extienda su vínculo socioafectivo a otras personas y, a la vez ser aceptado. Así el desarrollo socioafectivo se relaciona con la satisfacción de necesidades de protección y afecto, es decir abrigo, contacto físico, calor, arrullo, velación constante y estable por el cuidador. Aspectos que finalmente terminan contribuyendo en la construcción de lazos afectivos sólidos y que el niño lo refleja en su seguridad, confianza y estabilidad emocional.

En este sentido, Egen Blener plantea la afectividad como aquel conjunto del acontecer emocional que ocurre en la mente del hombre y se expresa a través del comportamiento emocional, los sentimientos y las pasiones. La afectividad es, en últimos términos, el conjunto de sentimientos inferiores y superiores, positivos y negativos, fugaces y permanentes que sitúan la totalidad de la persona ante el mundo exterior. En suma el desarrollo afectivo se logra en gran medida a través la expresión de las emociones, sus demostraciones específicas y la calidad de las interacciones.

5.4.1.1 Inteligencia emocional.

Actualmente se cuenta con teorías que han pedagogizado el discurso respecto al tema de lo afectivo y las emociones, con el fin de atribuirle valor en las experiencias de enseñanza y aprendizaje y por ende en el desarrollo humano. Para tal fin se acogen teorías como la de Gardner (1995) que propone en sus planteamientos de las inteligencias múltiples, dos formas de inteligencia personal pertinentes en esta investigación: la inteligencia interpersonal y la inteligencia intrapersonal, que como bien él lo plantea son *no muy comprendidas, esquivas a la hora de ser estudiadas, pero inmensamente importantes*.

La inteligencia interpersonal entonces la refiere a “la capacidad para entender a las otras personas: lo que les motiva, cómo trabajan, cómo trabajar con ellos de forma cooperativa.”(Gardner, 1995, p. 27). De ahí que la inteligencia interpersonal se constituya a partir de una capacidad nuclear para sentir distinciones entre los demás, en particular contrastes en sus estados de ánimo, temperamentos, motivaciones e intenciones. En formas más avanzadas, ésta inteligencia permite a un adulto hábil leer las intenciones y deseos de los demás, aunque se hayan ocultado. Esta capacidad suelen tenerla los padres, quienes en sintonía emocional con los hijos descifran los mensajes sutiles de la comunicación para comprender los comportamientos y actitudes de los niños.

Activar dicha inteligencia en contextos hospitalarios es de suma importancia, sobre todo si se tiene en cuenta la difícil situación por la que atraviesa el niño y la niña tanto en su estado de salud como emocional, de esta manera el acompañante está en la capacidad de ofrecerle comprensión y apoyo emocional que genera en ellos seguridad y tranquilidad para enfrentar dicha experiencia.

La inteligencia intrapersonal la define como “una capacidad correlativa, pero orientada hacia dentro. Es la capacidad de formarse un modelo ajustado, verídico de uno mismo y de ser capaz de usar ese modelo para desenvolverse eficazmente en la vida.”(Gardner, 1995, p. 27). Esta inteligencia constituye el conocimiento interno de una persona, es decir, el acceso a la propia vida emocional, a la propia gama de sentimientos, la capacidad de efectuar discriminaciones entre estas emociones y finalmente ponerles un nombre y recurrir a ellas como medio de interpretar y orientar la propia conducta. Gardner (1995) considera que al ser esta inteligencia más privada, precisa de evidencia del lenguaje, la música, y otras formas expresivas de inteligencia.

Esta inteligencia le permite a los acompañantes del niño y la niña hospitalizados, reconocer las propias emociones generadas por las condiciones de salud éstos y las problemáticas económicas y familiares que en algunas ocasiones se originan a raíz de una hospitalización, por lo tanto hay una necesidad porque los acompañantes aprendan reorientar sus emociones para beneficio de la interacción con el niño y al niña.

Por otra parte, este autor concibe tanto la facultad interpersonal como la intrapersonal como inteligencias, puesto que ambas describen tentativas de

solucionar problemas que son significativos para el individuo y para la especie. En relación con los problemas que se le presenta a un cuidador en la interacción con el niño pueden ir desde descifrar los mensajes de las vocalizaciones, balbuceos, gritos, llanto, y gestos hasta anticipar algunas necesidades del niño.

Y precisamente un aspecto importante en las inteligencias personales que ha desarrollado Goleman (1995) es la inteligencia emocional, dentro de la cual concibe a la emoción como "... un sentimiento y sus pensamientos característicos, a estados psicológicos y biológicos y a una variedad de tendencias a actuar". Este autor plantea que existen más sutilezas en las emociones de las que se podrían nombrar. Cabe aclarar que los teóricos proponen familias básicas pero no todos coinciden en cuales son. Goleman por su parte propone las principales familias y algunos miembros de éstas:

→ Ira: furia, ultraje, resentimiento, cólera, exasperación, indignación, aflicción acritud, animosidad, fastidio, irritabilidad, hostilidad y, talvez en el extremo violencia y odio patológicos.

→ Tristeza: congoja, pesar, melancolía, pesimismo, pena, autocompasión, soledad, abatimiento, desesperación y, en algunos casos patológicos, depresión grave.

→ Temor: opresión, ansiedad, nerviosismo, preocupación, consternación, inquietud, cautela, incertidumbre, pavor, miedo, terror, en un nivel psicopatológico fobia y pánico.

→ Placer: felicidad, alegría, alivio, contento, dicha, deleite, diversión, orgullo, placer sensual, estremecimiento, embelece, gratificación, satisfacción, euforia, extravagancia, éxtasis y, en el extremo, manía.

→ Amor: aceptación, simpatía, confianza, amabilidad, afinidad, devoción, adoración, infatuación, ágape (amor espiritual)

→ Sorpresa: conmoción, asombro, desconcierto.

→ Disgusto: desdén, desprecio, menosprecio, aborrecimiento, aversión, disgusto, repulsión.

→ Vergüenza: culpabilidad, molestia, remordimiento, humillación, arrepentimiento, mortificación y contricción.

Además Goleman (1995) en su teoría de la inteligencia emocional se preocupa por plantear un conjunto de habilidades tales como ser capaz de motivarse y persistir frente a las decepciones, controlar el impulso y demorar la gratificación, regular el humor y evitar que los trastornos disminuyan la capacidad de pensar, mostrar empatía y abrigar esperanzas.

Es justamente el alfabetismo emocional el que incluye en las destrezas emocionales, el autoconocimiento, la identificación, expresión y el manejo de

los sentimientos, el control de los impulsos y las gratificaciones demoradas, y el manejo del estrés y la ansiedad. Una habilidad clave para el control de los impulsos es conocer la diferencia entre sentimientos y acciones y el aprendizaje de cómo tomar mejores decisiones emocionales mediante el control del impulso al actuar, identificando luego acciones alternativas y las consecuencias posteriores a la acción.

Es de suma importancia citar que, una de las primeras oportunidades para moldear los aspectos de la inteligencia emocional son los primeros años de vida, por esta razón los padres y/o acompañantes deben comprender como sus actos pueden ayudar a generar la confianza, la curiosidad y el placer de aprender y la comprensión de los límites que ayudan a tener éxito en la vida. Y como afirma Goleman (1995), aunque estas capacidades continúan formándose a través de los años de la escuela, las capacidades emocionales que los niños adquieren en los años posteriores se constituyen en esos primeros años.

En efecto, los padres deberán proporcionar, como lo considera Shapiro (1997), los ingredientes suficientes para que los niños cuenten con los elementos básicos del crecimiento social y emocional. El hecho de poner en práctica un aspecto de la inteligencia emocional en el hogar producirá un efecto "bola de nieve" una vez que se comienza, las cosas no dejan de cambiar para mejor. Al mismo tiempo, es necesario desarrollar una atención positiva en la educación de la inteligencia emocional, esta "atención positiva significa brindar a los niños aliento y apoyo emocional en forma tal que resulten claramente reconocidos por el niño" (Shapiro, 1997, p. 42) este tipo de acompañamiento involucra una participación activa del adulto significativo en la vida emocional del niño pequeño mediante el juego.

Desde luego, en este proceso del desarrollo emocional, aprender a identificar y transmitir las emociones es una parte importante de la comunicación emocional. Del mismo modo saber escuchar es importante desde el punto de vista emocional, ya que "una persona que sabe escuchar es a la vez paciente y capaz de ponerse en sintonía con las necesidades emocionales del que habla, quien, a su vez, interpreta esta atención como una forma importante del estímulo emocional" (Shapiro, 1997, p. 248)

En este diálogo emocional-verbal el cuidador es capaz de sintonizarse, acompañando y reflejando las acciones del niño en un diálogo expresivo recíproco de sentimientos positivos, todo dentro de una atmósfera de cálido afecto, transmitiendo un mensaje de aceptación, confianza y amor.

El niño genera señales expresivas para atraer la atención, a las cuales el cuidador sensitivo responde en una forma emocional-expresiva (verbal) con una voz maternal, con intercambio de vocalizaciones y sonrisas, con expresiones de sentimientos positivos. El cuidador a través de la sintonía creada atrae la atención del niño, que le da un sentido creciente de seguridad, entusiasmo y gozo.

5.4.1.2 El desarrollo emocional en los primeros años del niño.

Shaffer (2002), recoge la siguiente perspectiva del desarrollo emocional:

Dicho autor considera a los niños pequeños como seres emocionales, de ahí que presente varias experiencias que lo sustentan como por ejemplo, cuando se le brinda al niño sonidos suaves y elementos visuales nuevos probablemente le provoquen sonrisas y miradas de interés, y si al contrario se presenta una eyección u otros elementos dolorosos: a un niño pequeño le va ha provocar aflicción y a uno mayor enfado (Izard, Hembree y Huebner, 1987, citado en Shaffer, 2002).

También considera que los niños pequeños expresan emociones vocalmente, ya que si están contentos suelen gorjear o si están felices o se interesan por algo lo manifiestan mediante estallidos de excitación, por lo cual los adultos lo interpretan como emociones positivas y por consiguiente tratan de prolongarlas hablándoles o jugando con ellos (Séller y Scholmerich, 1987, citado en Saffer, 2002).

Shaffer (2002) plantea que desde el nacimiento, el niño manifiesta interés, disgusto y felicidad -esta última, demostrada por una sonrisa-. Otras de las manifestaciones emocionales primarias o básicas¹ que aparecen entre los dos y medio y los siete meses de edad son la ira, la tristeza, la alegría, la sorpresa y el miedo (Izard, 1995, citado en Shaffer, 2002). No obstante para que los niños expresen emociones que no están presentes desde el nacimiento, puede que antes necesiten cierto aprendizaje o desarrollo cognitivo.

Desde el momento de nacer o poco después, los niños se dan cuenta de las emociones de los demás y responden ante ellas, lo cual se sustenta con el hecho que los niños recién nacidos al oír llorar a otros seguidamente empiezan a hacerlo ellos también, lo que demuestra receptividad frente al sentimiento del otro.

Los niños de tres meses reconocen, discriminan e interpretan expresiones de emoción faciales como la alegría, la tristeza o el enfado de la madre, como también se ponen muy contentos en respuesta a una expresión de felicidad o se afligen ante el enfado o la tristeza de la madre (Haviland y Lelwica, 1987; Tronick, 1989, citado en Shaffer, 2002).

Los códigos de conducta emocional, son reglas que los niños deben aprender y emplear para relacionarse con otras personas y conservar su aprobación. Este aprendizaje comienza cuando las madres juegan con niños de siete meses y se limitan a manifestar alegría, interés y sorpresa, sirviendo de modelo aquellas emociones positivas para el niño (Malatesta y Haviland, 1982, citado en Shaffer, 2002). Igualmente las madres prestan mayor atención a las

¹ Según Shaffer, conjunto de emociones presentes en el nacimiento o que aparecen al principio del primer año y que, en opinión de algunos teóricos, se hallan biológicamente programadas (Camras, 1992, Izard, 1982,1993; Malatesta 1989) porque aparecen en todos los niños pequeños normales aproximadamente a las mismas edades y se manifiestan e interpretan de forma similar en todas las culturas.

expresiones de interés o de sorpresa de éste y tienen una menor respuesta hacia las emociones negativas; de este modo se les enseña a los niños a mostrar más caras contentas que descontentas.

Sin embargo la expresión emocional se limita según sean las reglas culturalmente definidas, y seguir estas enseñanzas les implica aprender autorregulación emocional, es decir, concebir estrategias para regular y controlar las emociones. Ésta tarea se hace muy difícil para los niños muy pequeños, pero que a través de apartar el cuerpo de los estímulos negativos y chupando con fuerza los objetos consiguen disminuir una parte de la excitación negativa (Mangelsdorf, Shapiro y Marzolf, 1995, citado en Shaffer, 2002); pero quienes los cuidan también pueden tranquilizarlos cuando experimente éste tipo de emociones.

Entre los ocho y los diez meses de edad, se manifiesta en los niños la capacidad para interpretar las expresiones emocionales; por una parte comienzan a controlar las reacciones emocionales de los padres ante situaciones inciertas y por otro, a emplear dicha información para regular su propia conducta (Feinman, 1992, citado en Shaffer, 2002).

Al final del primer año, para disminuir la excitación negativa, los niños desarrollan estrategias de balancearse, morder objetos y alejarse de las personas o los hechos que los trastornan (Copp, 1989, Mangelsdorf, 1995, citado en Shaffer, 2002)

También suelen aproximarse a juguetes que no conocen y jugar con ellos sí se hallan cerca de un desconocido que sonrío, pero evitan tales objetos si el desconocido muestra una expresión temerosa (Klennert, 1986, citado en Shaffer, 2002). Según Shaffer (2002). Igualmente se considera que las expresiones emocionales vocales de un adulto transmiten tanta o más información que las expresiones faciales (Mumme, Fernald y Herrera, 1996, citado en Shaffer, 2002).

Los niños de un año a dos años y medio suelen manifestar emociones autoevaluativas cuando está presente un adulto, porque les permite observar su conducta (Harter y Whitesell, 1989, Stipek, 1992, citado en Shaffer, 2002); en gran medida pueden darse por las reacciones que va a tener y va a recibir del adulto evaluador.

Entre los dieciocho y veinticuatro meses, a los niños les resulta difícil regular cualquier miedo que experimenten (Buss y Goldsmith, 1998, citado en Shaffer, 2002), incluso frente a ésta expresión emocional éstos suelen atraer la atención de los cuidadores para que los tranquilicen.

Además, van a tender generalmente a controlar las acciones de las personas o de los objetos que los molesta (Mangelsdorf, 1995, citado en Shaffer, 2002) y comienzan a enfrentarse a la frustración hablando con las personas de su alrededor, jugando con juguetes o no prestando atención a la fuente que les produce decepción (Grolnick, Bridges y Connell, 1996, citado en Shaffer, 2002).

Además frente al enfado o la tristeza, fruncen las cejas o los labios para tratar de suprimir éstas emociones (Malatesta, 1989, citado en Shaffer, 2002).

Por otra parte, comienzan a hablar sobre las emociones, de esta manera las conversaciones familiares sobre las experiencias emocionales ayudan a los niños pequeños a comprender mejor sus propios sentimientos y los ajenos.

A los dos años el niño manifiesta emociones secundarias o complejas como turbación, vergüenza, culpa, envidia y orgullo, según Shaffer estos sentimientos algunas veces son denominados emociones autoconscientes, porque cada uno implica cierto daño o mejora del sentido del yo. Éste autor muestra como Michael Lewis y sus colaboradores (1989) creen que la turbación aparece cuando el niño es capaz de reconocerse en un espejo o en una fotografía, en tanto que las emociones autoevaluativas pueden requerir tanto del reconocimiento de sí mismo como la comprensión de las reglas y los criterios para evaluar la propia conducta

Durante éste año, los niños suelen mirarse a las personas cercanas después de evaluar una situación o un objeto nuevo, por consiguiente utilizan las reacciones emocionales de otros como información para evaluar la precisión de sus propios juicios (Hornik y Gunnar, 1998, citado en Shaffer, 2002).

Shaffer (2002) plantea como dichas manifestaciones emocionales por parte del niño desempeñan una función comunicativa, influyentes en la conducta de los cuidadores puesto que ayudan a ajustar sus conductas a las necesidades y metas del niño. Dichas manifestaciones actúan como indicadores para el adulto, así una sonrisa o expresión de interés del niño es una señal del deseo de establecer una relación; las expresiones de miedo o de tristeza indican que el niño se siente inseguro o triste y que necesita atención o consuelo; el enfado puede ser provocado por algo que le molesta y que quiere que desaparezca; y la alegría sirve para saber que se quiere una prolongación en la interacción que se está teniendo con él y posiblemente demuestre la intención de aceptar nuevos retos.

En suma las expresiones emocionales ayudan al conocimiento entre el cuidador y el niño, permitiendo el reconocimiento y la interpretación de las emociones ajenas y por ende inferir cómo se siente el otro y como comportarse ante diversas situaciones. La periodicidad con que el cuidador dirige, a través de su expresión [vocal y gestual] la atención del niño hacia aspectos importantes del entorno y además le imprime sentimientos de valoración, contribuye a que el niño comprenda el mundo en que vive.

5.4.2 Dimensión Comunicativa

Hablar de la dimensión comunicativa, como la que “está dirigida a expresar conocimientos e ideas sobre las cosas, acontecimientos y fenómenos de la realidad; a construir mundos posibles; a establecer relaciones para satisfacer necesidades, formar vínculos afectivos, expresar emociones y sentimientos” (Lineamientos Curriculares del Preescolar, 1998, p. 37), significa aludir particularmente a temáticas como: la comunicación, el lenguaje y el lenguaje

paraverbal como otra forma de expresión en relación con las emociones; si bien, el objetivo de la presente investigación consiste en describir las representaciones sociales que poseen los acompañantes de niños y niñas en condición de hospitalización respecto a la estimulación emocional y verbal.

En consecuencia se concibe la comunicación como un proceso en el que se da y se recibe información, una manera de intercambiar ideas, sentimientos, y experiencias (Pick, Susan y Givaudan, A. Martha, 1995, p. 19), emociones y afectos. Se considera un proceso en tanto la comunicación no es un acto acabado sino que permanece y corresponde a un grupo humano constituyéndose en el vínculo de cohesión entre sus miembros y en medio esencial para su desarrollo y aún para la subsistencia de la misma sociedad (Niño Rojas 1998: introducción), razón por la que se torna imprescindible un adulto significativo que oriente al niño pequeño de acuerdo a su tradición y/o pautas y practicas de crianza.

Siendo a través de la comunicación, donde se posibilita el desarrollo del lenguaje mediante su estimulación, entendiéndolo como la habilidad para expresar y comprender la expresividad de un otro; cobra importancia “el acto comunicativo² en el que es necesaria una conciencia en la transmisión del mensaje, es decir, que la interrelación comunicativa del emisor con el destinatario [acompañante - niño] se nivelan en la emisión y percepción del mensaje”. (Niño Rojas, 1998, p. 158)

Por lo tanto, es preciso advertir que el lenguaje cumple otras funciones que se le asocian, como es la de ser medio de expresión de la emotividad y de la interacción comunicativa (Niño Rojas, 1998, p. 11); por ello es de gran relevancia la calidad en el acompañamiento al niño y la niña hospitalizados, ya que por su condición requieren un adulto significativo que les hable, les exprese sus afectos, tenga un contacto verbal con ellos atendiendo a los sonidos que emiten, tales como: los balbuceos, las vocalizaciones y las palabras de modo que favorezca su desarrollo tanto socioemocional como del lenguaje verbal.

No obstante, para obtener dichos logros es importante conocer inicialmente las ideas, opiniones, creencias y practicas que tienen respecto a ello los acompañantes de los niños; de manera que a partir de ahí se estructuren sus representaciones sociales para que den origen a posteriores investigaciones, que las contemplen como punto de partida para la implementación de proyectos de estimulación en el contexto hospitalario.

Teniendo en cuenta que, por ser el hospital infantil de la ciudad de Medellín el centro de practica donde se realiza la investigación, es característico la diversidad cultural que confluye allí; por consiguiente, en lo relacionado con el lenguaje y su estimulación, se considera importante aludir a lo expresado por Niño Rojas (1998, p. 12) “existen diversidad de signos [lingüísticos, de Saussure] como es diversa la forma de comunicarse del hombre, en ejercicio

² Según Niño Rojas (1998) es una acción unitaria mediante la cual alguien produce un enunciado con sentido sobre el mundo con destino a alguien por medio de un código y en un contexto determinado.

de la función simbólica. En este punto es preciso anotar que el medio cotidiano y el más importante que poseen los seres humanos es el lenguaje articulado o verbal (manifestado en las lenguas naturales), pero en rigor de verdad, no es el único” y, no es el único por que existen otros lenguajes como el no verbal y el paraverbal al que más adelante se hace referencia.

A continuación se retoman distintas acepciones respecto al lenguaje en las que Bartolomé (1997) presenta el lenguaje como una de las capacidades específicas del ser humano que le sirve para regular los comportamientos, transmitir conocimientos y afectos mediante el cual el adulto significativo ejerce un dominio sobre el niño cuando está en edades tempranas, ya que él lo irá adquiriendo progresivamente sirviéndole posteriormente de instrumento para regular su propia acción y comunicarse con otros”. (p. 297)

También se encuentra que el lenguaje es el principal medio de comunicación, que permite un intercambio de informaciones a través de un determinado sistema de códigos para luego ser codificados y decodificados, tales como: los sonidos articulados en palabras y éstas a su vez en frases con un significado que es el que se quiere transmitir. (Bartolomé 1997, p. 297)

Del mismo modo, según Vigotsky el lenguaje sirve para llevar a cabo un intercambio comunicativo entre el niño y su entorno, además de ser un medio de reflexión. “Considera que el lenguaje en sus primeros momentos es comunicación con otros (es decir, socializado) y que progresivamente puede convertirse en instrumento de comunicación consigo mismo, es decir, en lo que él llama lenguaje interiorizado (Vigotsky citado por Niño Rojas 1998, p. 23). Esta tesis concuerda en parte con el planteamiento saussureano, sobre la adquisición de la lengua como sistema (social) de signos, es decir como medio de comunicación” (Niño Rojas 1998, p. 23), pues “el lenguaje es un sistema de signos, que además de cumplir con una función social porque permite la comunicación, cumple una función individual ya que permite el desarrollo del pensamiento”.

Entre otras, dice Bartolomé (1997) “el lenguaje es una destreza que se aprende de forma natural en la medida que el niño interactúa con su entorno social”, donde el acto comunicativo acontece muchas veces de modo mecánico e inconsciente sin que el emisor se dé cuenta de lo que dice, requiriéndose mayor conciencia en este acto en el cual el propósito e intencionalidad de éste sea captada y entendida.

No obstante, dicha intencionalidad adquiere un lugar en el lenguaje paraverbal el cual está en estrecha relación con el lenguaje verbal cuando a través de las cualidades de la voz (el tono, el timbre, el volumen, el ritmo, etc.) se transmiten sentimientos, emociones, estados de ánimo, entre otros; cobrando especial importancia en la presente investigación dado que las edades de los niños y niñas oscilan entre los 0 y 24 meses, con quienes prima una comunicación de este tipo para que exista una decodificación e interpretación del mensaje que se emite mutuamente entre acompañante y niño.

