

TIEMPO CON-SENTIDO EN EL HOSPITAL.
UNA PROPUESTA PEDAGÓGICA DESDE LA EDUCACIÓN ESPECIAL

SARA DANIELA ARIAS URREGO
MARÍA ELENA BONILLA VARGAS
CLAUDIA DURLEY ORTIZ GARCIA
ANA MARÍA OSPINA SALAZAR
YECENIA TORRES FRANCO

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE EDUCACIÓN
LICENCIATURA EN EDUCACIÓN ESPECIAL
MEDELLÍN

2014

TIEMPO CON-SENTIDO EN EL HOSPITAL.
UNA PROPUESTA PEDAGÓGICA DESDE LA EDUCACIÓN ESPECIAL



Trabajo de grado para obtener el título de Licenciada en Educación Especial

SARA DANIELA ARIAS URREGO
MARÍA ELENA BONILLA VARGAS
CLAUDIA DURLEY ORTIZ GARCIA
ANA MARÍA OSPINA SALAZAR
YECENIA TORRES FRANCO

DORA LUCÍA MEJÍA TOBÓN

Magister

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE EDUCACIÓN
LICENCIATURA EN EDUCACIÓN ESPECIAL

MEDELLÍN

2014

Agradecimientos

En primer lugar agradezco a Dios, por darme la capacidad y la oportunidad de llegar con éxito a la meta deseada.

Agradezco a mi familia en general, principalmente a mis padres y mis hermanas quienes fueron un