5.4.2.1 El lenguaje paraverbal y su relación con las emociones.

Para comenzar, es importante reconocer como lo han hecho los autores Robinson (1978) y Knapp (1995) los pocos estudios existentes sobre la expresividad de las emociones que se hacen manifiestas a través del habla y la voz.

Por lo que se considera esta investigación una contribución o aporte al respecto, teniendo en cuenta el objetivo propuesto -describir las representaciones sociales-; dado lo anterior, se observa pertinente centrar la atención en las causas y/o razones que dan pie a ello, ya que el hecho de estar en un medio hospitalario hace que el acompañamiento sea asistencial con escasas oportunidades de interactuar emocional y verbalmente con los niños, reflejando esto sus pautas y prácticas de crianza originadas en gran medida por la región – cultura de la que provienen (indígenas, afro, mestizo, rural, urbano) lo cual constituye sus representaciones sociales y amerita un reconocimiento de sus conocimientos previo a la implementación de una propuesta de estimulación en el contexto hospitalario y particularmente en el Hospital infantil, sumándose a ello la intencionalidad educativa, la pertinencia, los espacios y los periodos de hospitalización.

De otro modo, hablando sobre los escasos estudios acerca del lenguaje paraverbal, se encuentran otros realizados por miembros del grupo de Davitz (1964 citado por Robinson, 1978, p. 76) donde indican que las personas más capaces de expresar emociones con la voz (características vocales) son también las más capaces de reconocerlas. Esto otorga importancia a lo necesario que es para favorecer el desarrollo emocional del niño y la niña, que las personas que se encuentran a su alrededor también sean expresivas, es decir, que exterioricen sus sensaciones, afectos, temores, emociones ya que estas trascienden todas las relaciones que se establecen con ellos.

De igual manera, se hace alusión al adagio popular “nadie da de lo que no tiene” el cual remite a la expresión consciente e intencional de emociones, que conlleva la posibilidad y sensibilidad para interpretar las de los acompañantes con los niños, ya sea por medio del rostro o de la voz y en este sentido es la interrelación de los acompañantes con los niños.

En esta medida, es imprescindible contemplar que “si uno de los requisitos necesarios para desarrollar la sensibilidad a las expresiones vocales de las emociones, es el conocimiento de las características vocales de la expresión emocional, sería útil reseñar estas características” (Knapp 1995, p. 303); características que todo ser humano hablante posee, y que se hacen siempre presentes en el contexto extraverbal donde se lleva a cabo el acto comunicativo. Para tal efecto, se comienza retomando a Sebastián quien reconoce en la comunicación tres tipos de lenguaje:

-el lenguaje verbal: es lo que decimos con las palabras

-el lenguaje no verbal: es lo que decimos con los gestos, cara, cuerpo, imagen

-el lenguaje paraverbal: es **lo que decimos con la calidad y cualidad de la voz**

Este último es un lenguaje al que poca atención se le ha prestado; pero que permanentemente está en uso, siendo tal vez el que mas significado le da a las palabras que se expresan pues transversaliza las relaciones interpersonales y es a partir de ahí donde el acompañamiento al niño y niña hospitalizado se enriquece haciéndose mas agradable y significativo.

Sin olvidar, que la investigación se ocupa de las representaciones sociales, también es importante conceptualizar acerca de las temáticas en cuestión como es la estimulación, lo emocional y lo verbal -paraverbal-; de tal manera que se logre comprender la razón por la que en los acompañantes se estructuran ciertas ideas, opiniones o prácticas como representaciones sociales.

Sin embargo, para precisar la temática de este aparte, es de relevancia dar a conocer las distintas terminologías que se emplean para nominar el lenguaje paraverbal, con el cual se continúa en el discurso, a menos que sea textual de los autores, entre ellos se encuentran: rasgos vocales, aspectos extralinguísticos, rasgos extralinguísticos, paralingüísticos, aspectos suprasegmentales del habla y paralenguaje.

Entre tanto, se retoma las concepciones que Pardo Rodríguez y Cordova Reyes han dado del lenguaje paraverbal; pero que cada uno posee una forma propia de nombrarlo, por ejemplo:

Pardo Rodríguez lo denomina aspectos suprasegmentales del habla, siendo para otros autores el paralenguaje, que se refiere a: "lo vocal del discurso, una vez se le ha eliminado su contenido. Comprende el timbre o cualidad individual de la voz, el ritmo, la prosodia y la intensidad". También llamados aspectos extragramaticales o extralingüísticos; se tiene entonces la prosodia, que hace referencia a la pronunciación, acentuación, entonación y pausas.

Del mismo modo, para Córdoba Reyes "el paralenguaje es el conjunto de características de las cualidades de la voz tales como: el tono, la dicción, la entonación, la fluidez, y el ritmo del habla, además de la risa, el llanto, el bostezo, las pausas, el suspiro y las muletillas". Entendidos los primeros como factores que intervienen en el significado de una frase, a saber:

- el tono: es el volumen alto o bajo
- la dicción: es saber articular y pronunciar bien las palabras
- la entonación: es la variación y flexiones de la voz, dan énfasis a la expresión y por lo tanto emotividad
- la fluidez: es la facilidad de expresión

- el ritmo: son combinaciones de acentos, ritmos y pausas, y la velocidad con que ocurren éstas.

Por tanto, al ser la voz el mejor instrumento en la comunicación es imprescindible tener en cuenta dichas características, ya que de la adecuada utilización de ellas en el ambiente familiar es el modelo que los niños imitan³ en su proceso de adquisición del lenguaje y el influjo del mismo durante la hospitalización en la emotividad y expresión de afectos tanto del acompañante como del niño; y es que la voz al comprender la parte vocal o los sonidos que emiten los seres humanos en la comunicación, es decir, su modo de hablar denota en la persona cómo se siente, qué tipo de personalidad tiene, quién es, y los estados emocionales. Lo cual cobra trascendencia en el medio hospitalario donde el acto comunicativo entre acompañantes y niños o niñas está rodeado de situaciones estresantes, de intranquilidad, preocupación, tensión, entre otras notándose las interrelaciones personales invadidas por estos sentimientos y emociones que son transmitidos a través del lenguaje paraverbal.

Al igual que en las relaciones proxémicas⁴, como lo expresa Córdova Reyes “la distancia entre dos personas generalmente es un indicador del deseo o intencionalidad por establecer una relación o interacción” con otro, y dicha interacción es el momento, para que a partir de los matices de la voz se expresen estados emocionales. Según Robinsón (1978) “a priori se diría que todo el conjunto de rasgos extralingüísticos, paralingüísticos y lingüísticos son vehículo potencial de información respecto a la identidad y personalidad” del ser que se comunica; así mismo las posturas, las distancias elegidas, los gestos, las expresiones faciales designan familiaridad, amistad, intimidad, entre otras.

Sin embargo, como lo afirma Robinson (1978, p. 74) “nos [conformamos] con las características de la voz y los rasgos en el uso del lenguaje. Lo común es tomar como un todo ciertas características de la voz, tales como el diapasón, el tono, el volumen, el timbre y sus combinaciones suprasegmentales en pautas de acento y entonación, unirlas a pausas, titubeos, comienzos en falso, repeticiones y confusiones divididas en categorías de variables *paralingüísticas* y *extralingüísticas*...”. Y continúa Robinson “(...) recuérdese que toda habla (y escritura) natural presentará tales rasgos y, por ello, sólo servirán de indicios para deducir cuándo se este emitiendo el habla. Es cierto también que a menudo los hablantes evitan cualquier referencia lingüística explícita a sus estados [emocionales], por lo que los rasgos paralingüísticos y extralingüísticos serán importantes fuentes de información, sobre todo, como se ha dicho, por resultar menos susceptibles al control voluntario”.

En este sentido es pertinente mencionar que “Los nenes balbucientes expresan una variedad de sonidos singulares mayor que los adultos” (Robinson 1978, p. 17) atendiendo a formas nativas como, gruñir, roncar, reír y mostrar entusiasmo

³ “La imitación surge como consecuencia del hecho mismo de vivir en sociedad y observar a los demás, lo cual conlleva a adquirir hábitos que resultan necesarios para integrarse en la comunidad como un miembro más”. (Sarramona, 2000, p. 215)

⁴ Estudio de la forma de utilizar el espacio para comunicarse, distancia para hablar

señales que expresan afecto hacia el ser que tienen enfrente; mientras que los adultos presentan mayor inhibición para expresar palabras emotivas en un contexto y situación donde tiene significado, como lo es el medio hospitalario. Sin embargo, son los adultos los que de un modo artificial organizan el mundo, para que el niño pueda desenvolverse bien en su medio cultural, participando en cuanto sucede de modo natural y con la cooperación de los otros.

Además, esta investigación sobre las representaciones sociales de los acompañantes en el contexto hospitalario, se relacionan con los aportes teóricos que se retoman, porque tiene en cuenta las perspectivas y visiones de los adultos en torno a un tema específico como la estimulación emocional y verbal que posibilita reconocer el afecto y la palabra como estímulos para el desarrollo del niño favoreciendo una interacción en la que partir del contexto cultural en el que se desenvuelven tienen significado y se interpretan los mensajes, estableciendo una comunicación más efectiva; tienen una forma particular de expresar sus emociones y comprender éstas de uno u otro modo dándole un lugar al niño y a la niña según sean sus expectativas o lo que éstos les representan

Es de este modo, como en la relación acompañante, niño y niña al imprimir las variaciones en el uso de la voz se permite al emisor expresar un mensaje más vivo, más subjetivo y al receptor captar algo más de lo que se expresa con palabras e incluso descifrar más claramente el contenido emocional del mensaje, ya que se puede variar la voz con la intención de transmitir mensajes diferentes aunque las palabras sean las mismas. Es así como las relaciones que se constituyen en el medio hospitalario se caracterizan por brindarles a los niños y niñas hospitalizados experiencias agradables que les den la oportunidad de divertirse y de saber que cuentan con alguien que se lo transmite mediante la expresión de afecto, aceptándose que el niño es lo más parecido a una “esponja” que absorbe todo cuanto lo rodea y aún más el humor de las personas que se le acercan distinguiendo su disposición y actitud para estar con él, al igual, lo que se manifiesta cuando se modula una palabra en su presencia.

En suma, de la comunicación madre - hijo subyace el bienestar tanto biológico como socioemocional y está rodeada de un sin número de características que muestran cómo dicha comunicación, se evidencia en todo tipo de lenguajes; pero lo más valorado es el acompañamiento que promueve situaciones de aprendizaje a través de la estimulación, lo que se traduce en que el adulto significativo asuma una posición propositiva propiamente de facilitador donde como lo expresa Vigotsky, se constituya el aprendizaje como el motor del desarrollo, cuyos mecanismos por los cuales éste se lleva a cabo son: la actividad instrumental, donde el habla es uno de ellos permitiendo además de regular la conducta, asimilar la cultura; y la interacción, ya que mediante esta relación el niño va incorporando (a través de los instrumentos) la cultura y el conocimiento. Por tal razón, la experiencia social tiene un importante efecto a través de la imitación y si la intervención desde el medio es adecuada - enriquecedora- podrá potenciar al máximo el desarrollo emocional, intelectual, social y en todas sus dimensiones.

5.4.2.2 Comunicación madre – hijo

Con respecto a la díada primaria, se puede decir que la comunicación entre la madre y el hijo tiene sus inicios en el período de la gestación, donde la vida intrauterina está rodeada de diversos ruidos y sonidos naturales - del cuerpo de la madre- y artificiales, es decir, los estímulos externos como las voces, la música, los masajes, entre otros, para favorecer ambientes cargados de confianza, seguridad, amor, protección y ternura.

Estos ruidos fuertes y sonoros no logran despertar miedo en la reacción del bebé ya que “su experiencia en emociones es casi nula” (Liley, M y Day, B; 1971, p. 35) él se mueve o salta como una reacción automática a un ruido fuerte, donde a su vez él responde a estos estímulos con suaves o bruscos movimientos según sean de placer o displacer para él y en este sentido son sus emociones.

Durante los primeros meses de vida se establece un verdadero código de comunicación entre el niño y su madre: el llanto, el grito y la agitación motora, son utilizados como señales comunicativas que pronto la madre aprende a decodificar o interpretar, del mismo modo que el niño capta su contenido comunicativo a través de la expresión facial de la mamá, de sus caricias, contacto físico, inflexiones de su voz, y demás.

“Los detallados estudios sobre las asombrosas aptitudes del comportamiento del neonato normal develaron que el recién nacido ve, escucha, y se mueve siguiendo el ritmo de la voz de su madre en los primeros minutos y horas de la vida, de modo que surge un hermoso nexo en las reacciones de ambos a modo de una “danza” sincronizada entre la madre y el niño” (Condor y Sander, 1974 citado por Klaus y Kennell, 1978, p. 23). En dicha comunicación, además del llanto, el niño se ingenia otros modos de comunicarse como: la sonrisa, la mirada, el tacto, la succión, y el balbuceo, estas otras formas de comunicación comparten un elemento como lo expresa Nágera, el afecto, pues “la esencia de la vida humana no es otra cosa sino afecto”

Por otra parte, respecto a “las actitudes que los adultos deben tomar, para favorecer un adecuado desarrollo del lenguaje en el niño, además del nivel afectivo, Sarmiento (1984, p. 327) enuncia que:

-La forma de hablar que utilizemos va a constituir el modelo que los niños van a imitar, por ejemplo si como madre le hablo a media lengua a mi hijo, éste aprenderá a articular incorrectamente por imitación⁵; evidenciándose en errores tan comunes como estos en los niños mayores:

- error por sustitución, ejemplo el niño dice: “cala” por “casa”
- error por omisión, ejemplo el niño dice “caeterra” por “carretera” y,

⁵ Según Sarramona (2000), por imitación se puede adquirir tanto la realización de una conducta como la evitación de otra

- error por distorsiones ya sea de sustitución y/o adición, o por que articula mal un fonema⁶, ejemplo el niño dice “aratón” por “ratón”.

-Somos quienes premiamos los esfuerzos lingüísticos que los infantes realicen. [Y por ello no se deben desbordar los premios hacia actos que no se han sabido realizar de manera correcta, esto es no premiar, alabar y/o celebrar todo cuanto el niño dice o hace sino ayudarlo a corregirse].

-A través de nuestro propio lenguaje podemos transmitir actitudes y formas de enfrentarse (autoimagen) y enfrentar diversas situaciones, por ejemplo, si constantemente me estoy quejando y diciendo “que aburrición”, “que hartera”, estoy ayudando a que el niño por imitación aprenda estas palabras, las diga y se sienta igual. En el siguiente ejemplo se observa la influencia del lenguaje a otro nivel: un niño esta gateando, se mete debajo de una mesa, levanta la cabeza y se golpea. Si como adulto yo digo “tonta mesa”, adjudicando la responsabilidad a la mesa y no a la acción del niño, estoy con mi lenguaje fomentando una actitud mágica en el niño (animismo) frente al mundo”.

Siendo conscientes de la responsabilidad encomendada, es importante mantener algunas actitudes lingüísticas adecuadas que favorezcan el desarrollo del niño, entre otras:

-Llame al niño siempre por el nombre

-Cuando le hable al niño, hágalo acompañando sus palabras de una actitud afectiva: quiera al niño, y demuéstreselo: abráselo, acarícialo, béselo, etc.

-Hable con el niño acerca de lo que hace y de lo que pasa a su alrededor.

-No le hable a media lengua al niño. Muchos adultos terminan imitando a los bebés y no lo contrario; recuerde que el niño está aprendiendo a hablar e imita lo que escucha. Si oye hablar a media lengua, eso imitará. (Sarmiento, 1984, p. 328)

5.4.2.3 El desarrollo del lenguaje en los primeros años del niño

El desarrollo del lenguaje del niño se divide en dos periodos, uno prelingüístico que va desde el nacimiento hasta los nueve meses; y otro lingüístico que pasa por diversas etapas desde los nueve meses hasta después de los siete años. (Gómez Ramírez y otros, 1998.)

En el primero básicamente se observa el llanto que constituye la forma primaria del lenguaje del niño, y de comunicación con sus progenitores, el cual denota la necesidad que tiene de sus padres porque tiene hambre, frío o se siente solo, buscando fundamentalmente contacto y arrullo; lo que reduce grandemente la duración del llanto, sin que por esta costumbre los niños se malcríen (Gómez Ramírez, Posada Díaz, Ramírez Gómez; 1998, p. 207) por lo cual no debe ser entendido siempre como manifestación de dificultades por parte del niño; sino

⁶ Es el signo gráfico con que se representa en la escritura y comprende todos los elementos sonoros del lenguaje

que en la medida que sus padres le atiendan, le abracen, le canten, le hablen, le sonrían, le arrullen son señales que el niño percibe para darse cuenta que existe alguien que lo escucha.

5.4.2.3.1 Período Prelingüístico:

Según Gómez Ramírez y otros, (1998.) recogen la siguiente perspectiva de desarrollo del lenguaje:

El niño menor de un mes tiene como lenguaje el llanto, por el cual paulatinamente se hace vigoroso y fuerte; luego comienza a emitir sonidos guturales y gorjea, atiende sonidos como el de una campanilla.

Entre uno y tres meses la expresión se hace despierta y viva; la mirada es directa y definida y emite sonidos como a, e, u.

De los cuatro a seis meses aparece el parloteo, da gritos de alegría, ríe a carcajadas y, al final del periodo, trata de imitar sonidos.

Del séptimo al noveno mes es la época del laleo y del balbuceo; se perfecciona la respuesta vocal y el niño ríe fuertemente. Al final del periodo, imita sonidos y pronuncia sílabas como ba, da, ca y al azar dice palabras como papá y mamá, cuyo significado ignora.

De los diez a los doce meses dice ya de uno a tres disílabos claros y con sentido preciso; atiende su nombre, llama a la madre, responde al nombre, comprende el no, aprende a decir adiós con la mano y a dar palmaditas, hacer arepitas.

De los trece a los dieciséis meses usa jerga; señala, parlotea, ininteligiblemente, dice varias palabras y combina dos de ellas; además a unos pocos objetos los llama por el nombre. Es la época de las palabras - frase, en las que cada palabra tiene significado distinto según el contexto en que se dice, y el gesto y la entonación que la acompañan.

De los diecisiete a los veinte meses dice diez a veinte palabras, incluido su nombre; muestra y nombra un dibujo; acata órdenes sencillas. Aproximadamente a los dieciocho meses dice la primera frase, que consiste en dos palabras con significado, y adquiere la capacidad de la negación.

De los veintiuno a los veinticuatro meses, hace frases de tres o más palabras - sustantivo y verbos – y cuenta experiencias inmediatas.

5.5 EL JUEGO.

Según Bartolomé (1997) por medio del juego se favorece el desarrollo de la motricidad, los sentidos, las facultades intelectuales y la adquisición de hábitos sociales y de cuidado personal. Para el niño y la niña es un medio de conocimiento, tanto de si mismo y de los demás como del mundo que le rodea

Por ello el juego representa un aspecto esencial en la vida del niño, esta es considerada como una actividad importante para el desarrollo integral.

Si observamos detalladamente el juego de los niños y las niñas encontramos que es algo importante para ellos, es una actividad real donde lo fundamental y enriquecedor es satisfacer sus necesidades y deseos. Mientras más juega más posibilidades tiene de comprender el mundo y desarrollar su inteligencia; un niño que juega es alegre, afectuoso y creativo.

Al representar el juego una actividad física, libre o voluntaria, improvisada, espontánea y placentera, que se lleva a cabo con el propósito principal de entretenerse y divertirse no importa el lugar o contexto donde tenga lugar, es crucial reconocer todos los contextos como posibles espacios, los cuales deben ser respetados y tenerse en cuenta como escenarios para la actividad básica del niño y la niña.

Quizá se podría pensar que el niño y la niña cuando están enfermos no tienen ánimo, motivación o fuerzas para jugar, que el hospital no es el lugar más adecuado para ello o que es prácticamente imposible, que estando en la cama no podrán realizar ninguno de los juegos que practican normalmente, que el ambiente hospitalario no es el idóneo para esta actividad o que lo importante es el tratamiento médico y las necesidades físicas frente a las emocionales y psicológicas. Pero nada más lejano a la realidad, se está concibiendo un entorno, en el que más que nunca se crea la necesidad de esta actividad, esencial para la salud física y el desarrollo integral del infante.

El juego genera satisfacción emocional, confianza y seguridad, considerándose la actividad terapéutica por excelencia, puede ayudar al niño y la niña hospitalizados a comprender, aceptar y paliar su estado por medio de la simbolización, ayudándole a tener una sensación de control sobre el ambiente, al permitirle expresar los sentimientos, temores, miedos y sensaciones de ansiedad y estrés como medio que le permite canalizar la energía y le ayuda a afrontar los miedos, además de favorecer el aumento de la autoestima y la confianza en sí mismo.

En el contexto hospitalario por medio del juego, según Ramos (2004) las tensiones provocadas por el internamiento disminuyen, favoreciendo la adhesión al tratamiento; se mantiene la continuidad en el proceso de estimulación de su desarrollo y aprendizaje, a través de actividades y experiencias de apoyo. En este aspecto radica la importancia de la actividad lúdica hospitalaria, entendida como atención lúdico-pedagógica al niño y al adolescente hospitalizado. Según esta autora, investigaciones de los últimos diez años son elocuentes testimonios de la mejora del pequeño hospitalizado que tiene la oportunidad de jugar, y de las ventajas de actividades lúdicas diversificadas, que disminuyen las consecuencias de esta difícil situación, favoreciendo el desarrollo emocional de los niños y las niñas pese al contexto y condición en que se encuentran.

5.5.1 El juego del lactante

El niño empieza a jugar desde las primeras semanas de vida, quizás podría afirmarse que se inicia desde el instante en que viene al mundo. Según Neri (1963) de los 0 a los 3 años de edad, el bebé adquiere los primeros esquemas sensoriomotores, la habilidad del lenguaje y su posición erecta. En esta edad el primer juguete es el mismo cuerpo el cual le posibilita explorar: abrir y cerrar los ojos, tirarse de los cabellos y de las orejas, hacer ruidos y globitos con la boca, chupar el pulgar, aferrar, tirar, patear, tomarse un piecico, llevarse a la boca todo lo que encuentra; por ello el juego es una exploración básica de comportamientos motores. En fin, en un primer momento, el juego del neonato está basado en conductas motoras, llamados también juegos impulsivos, que se caracterizan por el pateo, el balbuceo, entre otros.

Neri (1963) retoma los juegos funcionales⁷ en el que los bebés realizan un trabajo capital: se modela a sí mismo, se ejercita en mover las piernas (lo que más tarde le permitirá caminar) esboza en sus gorjeos el lenguaje que se aproxima, acostumbra sus manos a la manipulación. No hay en ellos gestos inútiles, cada actividad concurre a desarrollar una función, al hacer surgir también funciones más difíciles como la palabra o la marcha, que serían imposibles sin los pateos y los gorjeos que las han preparado. Al respecto Chateau (1973) reconoce que la actividad que conforman los juegos funcionales, permite a cada segmento corporal explorar su dominio y extenderse para originar nuevos resultados, a través de movimientos espontáneos y actividades exploratorias, que durante el primer año adquieren mayor importancia.

Luego los gestos, que son gratuitos en el ser humano, se convierten de gran importancia como medio para construir el mundo. Estos gestos gratuitos evolucionan al como sí (verdaderas estructuras ilusorias y objetos de ilusión), como si durmiera, como si llorara; los cuales pasan a ser juegos de imitación, que corresponde a lo que se sabe hacer o copiar de otros seres. Este aspecto posibilita, afirma Neri (1963), que el comportamiento y el gesto se desplieguen del deseo y la necesidad, lo cual abre el camino hacia el mundo del lenguaje. Consecutivamente hace su aparición el juego de ilusión, donde el objeto puede servir, dependiendo de sus características, para otros usos; igualmente dependiendo de la necesidad que en ese instante se haga presente en el niño.

Posteriormente se debilita el gesto, ya que la realidad que rodea al niño encamina el pensamiento a la representación objetiva del mundo. Es así como el niño pasa de realizar los juegos de ilusión a juegos constructivos o juegos tradicionales de reglas estrictas. Éstos tienden a perder el carácter simbólico para darse en un desempeño más efectivo, el cual encuentra un sentido en las reglas, que condicionan y ordenan los movimientos. Estos juegos con reglas o colectivos introducen al niño y a la niña en una sociedad, siendo esta actividad la que fortalece la personalidad moral del niño, lo que lo reafirma como un ser autónomo y libre.

⁷ Es aquél en el que el disfrute del niño se centra en el funcionamiento de su propio cuerpo, como coger sus manos, correr o saltar.

Por ello es de suma importancia comprender el proceso que el juego adquiere a medida que el niño desarrolla sus estructuras cognoscitivas, ya que a partir de ello, el adulto encargado de su educación, podrá comprender su comportamiento y así no castrar su deseo de investigación y socialización, sino que al contrario, logre despertar desde su nacimiento la curiosidad por descubrir y recrear el mundo, por una parte el de los objetos que lo rodean y por otra la de los comportamientos sociales que finalmente incluyen el lenguaje y por ende las reglas de convivencia.

El hombre requiere desde su niñez de un proceso de aprendizaje de saberes y comportamientos que lo liberan de los límites marcados por la transmisión genética y ambiental. Lo afectivo en los primeros años del niño y la niña, se manifiesta a través de los juegos socioafectivos en los que, tanto la imaginación como el desarrollo incipiente del lenguaje cotidiano toman un sentido lúdico; el niño empieza a jugar con las palabras como “ma”, “pa”, “te” y otras, para poder cautivar y comunicar toda la afectividad que tiene el niño hacia sus padres. Durante las primeras semanas emerge la risa, los balbuceos, los gesto y una serie de movimientos del cuerpo que actúan como instrumentos afectivos, proporcionando un contacto físico y social con los padres y con aquellos que viven en su entorno cotidiano.

Por último jugar es la actividad básica del niño y la niña y tiene un valor incalculable en el proceso de su crianza, hasta el punto de poder reconocer con absoluta certeza como lo afirma Gómez (2000) que es tan indispensable la alimentación para el crecimiento del niño, como lo es el juego para su desarrollo.

5.6 MEDIOS DIDACTICOS Y EDUCATIVOS

Antes de emprender la tarea de elaborar, seleccionar y emplear los medios didácticos, se requiere la existencia de una conciencia profesional que determine en el educador la necesidad de revisar sus modos de actuación, por que se corre el riesgo de atribuir deficiencias a los medios educativos, cuyo origen habría que buscarlo en la falta de habilidad del educador. (Borda y Paez, p. 21)

Los materiales comunes para jugar son un puente entre el ser interior del niño y el mundo exterior. Son los medios por los cuales un niño capta las impresiones del mundo que lo rodea y las traduce en formas comprensibles para él; son medios para manifestar lo que siente y para darle expresión concreta. Su experiencia limita la posesión del mundo en que vive y su lenguaje no es todavía la herramienta más eficiente para la expresión de ideas y sentimientos relativos a este mundo. (Borda y Paez, p. 23)

No obstante, de manera indirecta también se emplea la imitación (Sarramona, 2000) como modelo pedagógico al ser la base de la socialización siendo considerada como otro de tantos modelos que proporcionan aprendizajes sociales, entendiéndolos como: el conjunto de hábitos y actitudes directamente vinculados con la vida de relación. Los aprendizajes sociales suponen una

relación directa con otros, siendo adquiridos básicamente por la observación de los demás y materializados a través de esta ancestral técnica, la imitación.

El resultado de esta imitación es la adquisición de hábitos y actitudes que han sido objeto y que, en general, son expresiones de las pautas culturales vigentes en el contexto inmediato. La imitación se produce cuando el sujeto siente cierta vinculación afectiva por el modelo a imitar, esto es lo que se conoce como proceso de identificación.

“La identificación se produce cuando la persona a imitar merece respeto y admiración y el imitador tiene ocasión de observarla. Cuando la observación se generaliza a un conjunto de personas de todo un contexto social, entonces es cuando se puede afirmar que gracias a la identificación colectiva los educandos se integran en la cultura vigente en el contexto que los rodea”. (Sarramona 2000, p. 221)

Según Sarramona (2000), en el caso de los animales, los momentos madurativos resultan mucho más críticos y puntuales, pero, aunque con mayor flexibilidad, también son factor determinante en el aprendizaje humano. Bastará con pensar en aprendizaje como el caminar o el hablar para constatar la vigencia de tales principios.

Lo mismo que ocurre con los comportamientos físicos acontece con las dimensiones afectivas de los sujetos, porque las conductas humanas se adquieren en un contexto psicológico o afectivo que envuelve las relaciones interpersonales con los progenitores y adultos en general, así como con los iguales. Las relaciones de los niños con su entorno afectivo crean un entramado que habitualmente es conocido como *urdimbre afectiva*, y que puede explicar muchos de los sentimientos que caracterizarán al sujeto a lo largo de su vida.

Orientaciones didácticas.

Existen algunos principios para realizar el trabajo pedagógico con niños especiales [u hospitalizados], así denominados si se tiene en cuenta que la pedagogía hospitalaria ha sido tomada como una rama de la educación espacial; estos son:

-APERNDIZAJE SECUENCIAL: realizar actividades desde lo mas fácil hasta lo más difícil, asegurándose de que el aumento del a dificultad sea gradual exitoso y recompensado.

-APRENDIZAJE POR PASOS: dividir por partes lo que se va a enseñar para que el niño asimile con facilidad y encuentre más éxito que fracaso.

-INTERACCION ADECUADA ENTRE EL NIÑO Y EL MEDIO AMBIENTE PARA PROPICIAR EL APRENDIZAJE: Las experiencias y actividades deben utilizarse para desarrollar las habilidades.

- REFUERZO CONSTANTE Y PERSISTENTE: aprovechar toda ocasión y circunstancia para recompensar los logros
- RITMO INDIVIDUAL DEL PROGRESO: el maestro debe ir al ritmo del alumno

- ENSEÑANZA INDIVIDUAL: desarrollar las actividades para cada niño en particular teniendo en cuenta sus características.

- EVALUACIÓN CONSTANTE: para determinar la efectividad de las técnicas empleadas tanto individuales como grupales deben revisarse y registrarse los resultados en fichas especializadas (Borda y Paez, p 28-29)

6. DISEÑO METODOLÓGICO

Enfoque de investigación.

Dicha investigación tiene un enfoque cualitativo porque su alcance final busca comprender un fenómeno social como son las representaciones sociales; por ende su énfasis no está en medir y controlar las variables involucradas en dicho proceso, sino en entenderlo a partir de la realidad subjetiva, las experiencias y las percepciones individuales.

Este enfoque de investigación da profundidad a los datos, la contextualización del ambiente o entorno, los detalles y las experiencias únicas, donde los resultados que se obtengan no pretenden ser generalizados de manera intrínseca a poblaciones más amplias, ni necesariamente obtener muestras representativas (bajo la ley de probabilidad). (Hernández Sampieri, R, y otros, 2003, p. 13)

Tipo de investigación.

Para este proyecto pedagógico se elige un diseño de investigación descriptivo el cual busca especificar las características y las percepciones de las personas respecto a un tema determinado, donde las investigadoras recolectan datos sobre diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar. (Hernández Sampieri, R, y otros, 2003, p. 117)

Población: Acompañantes de niños y niñas de 0 a 24 meses en condiciones de hospitalización.

Unidad de trabajo: 27 acompañantes de niños y niñas de 0 a 24 meses de edad de la sala de lactantes N. 2 del Hospital Infantil.

6.1 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Técnicas

- La Observación: es adecuada para acceder al conocimiento cultural de los grupos, a partir del registro de acciones de las personas en su ambiente "cotidiano". La observación enfatiza en la indagación por el contexto físico inmediato, haciendo "cortes" temporales y espaciales para comprender en detalle escenas culturales específicas. Observar entonces implica focalizar la atención de manera intencional, sobre algunos segmentos de la realidad que se estudia, tratando de captar sus elementos constitutivos y la manera como interactúan entre sí, con el fin de reconstruir inductivamente la dinámica de la situación. (Bonilla Castro, E y Rodríguez Sehk, P, 1995, p. 118-119). Para dirigir la observación de manera eficiente, de modo que se obtenga información válida y veraz, se determinan tópicos que limiten el rango de estímulos perceptuales y permitan focalizar la atención en los aspectos más relevantes

En la presente investigación se emplea la observación no participante, como “aquella en la que el investigador hace uso de la observación directa sin ocupar un determinado status o función dentro de la comunidad, en la cual se realiza la investigación” (Tamayo, 1994, p.123).

- La Entrevista: Según Tamayo y Tamayo (1994) “es la relación directa establecida entre el investigador y su objeto de estudio a través de individuos o grupos con el fin de obtener testimonios orales” Lo que permite tener una fuente más directa, es decir, información primaria, acerca de la conducta o de las experiencias a las cuales la persona ha estado expuesta.

Al mismo tiempo es una técnica que permite, sobre la marcha ir corrigiendo o previniendo ciertos errores, además que asegura la validez de las respuestas, mediante aclaraciones, replanteamiento de las preguntas, etc. Lo cual posibilita obtener datos de más certeza que ayuden al proceso de investigación.

Otro aspecto de real importancia es la funcionalidad de tal instrumento, ya que resulta muy claro en la recolección de la información con ciertas comunidades, que por el grado de desarrollo y marginalidad, no estarían en condiciones de responder a un instrumento escrito. Ello favorece la investigación puesto que permite incluir la mayor parte de testimonios verbales en dicho proceso.

Por otro lado, su importancia estriba, en que las percepciones, las actitudes y las opiniones, que no pueden inferirse a la observación, son accesibles para la entrevista.

La entrevista utilizada en dicho proyecto investigativo es semiestructurada: es decir, aquella que se emplea para estudios más intensivos de las percepciones, actitudes y motivaciones de los sujetos, en la cual el entrevistador enfoca su atención sobre una experiencia o evento dado y sobre sus efectos, la cual tiene una lista de cuestiones a investigar derivadas del problema general que quiere estudiar (Moreno, 1995, p.71). En torno a esos problemas se establece una lista de tópicos en relación a los cuales se focaliza la entrevista, quedando ésta librada de la discreción del investigador, quien podrá sondear razones y motivos, ayudar a esclarecer determinado factor, etc., pero sin sujetarse a una estructura formalizada. Se aplica de modo individual y dirigido a los acompañantes de las niñas y niños hospitalizados.

- Encuesta de Información Básica: la cual es una técnica destinada a obtener información primaria, consta de preguntas abiertas y cerradas las cuales son el instrumento y la guía de la información que se necesita, donde se indaga por los datos generales del niño y la niña y su acompañante como también la situación en el hospital, a fin de caracterizar la población.

- Talleres: Se emplean como una estrategia pedagógica para recoger información; no obstante son utilizados como una metodología que logra favorecer la búsqueda colectiva del conocimiento y la apropiación individual del mismo, teniendo como principio el reconocimiento de las capacidades de cada cual y el respeto por las diferencias; mediante una experiencia de aprendizaje basada en la investigación permanente. Para ello se utiliza el diálogo

semidirigido, la cual es una técnica oral que permite recolectar información; en ellos se establece una guía con los temas de la conversación que hacen parte de las temáticas a tratar en los talleres.

Además, desde la postura ética como investigadoras, no sólo se recoge información mediante los talleres, sino que se logra beneficiar a la población dándole un valor agregado y formativo, buscando dejar así un legado para la familia como principales agentes educativos. (Ver Anexo 1)

Instrumentos.

- Diario de campo: Es un instrumento útil para la descripción, el análisis y la valoración de la realidad, el cual colabora en el proceso de reflexión-investigación y permite deconstruir la propia práctica pedagógica y reconstruirla a partir de la reorientación de la acción educativa.
- Guía de Encuesta (Ver Anexo 2)
- Guía de entrevista (Ver Anexo 3)
- Guías de Observación (Ver Anexo 4, 5,6)

6.2 VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

1. Análisis lógico por parte de las investigadoras: Se mira cada una de las partes en relación con los objetivos, con las categorías, con la iluminación teórica, su coherencia con el enfoque investigativo, la contextualización sociocultural e histórica y la suficiencia de los ítems para indagar por lo que se quiere.

2. El juicio de expertos: Se someten los instrumentos a consideración de personas, que por su experiencia en el campo que se analiza, pueden contribuir a ampliar la visión y el refinamiento de éstos. Para la validación de las entrevistas se cuenta con expertos como:

Astrid Galvis quien es Psicóloga de la Universidad San Buenaventura, Especialista en niños, con Maestría en Neuropsicología, Coordinadora de Grupos y Proyectos de la Facultad de Psicología de dicha universidad

Francisco Javier Ocampo Duque, Especialista en Niños con énfasis en Neuropsicología Infantil y Clínica Cognitiva Comportamental y Docente de la Universidad de Antioquia.

Las recomendaciones en general aluden a la redacción, claridad y sencillez del lenguaje de manera que sea comprensible y accesible a las personas a quienes va dirigido. Tales sugerencias son tenidas en cuenta al momento de implementar el instrumento.

3. La Prueba piloto o de campo: Se aplican aquellos instrumentos que se han decidido utilizar en recolección de datos a un pequeño grupo, de características similares al que se investiga, con el fin de determinar:

- La claridad de los ítems y lo apropiado del lenguaje que se emplea.
- La suficiencia de los ítems, su pertinencia y no redundancia.
- La claridad de las instrucciones.
- La calidad en el ordenamiento y estructura del instrumento.
- La practicidad de su aplicación respecto a: tiempo requerido y momento oportuno para su ejecución.

7. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

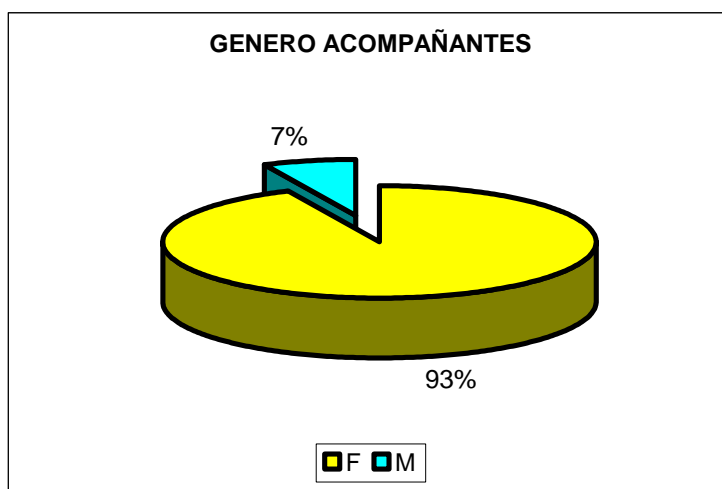
7.1 Caracterización de la población

Para caracterizar la población con la que se lleva a cabo la investigación, es importante aclarar que los datos o información que aparecen en las tablas corresponden al total de 76 personas encuestadas durante año y medio; mientras que las entrevistas son implementadas con 27 personas de quienes surge la información analizada sobre estimulación emocional y verbal para describir las representaciones sociales que los acompañantes tienen al respecto.

Los datos que se presentan a continuación se obtienen de la encuesta de "Información Básica" para describir, de manera general, la población que se encuentra en la Sala de Lactantes del Hospital Infantil.

Tabla 1.

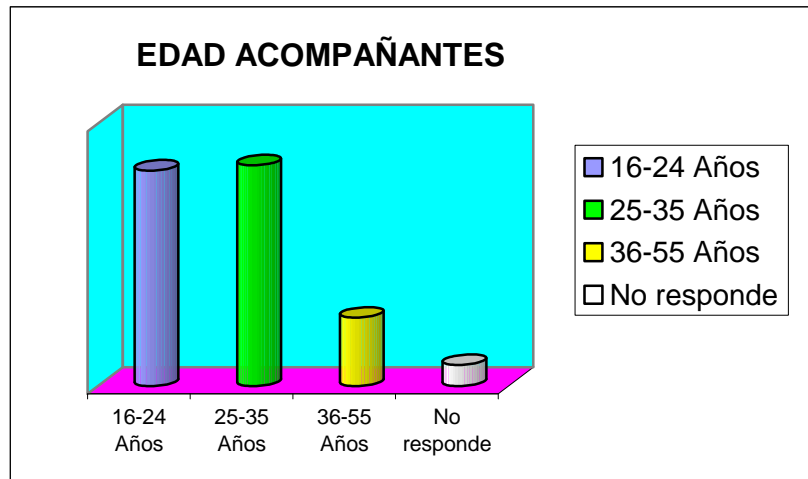
GENERO ACOMPAÑANTES		
1.1	F	M
%	93	7



En la población que acompaña a los niños y niñas hospitalizados se encuentra que en su mayoría son acompañantes femeninos con el 93% y una minoría es de sexo masculino con el 7%.

Tabla 2.

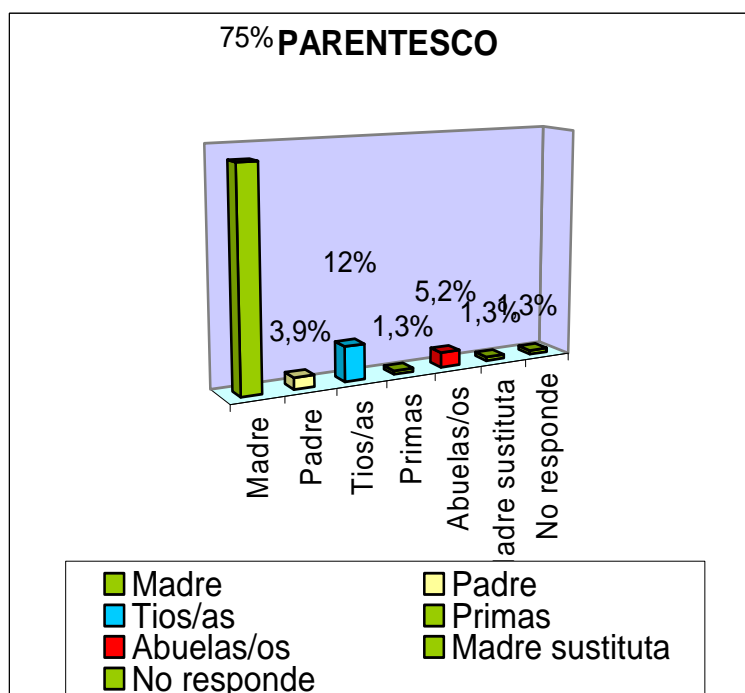
EDAD ACOMPAÑANTES				
1.2	16-24 Años	25-35 Años	36-55 Años	No responde
%	41	42	13	4



Las edades más frecuentes de estos acompañantes oscilan entre los 16 a 24 años de edad con un 41%, de 25 a 35 años con un 42% y hay una minoría del 13% con edades entre los 36 a 55 años de edad

Tabla 3.

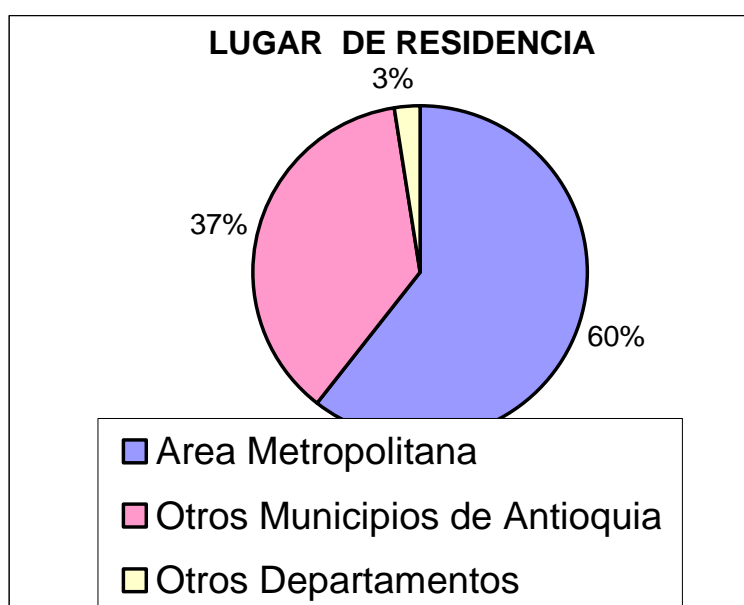
PARENTESCO							
1.3	Madre	Padre	Tíos/as	Primas	Abuelas/os	Madre sustituta	No responde
%	75	3,9	12	1,3	5,2	1,3	1,3



En el parentesco que tienen dichos acompañantes con los niños y niñas hospitalizados, predomina la madre con el 75%, seguido de los tíos y tías con el 12% y los abuelos con el 5,2%. Los padres tienen una baja presencia en el hospital con el 3,9%. Por ende se ve un mayor acompañamiento, cuidado y velación por parte de la madre, mientras que hay una ausencia por parte del padre; además aparece la presencia de otros familiares como tíos y tías, abuelos, primos, madre sustituta, en el acompañamiento y asistencia a los niños y niñas en el hospital.

Tabla 4.

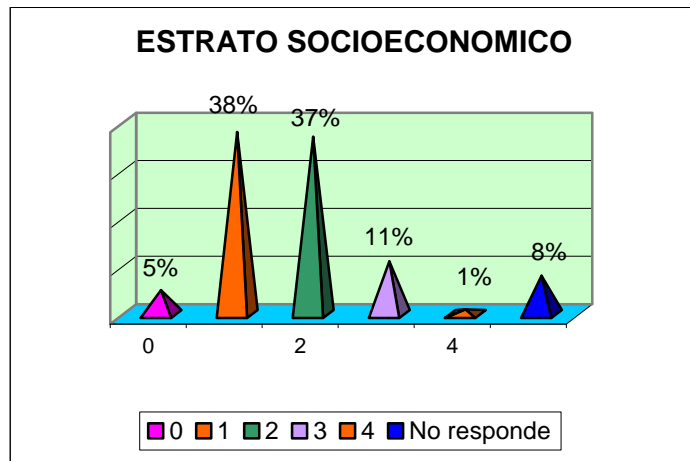
LUGAR DE RESIDENCIA			
1.4	Area Metropolitana	Otros Municipios de Antioquia	Otros Departamentos
%	60	37	3



Estas familias vienen de diferentes sectores a nivel local, regional y nacional; en el área metropolitana se encuentra la mayor parte de la población con un 60%, otros provienen de diferentes municipios de Antioquia con el 37%, y los restantes se ubican en otros departamentos del país con el 3%.

Tabla 5.

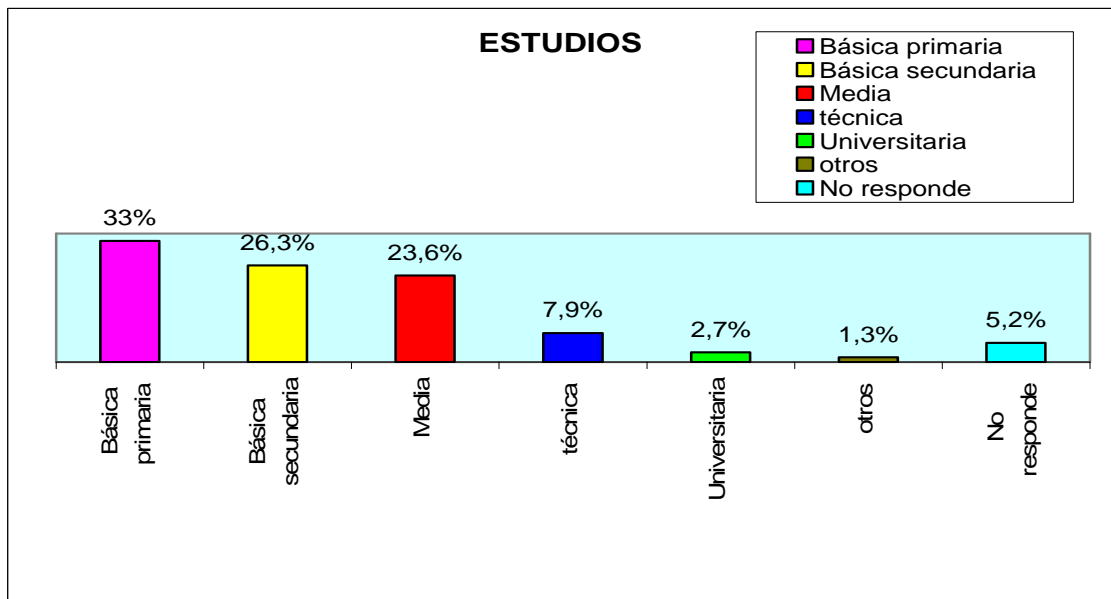
ESTRATO SOCIOECONOMICO						
1.6	0	1	2	3	4	No responde
%	5	38	37	11	1	8



La caracterización de la población según su posición social o estrato socioeconómico, muestra a partir de los datos arrojados por los encuestados una fuerte predominancia a pertenecer al estrato socioeconómico 1 y 2, aunque un 8% de estas personas no responde a la pregunta, al no tener claridad sobre el estrato al que pertenecen. Se evidencia una predominancia media por pertenecer al estrato 3 y 0, y una baja tendencia a pertenecer al estrato 4.

Tabla 6.

ESTUDIOS							
1.8	Básica primaria	Básica secundaria	Media	técnica	Universitaria	otros	No responde
%	33	26,3	23,6	7,9	2,7	1,3	5,2



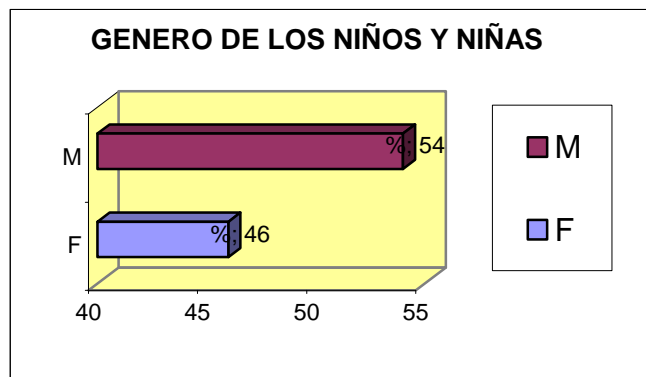
Respecto al nivel educativo o los estudios realizados por los acompañantes se encuentran diversos ciclos y modalidades. Con una tendencia fuerte de un 33% de aquellas personas que cursaron la educación básica primaria que comprende del grado 1° a 5°, y un 26,3% quienes cursaron la básica

secundaria que comprende del grado 6° al 9°. Por otra parte un 23,6% terminaron la educación media que comprende los grados 10° y 11°. Solamente un 7,9% finalizaron estudios pertenecientes a la modalidad técnica y un 2,7% aprobaron estudios universitarios.

En las encuestas realizadas se indagan por aspectos relevantes no sólo de los acompañantes sino de los niños y niñas que están bajo su cuidado en el contexto hospitalario, sus características, condición de hospitalización y algunos aspectos familiares.

Tabla 7

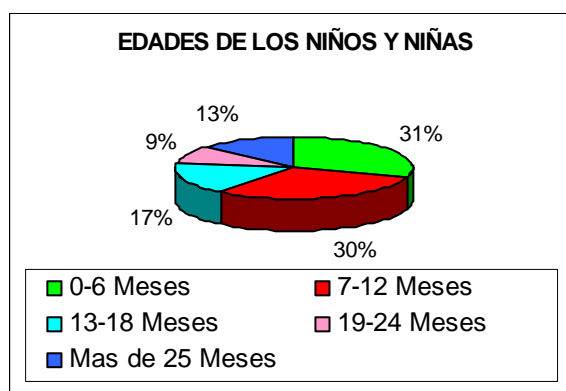
GENERO DE LOS NIÑOS Y NIÑAS		
2.3	F	M
%	46	54



Según el sexo se evidencia una tendencia fuerte del 54% de niños y un 46% de niñas.

Tabla 8

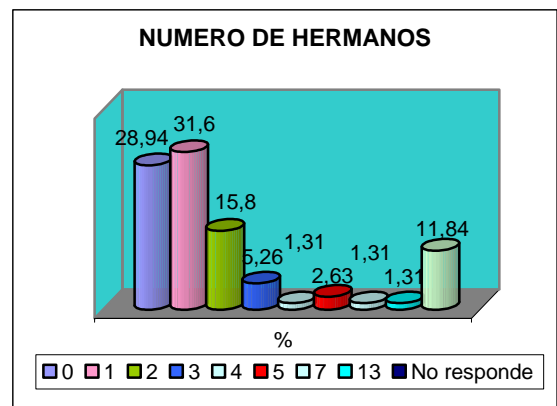
EIDADES DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS					
2.2	0-6 Meses	7-12 Meses	13-18 Meses	19-24 Meses	Mas de 25 Meses
%	31	30	17	9	13



Las edades oscilan entre los 0-12 meses con una predominancia mayor en estas edades, como tendencia media se encuentran los niños y niñas de 25 meses en adelante con un 13% y como tendencia débil los niños y niñas entre los 19-24 meses con un 9%.

Tabla 9

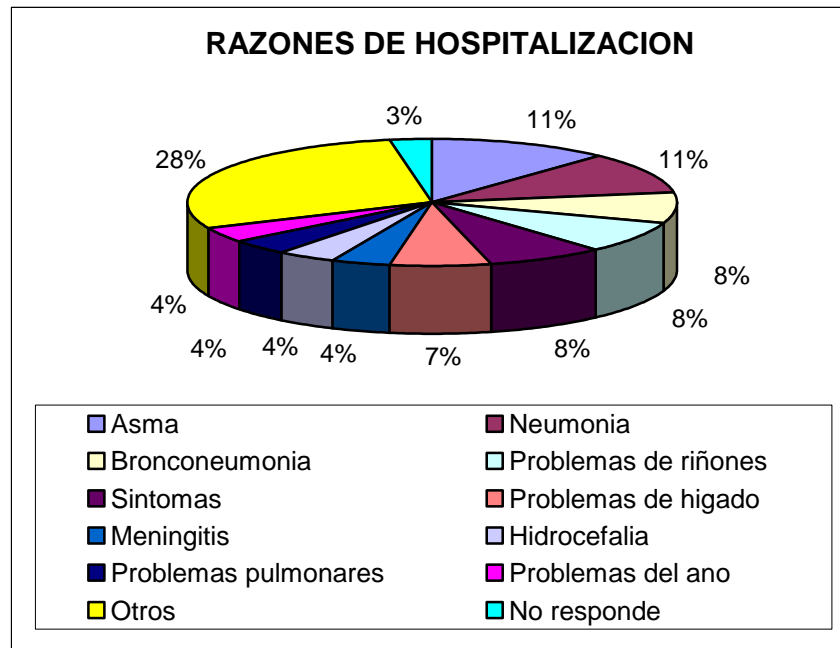
NUMERO DE HERMANOS	
2.4	%
0	28,94
1	31,6
2	15,8
3	5,26
4	1,31
5	2,63
7	1,31
13	1,31
No responde	11,84



En cuanto al número de hermanos que poseen los niños entre los 0 y 24 meses de edad se encuentra que tienen un hermano correspondiente al 31,6% y el 28,94% no tienen hermanos lo que indica que son hijos únicos

Tabla 10

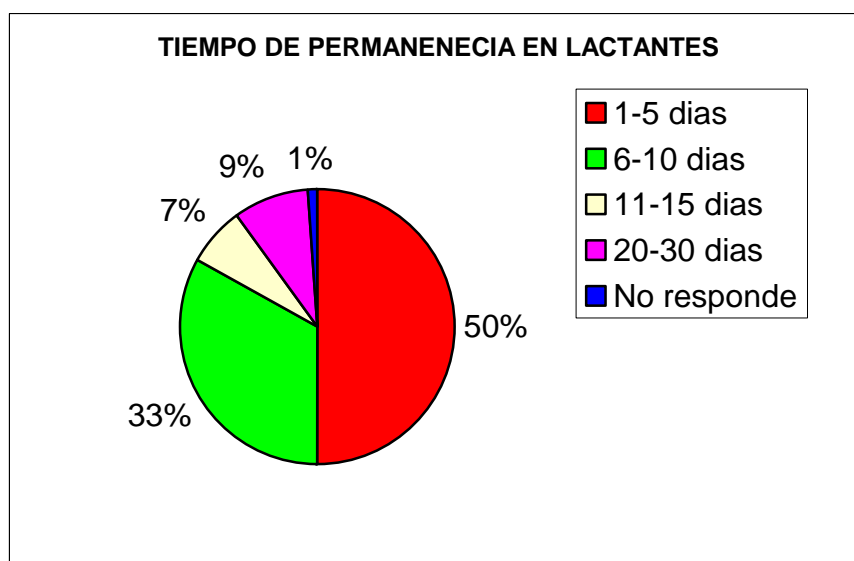
RAZONES DE LA HOSPITALIZACION	
2,5	%
Asma	11
Neumonía	11
Bronconeumonía	8
Problemas de riñones	8
Síntomas	8
Problemas de hígado	7
Meningitis	4
Hidrocefalia	4
Problemas pulmonares	4
Problemas del ano	4
Otros	28
No responde	3



Referente a las enfermedades o diagnósticos más recurrentes se encuentran el asma y neumonía con un 11%, seguido de los problemas de hígado con un 7% y con un menor porcentaje el 3% de las personas que no responden. Sin embargo cabe aclarar que en la categoría de Otros se encuentran las enfermedades de menor frecuencia que por su unificación se aumenta el porcentaje al 28%, tales como: síndrome hiposódico, infección en la sangre, soplo del corazón, fibrosis, tumores, entre otros.

Tabla 11

TIEMPO DE PERMANENCIA EN LA SALA DE LACTANTES					
2,6	1-5 días	6-10 días	11-15 días	20-30 días	No responde
%	50	33	7	9	1



El tiempo de permanencia del niño o niña en el hospital particularmente en la sala de lactantes No 2 oscila en términos de días de 1 a 5 con el 50% seguido de 6 a 10 días con un 33% de estancia que corresponde a la media; en la minoría se encuentra los que no responden con el 1%.

7.2 Hallazgos.

7.2.1 La estimulación como estrategia pedagógica.

El objetivo central de la presente investigación es indagar por todas esas representaciones sociales que tienen los acompañantes frente a la estimulación, del lenguaje, lo emocional y el juego.

Álvarez (2004), presenta la estimulación temprana, en donde se remite a Hernán Montenegro que la define como el conjunto de acciones tendientes a proporcionar al niño las experiencias que éste necesite desde su nacimiento, para desarrollar al máximo su potencial y de aprendizaje en las primeras etapas.

Para estructurar acciones definidas y objetivas, es muy importante realizar un programa pedagógico que conozca las creencias, ideas, y explore las conductas más frecuentes en medios hospitalarios. Por ello en la presente investigación, al indagar acerca de sus representaciones sociales sobre estimulación se evidencia en la mayoría de acompañantes entrevistados una dificultad frente a éste término, y por otro es asociado con la palabra “*estimularlos*”, no dando muchos elementos o explicaciones, manifestándose así una redundancia y falta de claridad. Por consiguiente, cuando se trata de abordar la familia como agente pedagógico o estratégico de la estimulación, es fundamental y pedagógico reconocer sus representaciones sociales como una forma de conocimiento que influye en los modos de interactuar con el niño y la niña.

Otros acompañantes manifestaron diversos conceptos respecto a la estimulación, dentro de las respuestas encontradas se deduce que tienen un conocimiento de ésta desde diferentes puntos de vista: motriz, afectivo, del lenguaje y sensorial. Sus respuestas aluden en sí a los diferentes tipos de estimulación existentes desde las áreas de desarrollo humano.

Llama la atención como dentro de este grupo de acompañantes hay una tendencia a relacionar la estimulación con el movimiento y la motricidad, relacionando la motricidad gruesa con la facilitación de movimientos como sentarse, correr, caminar, saltar, gatear, entre otros y la motricidad fina con movimientos de mayor precisión y coordinación como tomar objetos, dibujar, pintar, entre otros.

Este tipo de estimulación es considerado por los acompañantes desde testimonios como:

“Donde el niño sabe desarrollar los movimientos del cuerpo. Tacto bien, son inquietos para agarrar”,

“Estimular los niños, estimular lo que ellos hacen, un movimiento. Ellos les hace tocar, dejarlos que los toquen”,

“Darles masajes, acariciarlos, son ejercicios”.

Es interesante que los acompañantes de esta cohorte reconozcan en su definición la importancia del tacto y del movimiento como formas de estimulación. Montessori rescata las destrezas del movimiento para adquirir así el dominio del cuerpo, así la motricidad se convierte en elemento básico para la formación de la subjetividad. Ella reconoce la acción pedagógica que se puede hacer con el cuerpo el cual está construido en parte para la ejercitación de todos los movimientos que ayudan al desarrollo de los mecanismos motores.

Según Montessori (1986) es necesario esclarecer la importancia del movimiento en la construcción psíquica del ser, como un factor esencial en la construcción de la inteligencia que se nutre y vive con los conocimientos adquiridos en el ambiente exterior.

Para ello es importante reconocer además que a los niños y niñas se les debe proveer constantemente de ambientes de aprendizaje que les permita explorar, manipular, descubrir, relacionarse, etc., lo que implica que las ayudas didácticas dentro de la estrategia de estimulación se deben orientar a desarrollar potencialidades y capacidades intelectuales en pro de una adecuada adaptación y socialización con el medio; aprovechando las características del niño que vive en la curiosidad y la novedad, es un investigador y explorador por naturaleza.

El valor del juego, la enseñanza y el aprendizaje son un aspecto muy interesante que se logra explorar a través de la definición de estimulación de algunos acompañantes. Al respecto se encuentran conceptos y definiciones como:

“Es como una enseñanza, jugando, mostrarles cosas”,

“Estimularlo para que aprenda cosas nuevas”.

El juego es considerado como una herramienta para la enseñanza y aprendizaje, autores como Palacios y Velásquez, lo consideran una técnica fundamental de aprendizaje habitual a través de los tiempos. Si observamos la historia de la educación, comprobaremos que es fuente de aprendizaje, que ha servido para fomentar el trabajo en equipo, favorecer la sociabilidad, desarrollar la capacidad creativa, crítica y comunicativa del individuo, estimula la acción, reflexión y la expresión, es la actividad que permite a los niños y niñas investigar y conocer el mundo que les rodea: los objetos, las personas, los animales, las plantas e incluso sus propias posibilidades y limitaciones.

En algunos casos se encuentra con que el concepto o idea acerca del niño influye sobre el rol o papel activo del acompañante en la estimulación, para afirmar lo anterior se citan algunas expresiones de los acompañantes como: “*es ayudarlo a lo que él todavía no es capaz de hacer*”, con un matiz proteccionista ya que para muchos acompañantes el término AYUDARLO, es

la mayoría de las veces hacerle todo al niño, invadir sus espacios y limitar sus capacidades y habilidades, siendo una tendencia proteccionista o que desvaloriza el rol o papel interactivo del niño y la niña dentro de la estrategia pedagógica de estimulación.

Vale la pena recalcar que la mayoría de los programas de estimulación carecen de espacios y capacitación que le orienten a los padres y acompañantes frente a la importancia de explorar qué hace el niño por sí mismo. Se ha dedicado demasiado tiempo a un aprendizaje rutinario y menos tiempo para actividades exploratorias del entorno (iniciativa) e interactivas con otros niños y niñas y sus acompañantes.

En cuanto a la ayuda que se les proporciona al niño y a la niña, existen requerimientos para su administración, cuyo complemento encierra una alta capacidad para responder a la diversidad y a una estimulación que potencie el desarrollo. Resulta esencial instruir a la familia en estos requerimientos para que la estimulación se instituya a través de un conjunto de acciones que potencien el desarrollo.

Según Grenier, el primer requerimiento se relaciona con el hecho que la familia comprenda y priorice cómo la primera forma de ayuda se asocia con el componente de orientación a la acción de los niños. Igualmente es importante percatarse del momento oportuno para suministrar la ayuda y retirarla; donde se reafirme la necesaria rotación de roles entre “los que ayudan” y “los ayudados” donde la ayuda debe ir administrándose gradualmente.

En este sentido, la zona de desarrollo próximo planteada por Vigotsky (1988) fundamenta el rol activo del niño y la niña en el aprendizaje de acuerdo a su evolución donde el adulto le facilita el “andamiaje”, entendida ésta como la ayuda que consiste en graduar la dificultad de la tarea, así como el nivel de ayuda, de tal manera que no fuera tan fácil que el niño y la niña perdiera interés por hacerla, ni tan difícil que renunciara a ella. Gradualmente se mueven los papeles, en la medida en que ellos puedan “autorregularse”, y en varias de estas actividades lúdicas una señal clara de ello se daría al intercambiar los roles de interacción.

En suma la noción de Zona de Desarrollo Próximo, es transponiendo el lugar de la instrucción y de la enseñanza, como un pivote que expande las posibilidades de aprendizaje del niño y la niña, convirtiendo las experiencias en desarrollo. Según este pedagogo, la zona proximal de desarrollo es la distancia entre el nivel actual de desarrollo, determinado por la capacidad de resolver independientemente un problema y el nivel de desarrollo potencial, determinado a través de la resolución de un problema bajo la guía de un adulto o en colaboración con otro compañero más capaz, rescatando a su vez la dirección del desarrollo la cual no podría seguir siendo atribuida a las fuerzas biológicas internas del organismo en evolución, ya que el papel de lo social y de los instrumentos culturales como la educación vendrían a ser determinantes. La imitación y el juego se confirman de nuevo como poderosas herramientas para “jalar” el desarrollo actual a una zona potencial.

Otros acompañantes rescatan el papel del lenguaje en la estimulación pedagógica respecto a ello se encuentra testimonios como:

“Hablarles, tratarlos cariñosamente. Acompañarlos el tiempo que necesiten”

“Cuando uno le habla, lo toca”

“Por ejemplo si el niño no sabe hablar hay que ponerlo o enseñarle a hablar”.

Es interesante como por lo general se asocia el lenguaje con las caricias y se rescata su valor como una forma de expresión que permite establecer relaciones e interactuar con los otros, en donde el desarrollo de éste depende del proceso de interacción social y su intención comunicativa, por ello la importancia de proveerle a los niños y niñas estímulos o modelos lingüísticos adecuados y significativos para ellos.

Otro factor que juega un papel fundamental en este proceso es la estimulación sensorial, reconocida por algunos acompañantes en sus testimonios que sustentan la importancia de *mostrarles colores fuertes y cantarles a los niños*, es decir, el tipo de respuesta y su característica, aspectos didácticos pedagógicos que llaman la atención al niño como los juguetes, la música, entre otros. De ahí que los órganos de los sentidos como la visión, el gusto, el olfato, el tacto o lo cinestésico y la audición, son considerados como las ventanas y fuentes del aprendizaje, por medio de ellos se está en contacto con todo lo que nos rodea.

Al respecto Montessori (1986) a partir de su método desarrolló la educación sensorial para que los niños mejoraran sus aptitudes perceptivas, motrices y de observación. Reconoce que los sentidos son puntos de contacto con el ambiente y la mente, al ejercitarse para observar el ambiente se adquiere el uso más refinado de éstos órganos; como un pianista que arranca del teclado sonidos que pueden variar en perfección infinita; del mismo modo, la mente puede sacar de los sentidos impresiones cada vez más precisas y refinadas. Para ello “los sentidos, los exploradores del ambiente, abren la vía al conocimiento”, los materiales propuestos por Montessori para la educación de los sentidos son una especie de llave para abrir una puerta a la exploración de las cosas externas.

Por otro lado a partir de los testimonios se evidencia, desde el punto de vista afectivo, algunos testimonios que afirman este tipo de estimulación como:

“Estar pendiente de los niños, quererlos y darles el apoyo que necesitan”

“Estar con los niños dándoles afecto, hay una familia que los quiere, conversarle, moverle los bracitos, ¡este es un bracito!”

“Es por medio de hacerle ejercicios al bebé y transmitirles seguridad y confianza”

“Que se sepa tratar bien a los niños, no con repelencia”

“Coger a los niños estimularlos, acariciarlos, darles masajes y cantarles”.

La mayoría de los acompañantes tienen representaciones sociales válidas respecto al afecto y al desarrollo emocional y social de los niños y niñas, donde la exploración de su entorno, la comunicación y la interacción con la familia y los demás, le permite desarrollar el sentido de la competencia, la confianza y seguridad en sí mismos, aunque no tienen muy claro el porqué es importante.

Estos testimonios dejan claro la importancia del afecto en la formación de vínculos con ese otro con el que se identifican y comparten. Es primordial el afecto al ser la base de las Interacciones y relaciones que establece con el contexto que les rodea.

Resaltar la influencia de los factores emocionales en el aprendizaje según Arnaiz (1999) tiene cada vez más notoriedad por cuanto los sentimientos y las capacidades afectivas están íntimamente implicados en el proceso de aprendizaje. La propia personalidad, la autoestima, las expectativas que los acompañantes tienen sobre los otros y sobre el propio niño o niña, juegan un papel fundamental y determinante en el proceso de enseñanza y de aprendizaje a través de la estrategia de estimulación.

En síntesis los acompañantes asocian la estimulación con todo ese conjunto de acciones, sin embargo, desde un simple hacer muchas veces sin significado para ellos o sin un objetivo claro, porque la estimulación ha sido el tema de moda, el bum, pero no se ha tomado conciencia sobre como éstas acciones influyen en el desarrollo del niño y la niña, donde las caricias, los ejercicios, el lenguaje y el juego cumplen un papel fundamental en estas interacciones.

La estimulación no debe entenderse como una mera acción o asignación de técnicas, ejercicios, masajes y caricias sin un objetivo o propósito claro, por el contrario esta debe entenderse como una acción sistemática con fin educativo, donde se le enseñe a los padres principios educativos no recetas, donde se replantee el papel del niño y la niña como sujeto activo, plasmado de conocimiento, que logre desarrollar mediante niveles de dificultad la autonomía necesaria para alcanzar al máximo su potencial, a través de oportunidades adecuadas y en el contexto de situaciones de variada complejidad que despierten en el niño interés por involucrarse en el hacer, el pensar y el sentir, condición necesaria para lograr una relación dinámica con su medio ambiente y un aprendizaje efectivo integral.

Se infiere mediante un sondeo general con la población de esta investigación pocas oportunidades y recursos en el sector rural, de instituciones y programas de atención y cuidado infantil, que orienten y apoyen a los acompañantes en temas relacionados con la educación y estimulación de los niños y niñas, sobre todo en contextos hospitalarios. De igual manera poca formación de la familia para hacer de la crianza infantil un escenario potenciador del desarrollo infantil. Los padres deben recibir información clara, completa y oportuna, a fin de tener, desde ese momento, mayor claridad de sus necesidades de estimulación y de su importancia y repercusiones en la vida del niño y la niña, sobre todo en estos medios donde sólo se consideran las posibilidades de proteger la salud descuidándose otros aspectos generales del desarrollo oportuno de los niños en condiciones de riesgo. (Álvarez, 2004)

Los programas de estimulación se han ampliado para incluir las intervenciones dirigidas a los niños y niñas de alto riesgo ambiental, convirtiéndose así en una estrategia de prevención primaria, que debe ser iniciada en el momento en que nacen, incluso en el período de la gestación, considerando acciones ambientales para su protección y educativas hacia la madre, que abarque tanto su medio ambiente como sus condiciones de salud y nutrición, lo que reafirma la necesidad de una estimulación constante y sistemática. Pero no sólo se dirige a niños que se encuentran en los estándares de normalidad sino a los que están en condiciones de alto riesgo biológico y/o ambiental, es decir a toda la población infantil en sus primeros años de vida, sin hacer distinciones de raza, sexo, condición social u otra, donde la diversidad siempre tenga lugar y sea reconocida.

A pesar de esto los programas de estimulación se han dirigido la mayoría de veces a la atención de niños y niñas sanos, siendo escasos los programas para los que están en “riesgo” o en condiciones más vulnerables. Al respecto Álvarez (2004) sugiere aportes importantes como es la preocupación por la educación sistemática del lactante y del preescolar mediante esfuerzos orientados a mejorar las condiciones ambientales en que viven los niños especialmente de los grupos sociales en desventaja, incluyendo los que permanecen en HOSPITALES, salas cunas, orfanatos, siendo necesario no sólo la presencia física materna asistencialista, sino la de los estímulos para realizar actividades dirigidas en pro de su desarrollo.

7.2.1.1 La estimulación socioafectiva y las emociones: Base fundamental del desarrollo y los aprendizajes significativos.

En el ser humano, el área de la socioafectividad desempeña un papel primordial en la formación y desarrollo de la personalidad, la autoimagen, el autoconcepto, la autonomía, y en el establecimiento de las relaciones (Lineamientos Curriculares de Preescolar, 1998, p. 34). De esta manera cobran fuerza las experiencias que a nivel emocional se tengan, los significados emocionales que se generan a partir de los sucesos o situaciones deseables o indeseables que tienen lugar dentro de dichas relaciones.

Principalmente en las interacciones acompañantes-niños y niñas, los adultos pueden ayudar con sus actos emocionales a generar confianza, curiosidad, placer de aprender, la comprensión de los límites que le ayudará al niño a tener una vida emocional y social adecuada. Capacidades que, si bien se siguen transformando a través de los años, se desarrollarán en la base de los primeros, por consiguiente podrán ser la fuente principal de las determinaciones que se tengan a nivel de conductas y propiciar explicaciones en torno a los modos de comportamiento.

El adecuado desarrollo emocional, implica al mismo tiempo la mediación de la inteligencia emocional, que desarrolla habilidades tales como la automotivación, la persistencia pese a las decepciones, el control de los impulsos, la regulación del humor, la demostración de empatía y el tener la disposición para evitar que los trastornos disminuyan la capacidad de pensar; dichas habilidades ayudarán a tener un mejor estado emocional y por ende

mejores interrelaciones, lo que implica ser consciente que las acciones – propias y las de los demás- afectan de manera positiva o negativamente las relaciones que se entablan entre sí (Gardner, 1995); este aspecto concierne directamente a los medios hospitalarios, puesto que se ha demostrado la importancia de la relación entre la afectividad y el sistema inmunológico y neuroendocrino en la recuperación del niño y niña enfermos.

Por lo cual se hace imprescindible y oportuno develar las representaciones sociales sobre estimulación socioafectiva de los acompañantes y familiares en medios hospitalarios. Al indagar sobre éstas se encuentra que el desarrollo socioafectivo se favorece, en cierta medida a través de experiencias de protección y afecto, lo cual se ajusta a lo que los acompañantes conocen o han oído hablar acerca de la estimulación socioafectiva como lo es *estar siempre pendiente del niño(a), hablarle (diciéndoles palabras tiernas y de amor), consentirlo, tocarlo, abrazarlo, darle piquitos.*

Ésta representación social de la estimulación socioafectiva como el cuidado constante y la expresión de afecto verbal y no verbal, es importante puesto que dichos aspectos finalmente terminan potenciando en el niño y la niña las relaciones con su entorno, la confianza, la independencia, la expresión de sus emociones, la autoimagen, las relaciones afectivas, el reconocimiento de las emociones del otro, la interiorización de la norma, el autocontrol, los valores,—lo que se consigue gradualmente-.

Cabe agregar que en las entrevistas realizadas a los acompañantes de los niños y niñas hospitalizados, aproximadamente la mitad de los padres no poseen una información u opinión de la estimulación socioafectiva evidenciándose en expresiones como “no he oído nada”, “no conozco del tema”, lo cual muestra las reducidas oportunidades de acceso a una educación inicial para los niños y niñas más pequeños, además de proyectos acompañados de la participación activa de la familia y de un pedagogo o pedagoga, que le permita a los acompañantes y/o cuidadores comprender lo que significa la estimulación socioafectiva y su importancia dentro del contexto hospitalario, debido a las condiciones especiales que el niño experimenta al tener que enfrentar la separación de sus familiares, de su entorno natural y tratar de adaptarse a uno nuevo, en donde la dinámica cotidiana es distinta, propiciando un estado de ánimo diferente al “regular” del niño y del acompañante, y por ende necesitando con mayor prioridad de experiencias emocionales agradables que favorezca su vínculo afectivo y al mismo tiempo su situación emocional.

Cuando se cuestiona a los acompañantes del por qué es importante la estimulación socioafectiva, su respuesta es coherente con la anterior, pues si no tienen una idea, creencia u opinión de la estimulación socioafectiva en general, no la tendrán para especificar su importancia, por consiguiente se sigue presentando una marcada tendencia al desconocimiento de la estimulación socioafectiva y su importancia, dado que los acompañantes de los niños hospitalizados responden a dicha pregunta: “no sé”, “no conozco”.

De los acompañantes que respondieron con otras opciones, se encuentra que el vínculo afectivo es una representación social que tienen los acompañantes de porque es importante la estimulación socioafectiva ya que lo mencionan de uno u otro modo en las entrevistas realizadas, como por ejemplo:

“(..); ellos sienten todo, si uno los quiere o no, el padre le habla y ella sabe que es el papá”

Y es precisamente, Beà (2004) quien define el vínculo afectivo como “los lazos de afecto, interés e importancia que se dan entre las personas y que llevan un conocimiento cada vez mayor del otro, que permiten desarrollar la empatía del uno hacia el otro y que proporcionan al otro la noción de ser estimable y, por ende, autoestima, confianza y seguridad”

Lo cual es mencionado por otro de los acompañantes de esta manera:

“(..) Ellos van creando un vínculo con uno, madre-hijo, ya uno no es extraño para ellos”

Así la estimulación socioafectiva adquiere importancia por crear un vínculo afectivo entre acompañantes, niños y niñas, que ayuda en el reconocimiento por parte de ellos y ellas de las figuras como: padre y madre y a la identificación de sentimientos. Esto se propicia principalmente a través de un estímulo verbal y no verbal, donde los acompañantes le hablan al bebé con una voz suave e imitando la voz de un niño, entablan conversaciones, lo llaman por su nombre o con palabras cariñosas, los acarician y los abrazan.

Los acompañantes mencionaron otras importancias de la estimulación socioafectiva que van ligadas con aspectos de la definición de Beà del vínculo afectivo, como lo es que, por medio de la estimulación se puede brindar a los niños *confianza y felicidad*, de ahí que esta estimulación propicie un encuentro que permite que el acompañante demuestre la importancia, el interés, el amor que siente hacia el niño, y éste a su vez logre percibir un entorno que le ofrece experiencias y emociones agradables y el cual puede empezar a explorar, seguro de que hay alguien en quien confiar.

7.2.1.1.1 Qué dicen los acompañantes sobre las emociones

Con el fin de delimitar el tema de la estimulación socioafectiva, se ha centrado el interés en el área emocional, tratado por varios autores que se ocupan de desarrollarlo según su perspectiva, para abordar dicho tema en este espacio nos referiremos a Goleman, (1995), Shapiro, (1997) y Vallés y Vallés (2000).

Por consiguiente, en las entrevistas realizadas a los acompañantes de las niñas y niños hospitalizados, se quiere descubrir las representaciones sociales que se tienen en torno al significado de las emociones, que tipo de emociones conocen, por qué son importantes en la relación con ellos y ellas y como se podría mejorar su situación emocional en el hospital.

Inicialmente se encuentra que la mayoría de los acompañantes conciben la emoción desde experiencias emocionales, de ahí que sus respuestas sean:

“Cuando uno tiene una tristeza o una alegría”

“Muchas cosas, sorpresas, alegrías...”

“Cuando uno está feliz, uno tiene diferentes emociones: la tristeza, la nostalgia”

“Cuando uno siente que quiere a otra persona”

Pese a que sus representaciones sociales carecen de un concepto cercano que responda al significado que le han dado los diferentes estudiosos del tema, omitiendo aspectos biológicos y psicológicos que hacen parte fundamental de su explicación y comprensión, aparece el reconocimiento de las propias emociones y las de los demás, elementos base de la inteligencia intrapersonal e interpersonal que propone Gardner (1995), las cuales permiten que el acompañante, en posibles actividades de estimulación emocional, se le facilite leer las intenciones, deseos e intereses del niño; de ahí el valor de rescatar un “acompañante” que reconozca el lenguaje del niño, porque mucho antes que éste pueda comenzar a hablar o decir sus primeras palabras ya puede expresarse emocionalmente a través de los sonidos que emite, los gestos y expresiones de su cara. Y por otra parte, pueda entender la variedad de sentimientos que se generan respecto a un otro, diferencie sus emociones y por último las nombre y recurra a ellas como medio de interpretar y orientar el propio comportamiento.

El reconocimiento de la alegría por parte de la mayoría de los acompañantes sugiere pensar en una propuesta educativa desarrollada con base en la pedagogía del buen humor, puesto que entre más emociones positivas se experimenten en las relaciones acompañantes y/o familiares-niños hospitalizados mayor predisposición a mantener un estado de ánimo agradable y estable que le ayude al niño a sobrellevar su enfermedad y su recuperación. Teniéndose en cuenta que la capacidad del humor comienza en las primeras semanas de vida (Shapiro, 1997, p. 169); un ejemplo de ellos es si se realiza la actividad de esconderse tras un papel o pedazo de tela y luego quitárselo de la cara se puede obtener una sonrisa del bebé. Según el autor, el humor permite que los niños descubran diferentes formas de enfrentar el estrés y la angustia, puede ayudarlos a enfrentar la ira y a comunicar gustos y disgustos, sentimientos positivos y negativos acerca de los demás o de situaciones difíciles; además le posibilita al niño tener más éxito en sus interacciones sociales.

Aproximadamente la mitad de la población entrevistada tiene una tendencia a atribuirle al significado de las emociones, las causas o motivos por los cuales se originan; expresado como:

“Por ejemplo cuando se va a tener el niño, cuando me dijeron el sexo del bebé, cuando me encuentro con un familiar lejano, cuando llego del centro y veo al bebé, cuando la bebé se ríe”

“Ver que el niño se siente bien, se contentan y demuestran la alegría”

“Sería una emoción que el niño comience a dar pasitos, o que pase algo sin uno estarlo esperando (...)”

Todas las respuestas relacionadas con este aspecto, en general muestran que la causa por la que se genera una emoción está referida a otra persona, y además que, tienden a ser causas y/o motivos que pueden generar emociones agradables. De tal manera que si los acompañantes significativos en este medio hospitalario, no sólo reconocieran logros o acciones de los niños y niñas como generadores de emociones agradables, sino también el diálogo emocional como una de las estrategias que motiva el bienestar emocional no sólo en ellos mismos sino en los niños.

También hay una minoría de la población entrevistada que menciona en sus respuestas componentes psicofisiológicos, que se incluyen en la definición planteada por Goleman (1995) cuando él refiere, entre otros aspectos, los estados psicológicos y biológicos de las emociones; lo cual es expresado por los acompañantes de esta manera:

“Uno siente una emoción por algo, alegría cuando va a caminar, el corazón se me iba a salir de la alegría”

“Uno como emocionarse con algo, siente algo en el cuerpo; yo estoy emocionada por conocer tal cosa”

De esta manera los acompañantes reconocen las respuestas que se tienen a nivel corporal desde los diferentes órganos o sistemas del cuerpo a causa de una emoción, como lo refiere Cristóbal señalando las principales reacciones que se producen, como por ejemplo la alteración del ritmo cardiaco, que se acelera o se vuelve lento (Vallés y Valles 2000)

Igualmente hace parte de esta minoría el acompañante que responde que la emoción es una:

“Reacción del cuerpo, corazón y cabeza”

Dicha definición es la más cercana a la propuesta por Goleman (1995) en su teoría de la Inteligencia Emocional, la cual tiene en cuenta tres elementos fundamentales de las emociones, tales como los aspectos biológicos, afectivos y del pensamiento; elementos que en conjunto son de suma importancia en el significado que puede “leer” el otro a través de conductas específicas.

Agregando a lo anterior, se abarca las representaciones sociales que los acompañantes poseen frente al tipo de emociones que conocen y la importancia que le dan en la relación con el niño.

En primera instancia se halla que la mayoría de los acompañantes mencionan frecuentemente, en el tipo de emociones que conocen, la alegría, seguidamente se encuentra la tristeza. Otro tipo de emociones señaladas por los acompañantes fueron, la preocupación y la ansiedad, la felicidad y, el amor.

Además es explorada la importancia que tienen dichas emociones en la relación con el niño, encontrándose que hay diversas razones por las cuales puede ser relevante transmitirle o no determinadas emociones, ejemplo de ello son los siguientes testimonios:

“Por ejemplo la alegría y es importante porque le da seguridad uno a él”

“Le transmito alegría, los problemas me afligen pero no transmito la tristeza porque ellos logran captar eso. Estar positivo para ayudarles a salir adelante, no llorarles”

“Las alegrías, porque ella va a sentir ese afecto, se transmite el amor”

“La alegría, es importante por ejemplo, me siento bien yo y lo hago sentir bien a él”

Cabe aclarar que la mayoría de los acompañantes entrevistados de la Sala de Lactantes N° 2 dan respuestas alternativas pero no responden propiamente a la importancia de las emociones en la relación con el niño.

Lo cual lleva a pensar las implicaciones que tiene, sí un adulto que está en contacto con un niño, no logra entrever como podrían afectarle las reacciones o comportamientos que genera determinada emoción. Si bien, los primeros años de vida son la posibilidad para lograr moldear los aspectos de la inteligencia emocional, de ahí que los acompañantes de las niñas y niños hospitalizados, deben comprender como sus actos emocionales, respuestas o reacciones emocionales en los ambientes hospitalarios, pueden contribuir a corto, mediano o largo plazo en la manera como el individuo puede enfrentar situaciones difíciles, según haya sido las experiencias y el desarrollo de las habilidades de la inteligencia emocional.

En torno a cómo los acompañantes creen que podrían mejorar la situación emocional del niño en el hospital, se reconocen diferentes posibilidades que van desde la cantidad de *tiempo* que le dedican al niño las personas que lo quieren, hasta el acompañamiento a través del *juego* y las *expresiones de motivación verbales y no verbales*.

En cuanto a la presencia de la familia del niño en el hospital es de suma importancia, debido a que el impacto emocional en gran medida está representado por la separación del entorno y de sus familiares, según Pedreira (1991). La relación entre familiares y niños y la dedicación de tiempo en el hospital le ayudará a afrontar el estrés y la angustia que le causa el nuevo entorno y sus condiciones de salud, algunos testimonios que lo reconocen son:

“Las visitas los alegra, que venga la gente que los quiere, estar juntos con papá y mamá”

“Lo primordial es el acompañamiento de la mamá, que no se sientan solitos, leerle cuentos, cantarle, hablarle, decirle que está sano, que pronto va a salir”

Otro aspecto importante tratado por los acompañantes para el mejoramiento de la situación emocional del niño en el hospital es el juego, el cual se puede considerar como esencial de su entorno cotidiano, que garantiza su equilibrio emocional e intelectual; en este sentido Ramos (2004) plantea la necesidad de jugar en el hospital como un modo de reafirmar la vida. Algunos de los testimonios que sustentan la estrategia del juego para mejorar la situación emocional del niño dentro del hospital son:

“Demostrando amor, lo mismo que cuando está en la casa, jugar y hacerlo reír”

“Estar siempre pendiente de él, pasar la mayor parte del tiempo jugando con él, que no se sienta que está en el hospital, sino en la casa”

Por otra parte, está la motivación como otra de las opciones, donde los acompañantes proponen una motivación externa, principalmente verbal, que procure que el niño dirija sus fuerzas y propósitos a una meta particular que es sentirse mejor: seguro y acompañado en su proceso de recuperación. Algunos testimonios que dan cuenta de la motivación verbal son:

“Hablándoles, le digo que se sienta feliz (...), diciéndole cosas lindas, brindándole amor, que se sienta segura, que no está sola”

“Cuando está decaído le doy fuerza; con tranquilidad le hablo y lo motivo, trato de no llorar delante de él”

“Estar con ella; hablarle; estimularla en todo; a pesar de que está aquí en el hospital, tratar de estar con ella, jugar, y celebrarle todo lo que hace”

Como lo plantea Shapiro (1997), es necesario brindar a los niños aliento y apoyo emocional, lo cual debe ser reconocido por el niño; mediante alternativas como la comunicación y el juego.

Dentro del contenido de las respuestas se percibe otro aspecto importante de la inteligencia emocional, y es el optimismo del acompañante frente a la salud del niño, no obstante; es imprescindible tener en cuenta que la explicación del acompañante hacia el niño de lo que sucede a su estado de salud, ayuda en la estabilización de los niveles de estrés y ansiedad que se comienzan a sentir. Dicha explicación de los problemas o las situaciones difíciles, siempre se deben presentar en términos realistas y optimistas cuando la causa puede cambiar.

Por otra parte, se refleja en los testimonios como los adultos asumen los problemas o los obstáculos en el evento de la hospitalización, lo que es de gran relevancia ya que los niños observan qué posición toman ellos, si la situación les genera irritabilidad, discusión, depresión, abrumándose por la situación, tomando la actitud ante los problemas de no resolución o que estos se van a resolver por sí mismos, esto no sería un buen modelo y apoyo emocional en la resolución de problemas; lo que es más, si se tiene en cuenta que los niños “comienzan a valorar e imitar este comportamiento.” (Shapiro, 1997, p.135) lo cual no les ayudara a enfrentar su situación particular.

En la motivación verbal, lo más importante es que se logra crear un ambiente afectuoso, en donde el cuidador y/o acompañante es capaz de sintonizarse con el niño en un diálogo expresivo y recíproco de sentimientos positivos, que contribuye a la seguridad, sociabilidad y afectividad del niño y la niña, además de potenciar un desarrollo sensorial y mayor capacidad de aprendizaje; teniendo como sustento principal el vínculo afectivo que actúa como motor de todos los aprendizajes.

Y es precisamente con la estimulación afectiva, que tiene un impacto en las emociones, como se puede lograr una estimulación del lenguaje, debido a que las emociones poseen un componente expresivo sea verbal o no verbal. Referente al primero cada emoción da lugar a un contenido verbal y un volumen de la voz propio; por ejemplo la alegría producirá comentarios buenos asociados a la circunstancia que la ha provocado, y se elevará el volumen de la voz (Vallés y Vallés, 2000).

Por su parte el apoyo emocional a través de la expresión de afecto no verbal indica al niño y a la niña la empatía del adulto, en donde la condición de salud de éstos genera en el acompañante emociones y sentimientos que le inducen a acariciarlo, comunicándole al niño el apoyo emocional que calmará sus angustias y dolencias.

Las caricias, específicamente en este caso, “Estando el mayor tiempo con los niños, estimulándolos, acariciándolos”, pueden ser reconocidas por el niño como una conducta solidaria y que finalmente terminan cambiando en él su preocupación por emociones o conductas más adecuadas.

Además, las conductas no verbales que acompañan las emociones están relacionadas con la expresividad facial (Vallés y Vallés, 2000). Se puede decir entonces que el gesto facial es una fuente de significado en donde el niño pequeño accede a él y produce una respuesta determinada, dando lugar a una comunicación emocional con sentido.

Todo ello rescata la necesidad de trabajar con padres de familia y/o acompañantes de niñas y niños hospitalizados por medio de talleres pedagógicos de alfabetización emocional, gestual y proxémica.

7.2.1.2 El lenguaje y la comunicación

Es común encontrarse en la sala de lactantes, donde se lleva a cabo el proyecto pedagógico investigativo con niños y niñas cuyas edades oscilan entre los 0 – 24 meses, a quienes tradicionalmente se les ha llamado “bebés”, y así se les nombra para atraer su atención desconociendo que según algunos expertos la forma más adecuada para llamar a alguien es por el nombre de “cuna”, ya que es mediante el lenguaje que se permite su ingreso a la cultura; y esta misma es la que influye en el modo como se cría o se ambienta el entorno del niño o niña, de ahí que por ser el centro hospitalario un lugar donde confluyen personas que habitan distintas regiones del país (Colombia), con diversidad sociocultural y de diferentes niveles socioeconómicos primando el estrato 1, es decir, el 38% seguido el estrato 2 con el 37% (de 76 personas

encuestadas durante un período de año y medio -2005/01, 2005/02, 2006/ 01- que dura el proyecto pedagógico investigativo); se observa que las habitaciones están decoradas con variedad de muñecos multicolores, sonajeros y utensilios apropiados para la edad como también otras habitaciones en las que en medio de la soledad y la *frialdad* el “bebé” a penas cuenta con su pequeña y cálida cobija.

Del mismo modo, se percibe respecto a la comunicación del adulto con el niño, según el caso, o sea, el grado de acompañamiento, si no es vacía o nula; se basa tan sólo en el lenguaje no verbal, es decir, los gestos, las muecas, los masajes, las caricias, el arrullo, el contacto piel a piel. No obstante si la comunicación es un proceso en el que se da y se recibe información, (...) una manera de intercambiar ideas, sentimientos, y experiencias (Pick, Susan y Givaudan, A. Martha, 1995, p.19), emociones y afectos; es en esta medida en la que se comprende la grandeza del lenguaje, hacerlo vivo reconociendo su función social, lo que significa que éste es una forma que tienen los seres humanos para comunicarse con los demás ya sea de manera escrita, corporal u oral. Por lo tanto, se le concibe en la dimensión comunicativa como susceptible de fortalecer y estimular en el desarrollo del niño, de manera que le sea posible expresarse y comunicarse al interactuar con otros.

Por su parte, al proponerse esta investigación describir las representaciones sociales de los acompañantes de niños y niñas hospitalizados sobre un tema específico -la estimulación emocional y verbal- no es sólo ello lo que aparece y se evidencia; pues, aunque las indagaciones y observaciones son dirigidas a lo emocional y verbal particularmente es importante mencionar lo que también cobra sentido de un modo tácito, tal es el caso del lenguaje paraverbal, que si bien no se pregunta por éste explícitamente sí se percibe lo que denota cuando se realizan las entrevistas a los acompañantes; y en vista de ello su disposición para interactuar con el niño y la niña.

Teniendo conocimiento de lo que es el lenguaje paraverbal, se puede decir que a través de la voz de los acompañantes afloran situaciones, tal vez emocionales, como: el nerviosismo, la tensión, la ansiedad; al igual que la seguridad reflejada en la fluidez -en algunos casos- y los titubeos, lo cual se deja ver en respuestas referidas a “no sé”, “no conozco”, “no he oído hablar”, casi siempre al comenzar a modular alguna palabra acerca de un tema sea la estimulación, las emociones o el lenguaje. Entre tanto, se nota que asociado a ello existen diversos factores que van desde el mismo evento de hospitalización hasta probablemente el nivel de escolaridad, el estrato socioeconómico al que pertenecen y el lugar o región de proveniencia el cual conlleva una identidad social – cultural, siendo ésta misma la que se percibe cuando se escucha el tono de voz y el acento relacionándola con su ascendencia afrocolombiana, indígena, mestiza, rural o urbana, de distintos departamentos o zonas del país connotando así su ubicación geográfica.

Lo anterior logra vislumbrarse en las tablas que sostiene la caracterización de la población (p. 57), que descifrándolas proporcionan información importante para la investigación en la medida que permite esbozar un conocimiento acerca de las personas con las que se tiene contacto; es así como el discurso que

manejan los acompañantes se torna sencillo aunque limitado, dadas sus condiciones de escolaridad, donde la mayoría de las personas el 33% ha cursado hasta la primaria, siendo POCAS hablando en femenino por que la predominancia de las acompañantes son de este género (femenino 93% en relación al masculino 7%) las que han realizado estudios superiores (técnica 7.9% y universitarios 2.7%) lo cual de alguna manera trasciende a las pautas y practicas que cada una ejerce en la crianza de los niños y las niñas, aludiendo a ideas antiguas, modernas, posmodernas que conducen a la construcción de sus representaciones sociales.

Así mismo, al indagar por el barrio donde viven se encuentra un alto porcentaje en el área metropolitana (60%), seguido de otros municipios de Antioquia (37%) y, de otros departamentos con el 3%; entremezclando sectores rurales y urbanos sin hacer distinción de su lugar de origen, porque hay una creciente población que habita el área metropolitana siendo naturales de otras comunidades como las ya mencionadas cuyas practicas se van diluyendo, adaptando o enriqueciendo según sea la influencia del nuevo entorno social.

De ahí, la importancia de la contextualización en cuanto a la caracterización de la población en esta investigación, para que además de conocer sus opiniones también se lea el trasfondo de éstas; tal como en el lenguaje paraverbal de gran trascendencia en las interacciones de los acompañantes con los niños y niñas, con mayor razón aún por estar ellos con edades comprendidas entre los 0 y 24 meses, donde requieren de intercambios vocales, balbuceos y palabras empleando las variaciones en el tono de la voz (hablando como una persona anciana, con voz exageradamente nasal o con voz ronca, hablando lentamente o mediante el “disfraz” que se prefiera) al igual que la expresión verbal de afectos; siendo necesario que los adultos significativos que acompañan a los niños adopten estos comportamientos en función de una sensibilidad hacia ellos como personas en desarrollo.

Por lo tanto, es en este sentido en el que se dirigen los talleres implementados que hacen parte de la propuesta pedagógica (ver anexo 1) a partir de la cual se abren espacios tanto físicos como lúdico - pedagógicos en la sala de lactantes del hospital infantil, donde se facilitan las relaciones interpersonales entre niños, niñas, acompañantes y maestras en formación para compartir conocimientos del saber popular y el saber profesional/científico desde acciones lúdicas y de estimulación que dinamizan tales relaciones.

De manera que, las representaciones sociales sobre la estimulación emocional y verbal que se hallan no sólo se construyen desde el discurso sino también desde el hacer, teniendo como referente una multiplicidad de acontecimientos no ajenos a su realidad que delimitan las connotaciones que los acompañantes ofrecen; un ejemplo de ello es, lo que se escucha al preguntar por las razones (los por qué) que justifican alguna acción, las cuales en su mayoría son respondidas desde el para qué, donde se nota la preocupación por el otro, por el niño ya que todas o la mayoría de las respuestas obedecen al hacer en función de ellos; es así como las razones que ofrecen los acompañantes acerca de la **importancia de hablarles a los niños en edades tempranas** hacen referencia a la condición misma de hospitalización acercándose al

“efecto mágico de la palabra” y, lo que el hecho de pronunciarla puede generar, por ejemplo: hablarle a los niños contribuye a: *“un buen desarrollo”, “un mejor entendimiento”, “que se vuelvan más “avispados”*; así como, *“para que aprendan”, “para que se eduquen”, “para que desarrollen su lenguaje”, “para que sean activos y despiertos”* [testimonios de los acompañantes].

“Para que ellos sean activos y avispados, se estimula mucho, no van a ser acomplejados, son despiertos, aprenden a conocer las cosas”

Sin embargo, para el reconocimiento de dichas representaciones sociales, es importante comprender lo que verbalmente pueden decir los acompañantes acerca de los términos antes mencionados que tienen relación con la temática central que convoca; y para ello es pertinente indagar sobre la **significación del lenguaje y su estimulación en el desarrollo del niño**, por lo que algunas personas hablan acerca de éste en relación a su interacción con el niño y la niña dirigido a lo que hacen cuando están con ellos, a los beneficios que reciben, los aprendizajes o las formas de estimular esta dimensión en ellos; al respecto los acompañantes expresan que **el lenguaje es**:

“Enseñarles a hablar, el nombre de cada cosa, a enseñarles a hablar bien, que no le digan las cosas de otra manera, como más pequeños, enseñarles a hablar bien para que ellos sepan”

“Que le digan ellos a uno que sienten, que quieren una cosa, cuando lloran”

“Hablar, expresar con juguetes, darle órdenes a él, normas, decirle esto no se hace; qué animal es este, qué hace, cómo dice, enseñarle a decir palabritas”

“Es el método que uno utiliza para dirigirse a otra persona, para transmitir un mensaje para que ellos capten un mensaje; un mensaje es también una caricia, una mirada”

A su vez se encuentran personas que en sus palabras dejan entrever ideas, de acuerdo a los niños que tienen a su cuidado pues lo manifiestan al definir la palabra lenguaje, cuando afirman: *“lo que empiezan a decir primero”; “cuando le canto a la niña y le hablo y ellos empiezan a pronunciar palabras”; “la forma de expresar cada quien sus necesidades e ideales, fundamento y opiniones”*.

Por lo tanto, de los actos del adulto significativo que acompaña al niño y la niña se despliega el desarrollo del lenguaje, porque el hecho de tener en las manos un pequeño que puede ser un lactante o un recién nacido, demanda de una responsabilidad al igual que una estabilidad, si bien económica también emocional y es en torno a ello en lo que se fundamenta el proyecto pedagógico, que se considera como tal porque lo que busca principalmente es alcanzar un adecuado desarrollo del niño a partir de las interacciones en los momentos cotidianos como: el baño, la alimentación, el sueño, el juego aprovechando cada instante de estancia en el hospital.

En esta medida, se observa como las acompañantes pese a estar en un contexto hospitalario, después de realizar los talleres van tomando iniciativa

para comunicarse con los niños y niñas; no obstante, hay otras que por la situación del pequeño, se ve afectado su estado anímico y/o emocional prefiriendo retraerse, no participar, aislarse y/o enmudecer ante la mirada de los niños para quienes la presencia de la madre en la mayoría de los casos no es invisible y mucho menos insensible; en cambio, ellos sí se muestran atentos, simpáticos, empáticos como se evidencia en las diadas primarias afro.

Además, en cuanto a la **importancia de hablarle a los niños y de estimular el lenguaje** hay quienes vinculan directamente su opinión con el contexto en el que se lleva a cabo la entrevista y, en relación al niño que tienen a su cuidado, manifestando lo siguiente: *se notan los niños con alegría cuando se les habla; para verla alegre cuando está callada o aburrída; para que sientan que está con ellos y pendiente de ellos; ellos reciben todo, ellos sienten el aprecio, sienten muchas cosas cuando uno les habla; entre otras porque ellos lo necesitan, necesitan que se les diga cosas bonitas, que le den enseñanza; por todo, por ellos para que aprendan a hablar, es deber de uno para que ellos no se sientan solos y por ahí derecho se les enseña algo; los niños son todo por uno -los padres-.*

Y, “*porque aprenden ellos también, como uno habla*” tal como lo afirma Sarmiento (1984, p. 325) “*otras personas que atienden a niños hablan de forma tal que es difícil para él aislar cualquier palabra o frase comprensible. Ejemplo: hablar muy rápido o utilizar formas erróneas de composición de frases y del lenguaje que el niño va a imitar: “para yo es muy importante que tomes la leche” en lugar de “para mi es muy importante que tomes la leche”*”. Teniendo en cuenta que hablarle a los niños es también considerado como lo reconoce una de las participantes “*forma de estimulación, se suelta fácil la lengua para hablar, entender, se avispan*”; por tanto como adultos que acompañan a los niños y las niñas en el proceso de hospitalización y como primeros maestros y educadores, el llamado está latente para velar por su desarrollo integral y por su bienestar.

De acuerdo a los anteriores testimonios, es de gran relevancia el autorreconocimiento que los y las acompañantes de los niños y niñas, en su mayoría las madres hacen respecto a la responsabilidad con ellos durante su estancia en el hospital; y en esta dirección, también son conocidos otros de los testimonios, tales como:

“Por que los niños se motivan, sientan deseos de vivir, se llenan de amor y valentía, ternura, decirles lo importantes que es para uno”.

“Porque de eso depende el desarrollo de ellos, si uno no les habla ellos se crían retraídos, en un rincón solos, si les habla son activos y avispados”.

No obstante, es importante tener presente que al observarse algunas habitaciones, donde los niños y las niñas se encuentran solos, por múltiples causas como las siguientes: porque las madres trabajan y no tienen quien acompañe al niño, porque tienen mas hijos y deben ocuparse de ellos, por las mismas diligencias hospitalarias, porque están en la ciudad mientras dura la hospitalización del niño y deben ir a realizar sus oficios caseros, porque según su situación económica sortean el costo de los pasajes, entre otras; se percibe

que la ausencia de otro que lo acompañe, lo atienda y lo estimule con acciones que propendan por el desarrollo emocional y del lenguaje verbal, conlleva a un tema trascendental que esta investigación relaciona someramente como es “La privación materna” y por ende de afecto ya que ésta es otra de las razones que afecta el desarrollo del lenguaje del niño. (Sarmiento 1984, p. 324)

Aunque en algunas ocasiones, los niños son visitados por enfermeras voluntarias que se ocupan de ellos en cuanto a lo asistencial y lo lúdico a través del canto y los diálogos, dadas las situaciones antes mencionadas se infiere que la vida del niño transcurre en una “pasividad”, aunque a este estado se le confiere una significación distinta según sean las pautas y prácticas de crianza que los acompañantes ejercen con los niños como también su contexto sociocultural, ya que ello es determinante en la estimulación para el desarrollo del lenguaje y para las relaciones que se tejen entre ellos.

Además, teniendo el lenguaje como uno de los ejes temáticos de la investigación y la sala de hospitalización (lactantes) como el lugar donde acontecen variabilidad de hechos, resulta importante concebirlos y analizarlos más allá de simples factores que intervienen en ésta, pues están estrechamente relacionados si entran en intercomunicación el contexto hospitalario, el lenguaje, el acompañante y el niño en tanto lo que viven allí es solo experimentado y sentido por ellos; por lo que se notan una cantidad de emociones encontradas, como: miedo, desesperación, gozo, disgusto, buen humor, ira, impaciencia y otras, hallándose dentro de ellas como las más relevantes, la alegría y la tristeza las cuales se expresan de una u otra forma especialmente mediante el lenguaje en las interacciones de los acompañantes con los niños; donde se dan a conocer los estados en que se circunscriben dichos diálogos, siendo a veces concientes y otras veces no de lo que se les transmite a los niños por la vía de los matices vocales, del lenguaje en este caso paraverbal.

Ya se ha mencionado acerca de la forma como se muestra el lenguaje paraverbal en los acompañantes mientras se entrevistan, ahora lo que ellos indirectamente consideran que ello significa; por lo tanto hay personas que presentan alguna “confusión” cuando asemejan el empleo **del lenguaje paraverbal** con lo que se denomina “mimos” evidenciándose en testimonios como:

“Yo tengo entendido que es malo, pero yo le hablo así a mi niño, es la ternura que uno le brinda a ellos, dicen que es malo, que se vuelven todos mimados, que no aprenden a hablar bien”.

Sin embargo, para esclarecer un poco lo que es el lenguaje paraverbal, se trae a colación algunas expresiones populares que son familiares al común de las personas, tales como: “No me importa tanto lo que dijo, sino cómo o la forma como me lo dijo”, y “Lo que pasa, es que es el tonito, el tonito” despertando un sin número de reacciones que a su vez son inimaginables; de ahí se deduce la importancia del lenguaje paraverbal en la interacción acompañante - niño dejando entrever sus emociones o el estado en que se encuentran, a través de la emisión de palabras que son bonitas, tiernas y ajustadas a una realidad en un clima o ambiente cálido para un niño que necesita además de ser

escuchado, escuchar “explicaciones” acerca de lo que acontece a su alrededor permitiéndole conocer el “mundo en el que le ha correspondido vivir”; (Ramírez Salazar, 2000) entrando a conversar y establecer un “diálogo emocional significativo” entre el acompañante y el niño que está hospitalizado mediante la demostración de afectos.

Es de esta forma como la comunicación madre - hijo o acompañante - niño se torna mas amable incluyéndose ambos, es decir, cada uno en relación con el otro en donde se reconoce al niño como interlocutor válido; si bien la mayoría de los acompañantes señalan que la **edad adecuada para comenzar a hablarle a los niños** es la etapa intrauterina, como la más predominante, otros varían cuando mencionan que de un mes en adelante, a los doce meses y a los dos años. Manifestándose en testimonios como: [Al momento de hablarle al niño estando en embarazo, ellos] *“se mueven y siento que esta vivo, que se les quiere; ellos sienten ese amor, esa alegría”*.

“Desde que nacen, porque uno les habla y ellos entienden. Él es muy conversador, desde que nació gorgojea y juega con la boca haciendo bombitas”.

“Desde que están dentro de uno, para que haya una identificación entre ellos y uno; por la seguridad”

“Desde que estén en el vientre, por que uno les pone musiquita y son mas avispados, mas entendidos”

“Desde el vientre porque hay que motivarlos, demostrarle lo importante que es para uno”

[De] un mes en adelante; porque ellos recién nacidos, uno les habla y ellos entienden lo que uno les dice pero muy poquito”

“De un mes. Aprende oyendo y aprende a hablar”

Asociando las edades que consideran más pertinentes para comenzar a hablar a los niños con la capacidad que ellos tengan de entender, ya que al indagarse sobre la posibilidad de entendimiento en edades tempranas, la mayoría responde afirmativamente; presentándose otros que creen que no entienden, teniendo ideas que sustentan su respuesta en la discriminación de los significados de términos, como por ejemplo:

“No, creo que sí oye pero no entienden”

“Algunas, uno le tendría que explicar bien”

Por su parte, los que contestan afirmativamente acerca de si **los niños entienden lo que se les dice en edades tempranas** poseen ideas que dejan entrever un reconocimiento del niño como ser social, reflejadas en frases como:

“Si, captan todo muy bien, son muy inteligentes”

“Si, él si entiende uno le habla y él escucha, siente lo que uno le dice y como uno esté, triste...”

“Si, son los mejores computadores que hay en la vida, que grabadoras!”

“Si, no hablan a uno pero ellos si entienden, por ejemplo cuando uno les dice adiós ahí mismo lloran”

“Si, desde que está en embarazo porque cuando uno le habla se mueven, pataletean, de todo; entonces yo digo que si entienden”

En este sentido, también se retoma la imitación dentro de los modelos pedagógicos como principal medio y/o estrategia para socializar a los niños y a su vez favorecer aprendizajes que cobijan todas las dimensiones de su desarrollo en donde se le permita aprehender el contexto cultural que habita en tanto existe una identificación con el modelo a imitar como es en la mayoría de los casos, la madre, siendo como lo expresa Sarramona (2000) “el resultado de esta imitación la adquisición de hábitos y actitudes que en general son expresiones de las pautas y practicas culturales vigentes en contexto inmediato y que hacen parte de la formación para la vida, por cuanto facilita a los niños ir creando su propio esquema de convicciones morales y de formas de relacionarse con los demás”.

Confirmando que el **medio o estrategia más apropiada para aprender a hablar o favorecer el desarrollo del lenguaje** en el niño es el diálogo y las conversaciones a su nivel, donde sean tomadas éstas como medios y/o estrategias didácticas y educativas, siempre que posean una finalidad pedagógica o que posibiliten un aprendizaje. A su vez los acompañantes consideran que las formas o medios por los que los niños aprenden más fácil a hablar son en grado de importancia las conversaciones, los cuentos; por lo que “la presencia de lecturas, radio, el contacto con los otros niños; experiencias variadas y la televisión“, son importantes para estimular la adquisición del lenguaje teniendo en cuenta en éste último seleccionar los contenidos de acuerdo a las sugerencias de los expertos; en este aspecto también hay quienes reconocen que todo lo que rodea al niño contribuye para el desarrollo del lenguaje.

Como lo referencia una de las acompañantes:

“lo primordial es la familia, lo que él este escuchando; secundario son los cuentos, no me parece lo de la televisión”,

Sin embargo, pese a que los acompañantes nombran las conversaciones y la lectura de cuentos como el medio más efectivo para facilitar la adquisición del lenguaje; el proyecto bajo la metodología de taller aparece como la mejor muestra para “aislar” la apatía que se tiene frente a la televisión, porque todo depende, por una parte de la selección de la programación y del tiempo dedicado a través de un acompañamiento y, por otra de la intencionalidad con que se observe determinado programa; tal como se hace en los talleres (mixtos, de la práctica pedagógica) cuando se presenta el video “Yo también,

soy una persona” en torno al cual transcurre la actividad generando situaciones de aprendizaje y de reflexión.

En cuanto a ello, se considera que los acompañantes lo aceptan como un aprendizaje para replicar con los niños que tienen a su cuidado; de ahí que al momento de realizar la parte práctica de los talleres, es decir, la implementación de las actividades de estimulación con el apoyo de juguetes como material didáctico, educativo, recreativo cuyo objetivo es propiciar ambientes en los que la interacción acompañante – niño se torne más significativa en el medio hospitalario teniendo cada cual un fin particular según su situación individual y especial, donde las madres toman una iniciativa con su niño o niña para atraer su atención invitándolo a hablar, en fin estimular su desarrollo en todas las dimensiones haciendo mayor énfasis en la socioafectiva y comunicativa, posibilitando un aprendizaje mediado por la palabra, es primordialmente el lenguaje paraverbal que a su vez atraviesa las relaciones interpersonales el que entra a resignificar dichas relaciones poniendo en evidencia las emociones al interactuar con los niños y las niñas.

7.3 EL JUEGO HOSPITALARIO: POSIBILIDADES Y LIMITACIONES

El juego es imprescindible para el correcto desarrollo infantil porque estimula, favorece y posibilita todo tipo de aprendizajes. El niño y la niña no sólo han de aprender los colores, los números u otros contenidos escolares relacionados con el desarrollo intelectual, sino que ha de desarrollarse y evolucionar también en otros aspectos muy importantes como la coordinación de los movimientos, el lenguaje, la socialización y el desarrollo emocional.

Las circunstancias en que suelen tener los niños y niñas más dificultades para jugar o desarrollar una actividad lúdica normal son por un lado, los motivos relacionados con el contexto o la carencia de recursos y por otro, aquellas limitaciones surgidas a partir de algunos tipos de discapacidad o algunas exigencias debidas a enfermedades propias de éstos.

Algunos acompañantes respecto a lo anterior opinan que el decaimiento por la enfermedad es una condición que limita, algunos testimonios que manifiestan respecto a la posibilidad de jugar en el contexto hospitalario son:

“no, porque está muy decaída”

“no, porque el está malito”

“si desde que no tengan oxígeno y suero y se puedan sacar a jugar con ellos”.

Sin embargo la mayoría de acompañantes reconocen la importancia del juego en este contexto, algunas de las expresiones que lo afirman son:

“si claro, la diferencia es que aquí estoy tratando de sacarle la enfermedad, le hago cosquillas...”

“Si es posible. Sin importar la posición e incomodidad como esté, se puede jugar con ellos, que es importante hacerle borrar la tensión que viven acá, tanto chuzón”

, “si, los motiva se les olvida el dolor, que están enfermos; es muy importante, no se quieren ir del hospital porque se les dedica más tiempo”

“porque es muy importante, para que no se amarguen, ni se aburran”

“sí, la sonrisa ayuda en la recuperación”

“sí, porque ellos lo necesitan”

“si, porque no importa el lugar, ahí es donde uno debe jugar más, para que ellos no se aburran”.

Para los niños y niñas hospitalizados durante largos períodos de tiempo es urgente determinar acciones que permitan introducir este recurso en el contexto de los hospitales y formar al personal sanitario respecto a la importancia del juego para el correcto desarrollo de éstos y su más pronta y eficaz recuperación.

Una alternativa actual para ayudar a los niños pequeños a aprender acerca de ellos, de los otros, de su mundo -en un medio propicio y equipado en función de esta etapa infantil- son los juegos en donde se rescate el acompañamiento de los padres o principales cuidadores, donde se respeten las particulares etapas de desarrollo paso a paso, respetando ritmos, intereses y características propias de cada niño y su progenitor. En estas primeras etapas la familia y en especial los padres son quienes por naturaleza y propia elección muestran al niño el mundo. Por este motivo los grupos de juego en la primera infancia estimulan la participación y co-protagonismo de las mamás y/o papás en cada encuentro. Son ellos en definitiva quienes se hayan más cerca de cumplir con éxito la tarea de enseñar a sus hijos a “amar el aprender”.

En el contexto hospitalario por medio del juego, las tensiones provocadas por el internamiento disminuyen, favoreciendo la adhesión al tratamiento, se mantiene la continuidad en el proceso de estimulación de su desarrollo y aprendizaje, a través de actividades y experiencias de apoyo. En este aspecto radica la importancia de la actividad lúdica hospitalaria, entendida como atención lúdico-pedagógica al niño y al adolescente hospitalizado. Investigaciones de los últimos diez años son elocuentes testimonios de la mejora del pequeño hospitalizado que tiene la oportunidad de jugar, y de las ventajas de actividades lúdicas diversificadas, que disminuyen las consecuencias de esta difícil situación, favoreciendo el desarrollo emocional de los niños y las niñas pese al contexto y condición en que se encuentran; al respecto es muy importante integrar el equipo médico y el pedagógico para establecer las limitaciones o restricciones en algunos niños y niñas hospitalizados.

Es crucial reconocer que a través del juego el niño se expresa, muestra lo que siente y lo que le gusta, apareciendo como sujeto, con voluntades y deseos, y

no como mero objeto de cuidados, donde la actividad lúdica se convierte en un potencial revolucionario, especialmente cuando es practicada en el contexto hospitalario, porque según Ramos (2004) “además de la atención a las necesidades clínicas, el hospital debe proteger y desarrollar prácticas identificadas con la afirmación de la vida. Jugar en el hospital es un modo de reafirmar la vida, porque jugar confirma el milagro de la sobrevivencia, es una prueba de vida”

7.4 LA FAMILIA COMO AGENTE EDUCATIVO

La familia es la primera institución social donde se forman las bases de los aprendizajes y experiencias proporcionando al niño un entorno social, afectivo y material. Es con la familia, y a través de ella que puede alcanzarse de manera más efectiva y completa el desarrollo y la formación del lactante y del preescolar, proporcionando a la madre, al padre, a los jóvenes y otros cuidadores, los conocimientos y motivaciones para atenderlo y estimularlo.

Para lograr la efectividad de un programa en beneficio de los niños se necesita el acompañamiento de la familia y su rol protagónico por sus aportes insustituibles al desarrollo del niño donde el matiz fundamental está dado por las relaciones afectivas que se establecen entre ésta y el niño, pero añadiendo esa insustituible y valiosa influencia con una orientación especial en beneficio del desarrollo del infante, donde se complementen y enriquezcan sus saberes con los del saber profesional, ya que para alcanzar el desarrollo de procesos educativos-formativos en etapas tempranas es necesario generar el diálogo, el debate y la concertación entre el saber popular, el conocimiento científico y el pedagógico posibilitando la construcción de un nuevo conocimiento que enriquezca las relaciones intrafamiliares.

Es claro que no es suficiente sólo con dar conferencias e instrucciones verbales a receptores pasivos para cambiar sus hábitos y sus formas de interactuar con los niños, se requiere por lo tanto de una aproximación más activa, experimental y comunicativa; más de índole pedagógico y/o didáctico que informativo.

Es indiscutible involucrar al acompañante activamente en probar, evaluar y conocer la estimulación y sus implicaciones en relación con su propia experiencia y comprensión, puesto que cuanto más participe en generar y personalizar el conocimiento que va aplicar en la práctica, más fuerte será el impacto de la intervención o de los programas, al tener más convicción frente a lo que se está haciendo en su práctica personal e interacción con sus niños y niñas.

Por estas razones y seguramente otras más, se hace urgente considerar la viabilidad de la estimulación como un alternativa que debe centrar la atención en la familia, considerándola unidad básica en la vida del niño y la niña al ser los más cercanos educadores. Al respecto hay acompañantes que consideran la estimulación como *“una orientación en la cual me van a enseñar muchas cosas”* este testimonio confirma la importancia de añadir esa valiosa influencia con el enriquecimiento de una orientación especial o con saberes profesionales

competentes en beneficio del desarrollo integral del infante y una mejor calidad de vida , acción que requiere el concurso del niño, la familia, la comunidad, los equipos interdisciplinarios , los esfuerzos interinstitucionales, el estado, en fin requiere del compromiso y la participación de todos; allí surge la pedagogía infantil como un elemento disciplinar e interdisciplinar articuladoren el “cómo y por qué” se va a estimular, ya que sólo en el “qué hacer” se diluye la posibilidad de un conocimiento y un aprendizaje con sentido.

8 CONCLUSIONES.

- ❖ La estimulación en los programas no solamente debe ser un aspecto informativo, sino formativo, ya que puede trabajarse con los niños, niñas y con la familia, en sus experiencias, conocimientos, actitudes, creencias, y hasta en la percepción que puedan tener sobre todos los aspectos relacionados con la estimulación emocional y verbal.
- ❖ Es importante entender la estimulación como una acción sistemática con fin pedagógico, en el que se oriente a los padres o principales acompañantes de los niños y niñas, sobre principios educativos donde se replantee y reafirme el papel activo del niño y la niña en el aprendizaje.
- ❖ Es indispensable involucrar al acompañante activamente en indagar, evaluar y conocer sobre la estimulación y sus implicaciones en relación con su propia experiencia y comprensión, por lo tanto, no es suficiente con dar conferencias e instrucciones verbales y concebirlos como receptores pasivos, entrando a cambiar y desconocer abruptamente sus percepciones y conocimientos, ya que ellos poseen un saber válido en muchos aspectos, que hay que estructurar y no desaprovechar.
- ❖ Se identifica la recurrencia de un patrón de representación social acerca de la estimulación socioafectiva como el cuidado constante y la expresión de afecto verbal y no verbal, lo cual tiene una incidencia directa en el niño sobre el desarrollo emocional, social y cognitivo.
- ❖ La importancia de la estimulación socioafectiva se enmarca en el vínculo afectivo, propiciado principalmente por estímulos verbales y no verbales, lo cual permite desarrollar la empatía, la autoestima, la confianza y la seguridad.
- ❖ El desarrollo de la inteligencia emocional de los acompañantes, favorece el desarrollo emocional, el estado anímico y la recuperación de los niños hospitalizados.
- ❖ La condición de hospitalización hace más susceptible la estadía de niños, niñas y acompañantes en este contexto, por ello es importante favorecer el desarrollo emocional de éstos en el hospital a partir de una interacción verbal positiva con sus acompañantes, donde sean conscientes que sus palabras y tono de voz ocupan un lugar muy importante en el estado emocional del niño y la niña.
- ❖ Con el estímulo desarrollado a través de la actividad lúdica con el apoyo de los juguetes, se está sin duda, contribuyendo a una mejora en el estado de salud y calidad de vida de los niños y las niñas durante su hospitalización.
- ❖ Se considera pertinente emprender acciones pedagógicas en el contexto hospitalario que favorezcan un aprendizaje o estimulación de la comunicación desde la expresión del lenguaje y la comunicación misma entre el niño y el acompañante donde el adulto reconozca al niño como un interlocutor válido

que expresa lo que siente y lo que quiere a su manera sea el llanto, los sonidos guturales, las sonrisas, los movimientos corporales vigorosos, entre otros, cuando atiende a la presencia de alguien ya conocido para él como es la madre (en la mayoría de casos), pues sobre ella recae, entonces, la función de establecer el máximo contacto verbal con el niño ya que de por sí y de manera natural se comunican a través del lenguaje no verbal como ya se ha mencionado las caricias, las miradas, la contemplación.

❖ De acuerdo a las observaciones realizadas en la sala de hospitalización (lactantes) y contando con el propósito de dicho proyecto; al tener como uno de los ejes temáticos el lenguaje, se pretende que los encuentros (visitas y programa familia participante) sean significativos donde se le de vía libre a la *palabra* llena de sentimientos y emociones siendo esto en lo que debe fundarse un programa o plan de estimulación, es decir, en brindarle al niño enfermo o saludable experiencias pedagógicas agradables en todo momento y lugar, lo que significa darle un buen trato como ser íntegro.

❖ Se considera que la participación de los que rodean al niño y a la niña tiene que activarse para hacer uso del lenguaje paraverbal, es decir, de la cualidad y calidad de la voz representadas en el tono, el timbre, el volumen, el ritmo, la entonación, la prosodia; ya que estos elementos al hablarle a los niños pequeños son primordiales para atraer su atención, para estimularlos en el lenguaje así como para hacer estas relaciones agradables y un acompañamiento tal, que no se vea como una obligación sino como una práctica y plática de la vida diaria ya que en éste subyacen los estados de ánimo de quien los acompaña.

❖ La Pedagogía Hospitalaria es un campo alternativo, viable y oportuno del hacer pedagógico del maestro en ámbitos no formales y no convencionales, que muestra otras realidades y necesidades igual de valiosas e importantes, que brinda la posibilidad de trabajar con niños, aunque no se inscriban dentro de un contexto escolar y que frecuentemente se deba extender a personas del entorno de éstos, reconociendo la familia como principal agente educativo y acompañante de los más pequeños.

❖ Se hace necesario la creación de programas en el medio hospitalario que involucren a la familia a través de actividades lúdico-formativas, dirigidas a mejorar la situación personal y socioafectiva del niño y la niña, dimensión que se hace más vulnerable en este contexto; donde se aprovechen los tiempos y espacios y se trascienda de una atención asistencialista que limita la interacción enriquecedora y significativa.

❖ El papel que tienen los maestros y maestras que trabajan con los niños y niñas en edades tempranas es fundamental, sin olvidar que la familia juega un rol esencial en la estimulación, ya que la presencia activa y afectuosa de los padres, madres, hermanos y otros familiares, influye definitivamente en el desarrollo armónico y equilibrado de éstos.

❖ La lactancia es una etapa de la vida, de las más ricas en cambios y requiere, por tanto, una actitud idónea, coherente, comprometida y afectiva por

parte de los adultos, que permita un acompañamiento inteligente y afectuosamente al niño y la niña en su crecimiento y desarrollo.

❖ El Proyecto y Práctica Investigativa es importante al favorecer y promover en la Pedagogía Infantil, habilidades y competencias, como son las competencias disciplinarias e interdisciplinarias, cognitivas, comunicativas, investigativas y actitudinales, indispensables para la labor personal y profesional, así como para la transformación de realidades educativas.

9 RECOMENDACIONES.

- Se hace urgente considerar la viabilidad de la estimulación como una alternativa que debe centrar su atención en la familia, al ser los principales educadores de los niños.

Para posteriores programas y proyectos se hace necesario reconocer los conocimientos previos y expectativas de los acompañantes, para enriquecer esos saberes con la orientación especial de un equipo interdisciplinario competente, que busquen conjuntamente el desarrollo integral del infante, acción que requiere la concertación y comunicación de la familia, la comunidad, un equipo interdisciplinario, esfuerzos interinstitucionales y el Estado, donde se aúnen esfuerzos en pro de la infancia.

- El presente estudio muestra las representaciones sociales de un grupo específico de acompañantes de niños y niñas hospitalizados, las cuales aparecen como un acercamiento, una aproximación en lo referente a la estimulación, las emociones, el lenguaje y el juego hospitalario; llevando implícita una motivación para continuar en esta misma línea de investigación.

De igual manera, pueden retomarse apartes de lo encontrado en este estudio que no fueron abordados profundamente, y desde allí realizar otras propuestas que posibiliten ampliar los resultados que a futuro constituyan bases para el diseño de programas de estimulación, haciéndose necesario ponerlos en marcha en el contexto hospitalario.

- Se hace necesario, en el contexto hospitalario realizar un proyecto enfocado en la estimulación socioafectiva que brinde a los acompañantes y niños, experiencias principalmente emocionales agradables que favorezcan la situación de hospitalización, el desarrollo y la alfabetización emocional.
- Hace falta adecuar espacios para desarrollar actividades de estimulación, que tenga en cuenta la edad y el estado de salud de los niños y niñas de la sala de lactantes.
- Se hace necesario crear conciencia en la población de la importancia de los primeros años de vida en el desarrollo de estos niños y sus familias, a fin de prestarle una atención adecuada al niño con características de normalidad y a los pequeños con algún tipo de riesgo.

Por ello es necesario que se amplíen las posibilidades de atención y estimulación a los niños y niñas con necesidades específicas y a los que están atravesando por una difícil situación de hospitalización, donde se cuente con un equipo multidisciplinario competente que además trabaje de manera sistemática con la familia, lo cual constituye un elemento decisivo en esta labor.

- Los niños y niñas que por razones de salud requieren una hospitalización prolongada, necesitan ser atendidos en los propios centros hospitalarios a través de programas de estimulación con óptimas estrategias

didácticas y pedagógicas, que consideren el desarrollo socioafectivo como un aspecto determinante no sólo en la salud y recuperación sino en el desarrollo de los niños y niñas, donde orienten a la familia para lograr la sistematización de las influencias y la connotación afectiva que la tarea requiere.

➤ En el Hospital Infantil a nivel general existe un programa denominado “familia participante”, el cual consiste en que los niños y niñas puedan estar acompañados por uno de los padres las 24 horas del día, sin embargo para la labor que nos corresponde como maestras en formación de pedagogía Infantil de velar por el bienestar y el desarrollo integral de los niños, es importante sugerir una fundamentación teórico.-conceptual preferiblemente pedagógica de dicho programa. Las razones por las que se considera conveniente fundamentar conceptualmente este programa son: en primer lugar, para que el hacer de la persona que acompaña al niño y a la niña trascienda de ser sólo asistencial y presencial a tener una finalidad y unos objetivos claros y definidos, es decir, que sus comportamientos en relación con ellos sean vistos como una oportunidad para ayudarles a sobrellevar esta traumática experiencia de hospitalización.

Y, en segundo lugar, porque pone en interlocución el ámbito pedagógico y el sector salud dando origen a lo que podría denominarse pedagogía en y para la salud.

➤ Contemplando lo estipulado por la Carta Europea de los derechos de los niños hospitalizados, adoptada el 15 de mayo de 1986 y ratificada por España y Cataluña; se espera que también sea acogida por Colombia para encontrarle mayor aplicabilidad al siguiente aspecto: “el niño hospitalizado tiene derecho a recibir visitas sin restricciones de edad de los visitantes”, lo que significa que éste pese a encontrarse hospitalizado ha de continuar su vida escolar, social, emocional y afectiva contando con la compañía de sus vecinos, familiares y amigos en quienes encontrará un apoyo para sobreponerse de esta adversidad, ya que si se obedece a la frase “los niños deben estar con niños” no es lógico que las visitas a un Hospital Infantil se priorice para las personas adultas, no obstante sin desconocer los requisitos de salubridad e higiene que deben de aceptarse para evitar contagios e infecciones.

BIBLIOGRAFÍA REFERENCIADA.

- Álvarez H. F. (2004). *Estimulación temprana una puerta hacia el futuro*. Editorial Ecoe. p. 1-18.
- Arango de Narváez, M. otras. (1998). *Estimulación temprana*. Tomo I. Santa Fe de Bogotá: Colombia. Ediciones Gamma.
- Armstrong, N. (Asesora Técnica). (1996). *Yo también soy una persona: ejemplos de interacción cuidador-niño en Rumania, Hungría, Indonesia, Colombia, Inglaterra*. International Child Development Programmes (ICDP). [Video]. Santa Fe de Bogotá.
- Arriagada, I. (2002). Cambios y desigualdad en las familias latinoamericanas. *Revista de la Cepal* 77, 143-161
- Bartolomé, R. y otros. (1997). *Manual para el educador infantil*. Tomo I y II. Colombia: Santa Fe de Bogotá. Editorial Mc Graw Hill. p. 30-32, 290-313
- Beà, N. (2004). Vínculo Afectivo y Atención Precoz. *Infancia Educar de 0 a 6 años*, (87). p. 37-39
- Bonilla Castro, M y Rodríguez Sehk, P. (1995) La investigación en ciencias sociales: Más allá del dilema de los Métodos. (1ra. ed) Santa Fe de Bogota. Editorial Presencia.
- Brito Palacios, H. y Bedoy Velásquez, V. *El juego como herramienta para la enseñanza-aprendizaje*. Recuperado 10 de Abril de 2006, de www.educacionambiental.cucba.udg.mx/juega/juegos/eljuegoensenanza-aprendizaje.pdf
- Chateau, J. (1973). *Psicología de los juegos infantiles*. (1ra ed.). Buenos Aires: Argentina. Ed. Kapelusz
- Constitución Política de Colombia 1991. Edición 2002.
- Córdova Reyes, A. *Proxémica y Paralenguaje. Comunicación Verbal*. Recuperado el día 4 de noviembre de 2005, de www.apuntes.rincondelvago.com-proxemica-y-paralenguaje/comunicacion-verbal.html
- Day, B. y Liley, M. (1971). *Cómo comprender el mundo del bebé*. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- Doval Ruiz, M. *Claves y tendencias actuales de la pedagogía hospitalaria*. Recuperado el 11 de Mayo de 2005, de <http://aedes-nacional.com/a1r7.html>

- Gardner, H. (1995). *Inteligencias múltiples: La teoría en la práctica*. (1ra ed.). Barcelona: España. Editorial Cognición y Desarrollo Humano Paidós. p. 26-54
- Givaudan, M. y Pick, S. (1995). Comunicación. En: *Yo papá, yo mamá la forma responsable de educar y disfrutar con tus hijos e hijas*. México. Grupo editorial Planeta. P. 19-48
- Goleman, D. (1995). *La inteligencia emocional*. Buenos Aires: Argentina. Editorial Javier Vergara Editor.
- Gómez Ramírez. J. y otros. (1998). *El niño sano*. (2da ed.). Medellín. Editorial Universidad de Antioquia.
- Gómez Ramírez. J. y otros. (2000). *Puericultura el arte de la crianza*. Medellín. Editorial Médica Panamerica. Ltda.
- Grenier, M. *La estimulación temprana: un reto del siglo XXI*. Recuperado el 8 de Marzo de 2005, de <http://www.oei.org.celep/grenier.htm>
- Gutiérrez Alberoni, J. D. *La teoría de las representaciones sociales y sus implicaciones metodológicas en el ámbito psicosocial*. Recuperado el 27 de mayo de 2006, de: www.dinarte.es/salud-mental/pdfs/art-esp.pdf
- Hernández Sampieri, R. y otros. (2003) *Metodología de la investigación*. (3ra ed) México: Ed. MC Graw Hill.
- Jodelet, D. (1984). La representación social fenómenos, concepto y teoría. En: Moscovici Serge. *Psicología social*. Tomo II. Editorial Paidós. Barcelona: España.
- Klaus, M y Kennell, J. (1978). *La relación madre-hijo. Impacto de la separación o pérdida prematura en el desarrollo de la familia*. San José: Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana.
- Kozulin, A. (1990). *La psicología de Vigotski*. Madrid: España. Editorial Alianza. p. 111-116
- Knapp, M. L. (1995). Los efectos de las señales vocales que acompañan a las palabras habladas. En: *La comunicación no verbal: El cuerpo y el entorno*. (5a ed). España. Editorial Paidós Comunicaciones. p. 285-322
- Ministerio de Educación Nacional. Lineamientos Curriculares. Preescolar. Lineamientos Pedagógicos. Editorial Magisterio. (1998) Santa Fe de Bogotá: Colombia. p. 30, 31, 34,47,48
- Montessori, M. (1986). *La mente absorbente del niño*. México. Editorial Diana.

- Navarro, D. (1998). La salud del pequeño hospitalizado. *Infancia Educar de 0 a 6 años*. (49), 31-33.
- Neri, R. (1963) *Capítulo IX. El Juego, la Representación y la Libertad: En Juegos y Juguetes Chateau y Piaget*. (1ra ed.). Argentina. Editorial Eudeba p. 103
- Niño Rojas, V. (1998). Los procesos de la comunicación y del lenguaje. Fundamentos y práctica. (3ra ed). Santa fe de Bogotá. Editorial ECOE Ediciones.
- Pardo Rodríguez, N. *Proxemia y Paralenguaje. Modalidades de Comunicación no-oral o discurso paralelo*. Recuperado el día 4 de noviembre de 2005, de www.geocities.com/taouniv/trascom.html
- Pedreira E. y otro. (1991). El niño hospitalizado: necesidades de apoyo psicológico. *Infancia*, (9), 36-39.
- *Procesos Afectivos*. Recuperado 30 de Mayo de 2006, de <http://enfenix.webcindario.com/psico/index.html>
- Ramos, T. (2004). Jugar, vivir y aprender en el hospital. *Infancia educar de 0 a 6 años*. (N.88). p. 33-37.
- Robinson W, P. (1978). *Lenguaje y conducta social*. México. Editorial Trillas
- Sarmiento Díaz, M. (1984). *Estimulación temprana*. Editorial USTA.
- Sarramona, J. (2000). *Teoría de la educación. Reflexión y normativa pedagógica*. (1ra ed). Barcelona. Editorial Ariel Educación. p. 215-228
- Shaffer, D. (2002). *Desarrollo social y de la personalidad*. (4ta ed). Madrid: España. Editorial Thomson Editores Spain Paraninfo S. A. p. 113-123.
- Shapiro, L. (1997). *La inteligencia emocional de los niños*. Argentina: Buenos Aires. Editorial Vergara Editor. p. 23-27, 40-54, 135, 169-177, 245- 258.
- Tamayo y Tamayo, M. (1997). *El proceso de investigación científica*. Editorial Limosa Noriega Editores. p. 123
- Vallés, A. y Vallés, C. (2000). *Estimulación Emocional. Aplicaciones Educativas*. España: Madrid. Editorial EOS.
- Vigotsky, L. (1979, 2000). *Desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. (1ra ed). En Biblioteca de Bolsillo. España. Editorial Crítica. p. 123-140

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA.

- Armstrong, N. y otro. *Manual del programa internacional para el desarrollo infantil. Una forma de mejorar la comunicación entre el cuidador y el niño.*
- Carrera, C. (2002). Una experiencia educativa no formal con niños y niñas hospitalizados. *Revista de Estudios y Experiencias en Educación.* REXE. 01, (02), 145-152.
- *Comunicación paraverbal.* Recuperado el 11 de Mayo de 2005, de www.docencia.udea.edu.co/bacteriologia/comunicacion/comunicacion_paraverbal.html
- Egido Gálvez, I. (2000). Educación inicial en el ámbito internacional: Situación y perspectivas en Iberoamérica y en Europa. *Revista Iberoamericana de Educación.* (22). p. 119- 155
- Reeve, J. (2003). *Motivación y Emoción.* (3ra ed.). McGraw-Hill Interamericana. México. p. 1-27
- Serradas F, M. (2003). La pedagogía hospitalaria y el niño enfermo: Un aspecto más en la intervención sociofamiliar. *Revista de pedagogía.* Vol. 24 (71). Caracas: Venezuela. p. 447-468
- Sroufe L, A. (1995). *Desarrollo emocional: La organización de la vida emocional en los primeros años.* México. Editorial. Oxford. University Press
- “Una Vida entera por la Vida” 80 años. H.U.S.V.P. Citado en “Modelo de acompañamiento lúdico pedagógico. para el niño hospitalizado”. Asesora Ángela Arenas. p. 12

ANEXOS

ANEXO 1

METODOLOGÍA DE LA PROPUESTA PEDAGÓGICA

La estrategia de trabajo de la propuesta pedagógica está fundamentada en talleres, consistentes en temáticas como “Expresar verbalmente sentimientos positivos” e “Intercambio de vocalizaciones, balbuceos y palabras” a los cuales se les denominó “mixtos” porque en una sola sesión se realizan talleres para los acompañantes con aplicaciones prácticas dando lugar a los talleres acompañantes y niños.

A la propuesta pedagógica se le denomina “En búsqueda de ambientes pedagógicos para el desarrollo emocional del niño hospitalizado”

OBJETIVO METODOLÓGICO

- Diseñar e implementar talleres como estrategia pedagógica que permitan una recopilación de información acerca de las representaciones sociales sobre estimulación emocional y verbal que tienen los acompañantes de niños y niñas hospitalizados.

PROPOSITOS

- Estimular y motivar a los acompañantes del niño hospitalizado en la participación de estrategias interactivas emocionales y verbales a través de actividades prácticas.
- Facilitar momentos que le permitan a los adultos acompañantes reconocerse como agentes educativos mediante el intercambio de vocalizaciones, expresiones de afecto y la variación de las cualidades de la voz.

TEMA: EXPRESAR VERBALMENTE SENTIMIENTOS POSITIVOS

TALLER # 1

OBJETIVO ESPECÍFICO

Reconocer en la expresión de afectos un medio para dar a conocer diversos sentimientos en las relaciones del acompañante y el niño hospitalizado, mediante la comunicación paraverbal.

PLANEACIÓN DE TALLERES PARA ACOMPAÑANTES

Presentación

Actividad rompe hielo

“Construye con sentido”

Se divide el grupo de acompañantes en subgrupos, a cada subgrupo se le entrega varias tarjetas con palabras, con las cuales deben formar una frase coherente relacionadas con la temática de la sesión.

Las frases utilizadas son:

- ✧ Durante la estimulación, no es más importante lo que se hace y se le dice, sino la “forma” como se hace y se le habla.
- ✧ Premiar afectivamente los esfuerzos o éxitos del niño.
- ✧ Acompañar los ejercicios con “palabras”, conversarlo y llamarlo por su nombre.

Lectura de casos:

Caso # 1

La persona que cuida al niño no lo tiene en cuenta en sus actividades, se va a ver la televisión y cuando el niño llora inmediatamente le da un tetero, el niño sigue llorando pero el cuidador no sabe que hacer, no se le pasa nada por la cabeza, aunque sea para entretener al niño; se encierra en una habitación para no escuchar el llanto, pues se desespera, dejando al niño en un mar de lágrimas.

Caso # 2

Estando el niño acostado en la cama, la persona que lo cuida se le acerca y le habla suavemente, le dice palabras bonitas, le canta mientras acaricia su cabello y lo mira con ternura, le halaga o admira sus cualidades, le dice lo lindo que es y se preocupa por conocer cómo es y qué debe o puede hacer para ayudar al desarrollo emocional del niño.

Caso # 3

El cuidador está observando la televisión o mirando por una ventana pero con el niño en sus brazos conversándole, mostrándole y enseñándole lo que hay en su entorno. Hablándole de la familia, de lo mucho que lo quieren, de sus sentimientos. Juega con el niño, lo hace reír a través de cosquillas, muecas y “escondidijo”. En fin está atento a todo cuanto el niño necesite.

Los cuidadores caracterizarán por grupos el caso asignado.

Se realiza un conversatorio de las interacciones más positivas para poner en práctica en la cotidianidad con los niños.

El facilitador da explicaciones, observaciones y sugerencias.

Auto evaluación, acerca de qué aprendieron y/o qué se les dificultó entender de la temática abordada

Recursos y materiales: fotocopias de los casos y de imágenes, muñecos de bebé, sillas.

PLANEACIÓN DE TALLERES PARA ACOMPAÑANTES Y NIÑOS

Edad: de 0 – 12 meses

* Se pregunta a los acompañantes cómo expresan sus sentimientos o afectos, posteriormente se ambienta con música suave y se pide que manifiesten lo que sienten a sus niños teniéndolos cargados y/o abrazados, hablándoles estando muy cerca de ellos y mencionando su nombre.

* Luego le cantará una canción acompañada de cascabeles, tocando su cuerpo con suaves masajes, hablándole de su familia y de cuanto lo quieren.

* Entregar un muñeco y toma tu otro, ve diciéndole mientras ejecuta los movimientos adecuados, vamos a acunar al muñeco, vamos a acariciar al muñeco, vamos a decirle que lo queremos y que nos gusta de él.

* Permitir que toque tu rostro sino lo hace lleva su mano para que lo explore, mientras le vas diciendo esta es tu mamá (o el acompañante presente)

* Mostrar al bebé sus manos repitiendo: ¡estas son tus manos, las manos de _____!, muéveselas, haz que te palmoteen. Recuerda que en este momento las manos son su principal centro de interés y un valioso instrumento para el conocimiento de sí mismo. Dale también pequeños masajes y dile expresiones positivas sobre su cuerpo.

RECOMENDACIONES:

* Mirar con el bebé en un espejo y pídele que te señale a ti y después a él mismo. Refuerza los aciertos, exprésale mientras se miran al espejo lo bonito que esta, admírale las partes de su cuerpo y resalta sus cualidades.

* En actividades diarias, háblale tiernamente al bebé sobre lo que se va a hacer como cambiarle el pañal, alimentarlo, etc.

Edad: de 12 – 24 meses

- * Extender en el suelo un papel grande y dale al niño un crayón, comienza a pintar con él, estimulándolo y animándolo con palabras positivas y alentadoras.
- * Ofrecer al niño plastilina o vinilos, invítalo a que explore estos materiales de diferentes formas, motiva y reconoce sus logros y esfuerzos constantemente.
- * Cantar al niño una canción infantil llevando el ritmo con las palmas, dile al niño que baile contigo y festeja sus resultados.
- * Ofrecer diversos juguetes como: carros, trenes, animales, aviones, pregúntale que sonidos hace cada uno de ellos. Si lo trata de hacer, refuerza con sonrisas y dile ¡bravo!
- * Haga gestos de expresiones y sensaciones como tengo frío, tengo calor, estoy feliz, estoy enojado, entre otros.
- * Esconder un juguete y pídele que vaya a buscarlo, dile ahora que lo esconda él y que tú vas a buscarlo. Simula que buscas y buscas, para que el te lleve hasta el lugar, si acierta reesfuérsale efusivamente
- * Narrar un cuento que el niño conozca, en la mitad del cuento pídele que actué lo que ha sucedido. Si no lo hace ayúdale, dándole algunas pistas. Celebra sus logros.

RECOMENDACIONES:

- * Expresa cariño al bebé y sugiere a otros miembros de la familia que lo acaricien, lo besen, le conversen, mientras practican actividades de la vida diaria. Si tienes que dejar al niño, cuéntale un poco acerca de las actividades que tú realizas y exprésale que aunque tú no estés, lo piensas y estas atento(a) a todo lo que pueda suceder: dale confianza y seguridad al niño, diciéndole a que horas vuelves, nunca lo engañes prometiendo que no tardas.
- * Se sugiere que practique lo realizado durante las sesiones y en todo momento: en el baño, en la alimentación, en el amamantamiento, cuando lo viste, en al llanto, mientras esta con su bebé.

RECURSOS Y MATERIALES:

Grabadora de periodista, grabadora, casete virgen, casete con música suave, sonajeros de diferentes formas, muñecos, espejos, papel bon, crayones, plastilina, vinilos, carros, trenes, muñecos de diferentes animales, aviones, cuentos.

TEMA: EL INTERCAMBIO DE VOCALIZACIONES, BALBUCEOS, PALABRAS

TALLER .# 2

OBJETIVO ESPECÍFICO

Identificar el valor de las vocalizaciones y la importancia de la variación en el tono de la voz en el desarrollo emocional del niño a través de actividades prácticas al momento de interactuar con él.

PLANEACIÓN DE TALLERES PARA ACOMPAÑANTES

Presentación

Actividad de conocimiento grupal:

“Comunicación incomunicada”

Se divide el grupo en parejas, sentados espalda con espalda. A un integrante del grupo se le facilita un dibujo, su objetivo es dar las instrucciones de forma clara para que su compañero, en una hoja en blanco, reproduzca lo más fiel posible el dibujo. Las personas que lo reproducen y el que da las instrucciones deben tratar de no mirar ni de hacer movimientos grandes con las manos.

Presentación de video referente a la interacción emocional verbal con intercambio de vocalizaciones, balbuceos y palabras entre el cuidador y el niño.

Los cuidadores se dividen en dos grupos. Hacen sus observaciones, las intercambian. Material de ICDP video “Yo también soy una persona”

Se realiza una puesta en común de los acompañantes según el video para compartir las observaciones

Se realiza un paralelo describiendo la diferencia entre las interacciones positivas y negativas.

El facilitador da explicaciones, observaciones y sugerencias.

Auto evaluación, acerca de qué aprendieron y/o qué se les dificultó entender de la temática abordada

Recursos y materiales: televisor, VHS, video, sillas.

PLANEACIÓN DE TALLERES PARA ACOMPAÑANTES Y NIÑOS

Edad: de 0 – 4 meses

* Por un instante observe a su niño fijamente y en silencio, luego si el niño no le habla invítelo a que lo realice conversándole, hágale cosquillas en la planta de los pies a la vez que le canta, provocando la risa ente el niño. Después imite los sonidos que el bebé emite para reforzar los ruidos guturales.

* Reforzar sus sonidos guturales haciendo preguntas adicionales, por ejemplo: cuando el bebé emita algún sonido, inmediatamente dile ¿sí?, ¡no me digas!, ¿verdad?, ¿qué dice el bebé?. Hablándole utilizando palabras cortas. Cada vez que el niño haga un sonido, sonríale y acarícelo en la barriga. Esto aumentará la cantidad de vocalizaciones infantiles.

* Colócate frente al bebé y cúbrete la cara con una hoja de papel. A penas el bebé murmure, destápate y deja que te vea, sonríele y contéstale su murmullo. Hazlo de nuevo, después pronto entenderá el principio del juego y comenzará a llamarte para que aparezcas.

* Llama al bebé por su nombre con diferentes tonos de voz, acariciándolo y hablándole cariñosamente con un tono suave.

* Recitar versos pequeños y poco complicados de ritmo marcado al bebé

RECOMENDACIONES:

* Escuchar siempre al niño esto va a constituir un estímulo para él.

* Evitar ruidos, gestos y lenguaje brusco y fuerte.

* Siempre estar atentos a los intereses y necesidades del niño, así como a las búsquedas que el hace de su rostro, cuando usted le habla estando ausente o cuando lo hace en diferentes tonos de voz.

Edad: de 5 – 8 meses

* El acompañante se tapa la cara con una hoja de papel y le dice al niño: si quieres verme háblame, destápate ante cualquier sonido que emita, hazlo varias veces.

* Repetir todos los sonidos que el bebé emita. Pronúnciale monosílabos como: ba, ja, pa, ma. Combínelos para sacar palabras.

* Comienza a mostrarle diferentes imágenes y objetos. De cada uno de ellos haz el sonido que le corresponda. En el transcurso de la actividad, háblale y demuéstrole lo complacido (a) que te sientes cuando repite o emite los sonidos.

* Cuando el niño esté tranquilo, coloque música, o háblele desde un sitio lejano (llámelo por su nombre) para que el busque la fuente del sonido. Cuando lo haga, felicítelo y motive a la imitación del sonido.

RECOMENDACIONES:

* Salga con el niño, haga un recorrido por todo el espacio, asómelo por las ventanas y nómbrele lo que se observa alrededor, dígame donde está, muéstrole personas y objetos. Regrese a su habitación, descanse, suspenda las actividades y retómelas esporádicamente; siempre enúnciele al niño todo lo que vaya a hacer usted o con él mismo.

* Establecer diálogos frecuentemente a propósito de cualquier actividad: el baño, la comida, la llegada de una persona familiar.

* Pon frente al bebé un espejo de tal manera que pueda ver su imagen, pregúntale dónde está el bebé, repite su nombre.

Edad: de 9 – 12 meses

* Repetir los sonidos que emite el niño, articulándolos, por ejemplo, “ma, ma, ma”, para que el niño diga mamá.

* El cuidador se ubica a un lado del niño sin mirarlo ni hablarle y comienza una actividad como puede ser echar objetos en una caja y luego vaciarlo. El niño gateará hacia él, lo observará primero y luego querrá unirse a su actividad. El acompañante hará una descripción de los objetos que echo en el cubo.

* Sentarse con el niño en las piernas y representar escenas sencillas con un muñeco, muéstrale como abraza, como besa y se le pregunta al niño qué hace. Él tratará de responderte con palabras que conozca, si todavía no lo puede hacer, enséñale repitiendo claramente cada acción.

* Se motiva a los cuidadores para que creen o se inventen un cuento o una historia donde se imiten sonidos de animales u otros objetos y cambien la voz según la personificación (voces de niño, señora, señor, etc.) al tiempo que se dramatiza empleando los juguetes.

Edad: de 13 – 16 meses

* Permitir que el niño trate de contar sus experiencias, escuchándole. Si el niño no lo hace, pregúntale: ¿Qué estás haciendo?, ¿Qué te pasó?, realizarlo a través de actividades de juego.

* Cantar canciones infantiles acompañadas en lo posible de alguna acción.

* Pedir al niño que hable en voz baja y en voz alta, que aplauda fuertemente y vaya disminuyendo hasta lograr un aplauso débil. Que toque un instrumento fuertemente y vaya disminuyendo hasta tocarlo débilmente y viceversa.

RECOMENDACIONES:

* Permitir que el niño hable, juegue y conozca diferentes personas en diversas actividades.

* Acompañar en las horas de la comida y convérsale, así la hora de comer será un rato agradable en el que comparten algo más que los alimentos.

Edad: de 17 – 24 meses

* Ofrecer un teléfono de juguete y tú simulas que tienes otro. Hacerle el juego de llamar, pregunta por él, hazle preguntas y trata de mantener una conversación lo más larga que puedas. Lo más posible es que cuelgue pronto,

por eso es importante que las preguntas que hagas sean de interés para él, o que tengan que ver con sus juegos, juguetes y personas preferidas.

- * Grabar una conversación luego ponerla para que se oiga, si no distingue su voz, dígale que es él quien esta hablando. Grabarlo nuevamente y ponerlo a oírse.

- * Cantar al niño rimas y canciones sencillas y cortas. Contar historias bonitas sobre las cuales puedes hacer algunas preguntas sencillas o invitarlo a terminar una frase, dramatizar una situación. Motivarlo a que haga sus propios relatos.

- * Colocar al niño sentado cómodamente y presentarle un títere que al accionarlo motive al niño a establecer un dialogo con el. Tratar que la voz del títere sea diferente de la suya para llamar más la atención del niño.

RECOMENDACIONES:

- * Utilizar todas las circunstancias para entablar conversaciones con el niño, hazle preguntas, por algunos miembros de su familia, pedirle algunas descripciones de lo que ve, siente y piensa.

- * Convar claramente para que el niño aprenda cuando lo repita mostrar alegría y celebrar con palabras y aplausos.

RECURSOS Y MATERIALES:

Hojas de papel, imágenes, juguetes blandos de diferentes animales o personajes, carros, muñeco, instrumentos musicales, sonajeros de diferentes formas, caja, libro con dibujos, rimas o veros pequeños, cuentos (de animales), teléfonos de juguete, grabadora de periodista, casete virgen, casete con canciones infantiles o música suave, títeres.

ANEXO 2

INFORMACIÓN BÁSICA

REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE LA ESTIMULACIÓN EMOCIONAL
Y VERBAL DE LOS ACOMPAÑANTES DE NIÑOS Y NIÑAS EN EL
CONTEXTO HOSPITALARIO

Fecha:

Número de la habitación: _____

1. Datos Generales del cuidador

1.1 Nombres y apellidos del cuidador: _____

1.2 Edad: _____

1.3 Parentesco con el niño(a): _____

1.4 Barrio donde vive: _____

1.5 Teléfono: _____

1.6 Estrato socioeconómico: _____

1.7 Situación de seguridad social: _____

1.8 Estudios: _____

1.9 Profesión u oficio: _____

1.10 Estado civil: _____

2. Datos generales del niño(a)

2.1 Nombre y apellidos del niño(a): _____

2.2 Edad: _____

2.3 Sexo: M () F ()

2.4 Número de hermanos: _____

2.5 Cuál es la razón por la que el niño (a) se encuentra hospitalizado:

2.6 Cuánto tiempo ha permanecido el niño(a) en la sala de lactantes: _____

2.7 El niño ha tenido experiencias escolares: Si () No ()

2.7.1 Cuáles: _____

2.7.2 Ha asistido a Hogares de Bienestar: _____

ANEXO 3
GUÍA DE ENTREVISTA

Universidad de Antioquia
Facultad de Educación
Licenciatura en Pedagogía Infantil

REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE LA ESTIMULACIÓN EMOCIONAL
Y VERBAL DE LOS ACOMPAÑANTES DE NIÑOS Y NIÑAS EN EL
CONTEXTO HOSPITALARIO

Señoras y Señores acompañantes de las niñas y niños hospitalizados en la sala de lactantes No 2, les solicitamos diligenciar el siguiente documento con la finalidad de conocer las percepciones y prácticas que ustedes tienen acerca de la estimulación en la interacción emocional verbal. La información que ustedes aporten será de carácter confidencial y tendrá como funcionalidad contribuir al desarrollo de la práctica pedagógica con énfasis en la estimulación emocional.

Nombre del acompañante: _____

1. ¿Qué es para usted estimulación? _____

2. ¿Qué conoce o ha oído hablar acerca de la estimulación socioafectiva?

3. ¿Cuándo cree usted que se inicia la estimulación socioafectiva y por qué es importante? _____

4. ¿Qué son para usted las emociones? _____

5. ¿Qué tipo de emociones conoce usted y por qué son importantes en la relación con el niño(a)? _____

6. ¿Cómo crees que se podría mejorar el desarrollo emocional del niño(a) en el hospital? _____

7. ¿Qué entiende por lenguaje? _____

8. ¿Por qué es importante hablarle a los niños(as)? _____

9. ¿A que edad cree usted que es importante hablarle a los niños(as) y por qué? _____

10. Usted cree que los niños(as) en edades tempranas entienden todo lo que se les dice: si no

11. ¿Cómo aprenden más fácil a hablar los niños(as), a través de la televisión, de las conversaciones o cuentos de la mamá o el papá? _____

12. Cree que es importante jugar con los niños(as) en el Hospital:

 si no

¿Por qué? _____

13. Qué es lo que más le gusta al niño(a) que usted haga:

- ♦ hablarle cambiando el tono de la voz:
- ♦ que le canten una canción:
- ♦ sonreírle: conversarle:

Otros comentarios: _____

ANEXO 4

GUÍA DE OBSERVACIÓN

Características generales de las interacciones acompañante-niño:

Tema: Intercambio de vocalizaciones, balbuceos, palabras

Fecha: _____

Habitación: _____

Nombre del niño(a): _____

Nombre del cuidador: _____

Cuál de las siguientes reacciones es más frecuente en la interacción cuidador-niño(a):

BEBÉ:	-vocaliza, balbucea o habla al cuidador	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
	-llora	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
	-grita	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>
	-sonríe	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>

En cuál circunstancia sucede más frecuentemente cada una de las anteriores:

ACOMPañANTE: -habla al niño(a) si no

 -juegos vocales (recíprocos) si no

 -grita frecuentemente si no

 -se queda silencioso si no

 -hace pausas a la respuesta del niño(a) si no

En qué condiciones:

Cuando lo alimenta

Cuando le cambia el pañal

Cuando juegan

Otros cuales _____

Quien inicia los intercambios verbales:

la madre el niño(a) los dos ninguno de los dos

Reciprocidad de los intercambios verbales:

Frecuente pocas veces ausente

ANEXO 5

GUÍA DE OBSERVACIÓN

Características generales de las interacciones acompañante-niño:

Tema: Hablar cambiando el tono de la voz

Fecha: _____

Habitación: _____

Nombre del niño(a): _____

Nombre del cuidador: _____

CUIDADOR:

¿Cuándo el cuidador cambia más frecuentemente el tono de voz?

- | | | | | |
|--|----|--------------------------|----|--------------------------|
| -En los diálogos cotidianos: | si | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |
| -Al contarle un cuento o una historia: | si | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |
| -Al cantarle: | si | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |
| -Cuándo llora: | si | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |
| -Cuándo está jugando: | si | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |
| -Cuándo lo está alimentando: | si | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |

NIÑO:

-El niño(a) cómo responde o reacciona con mayor atención a cada una de las anteriores actividades: _____

En cuál intenta mayor comunicación de tipo verbal: _____

-el niño(a) responde con vocalizaciones, balbuceos, palabras cuando el cuidador utiliza varias tonalidades: si no

-busca la fuente del sonido: si no

ANEXO 6

GUÍA DE OBSERVACIÓN

Características generales de las interacciones acompañante-niño:

Tema: Expresar verbalmente sentimientos positivos (de afecto)

Fecha: _____

Habitación: _____

Nombre del niño(a): _____

Nombre del cuidador: _____

CUIDADOR:

-cuando habla con el niño(a) le dice palabras cariñosas y positivas: si no

-como cuales: _____

-celebra los logros y esfuerzos del niño(a): si no

-cuando juega con el niño(a) le expresa sentimientos positivos (de amor, de motivación...): si no

-le habla cuando el niño(a) llora o se muestra inquieto o con rabietas:

si no

Qué hace el cuidador cuando el niño(a) llora o se muestra inquieto: _____

-Qué reacciones o actitudes presenta el cuidador cuando el niño(a) esta:

•Triste: _____

•Alegre: _____

•Enojado: _____

-El cuidador utiliza palabras para explicar o motivar al niño(a) cuando algo le está llamando la atención:

si

no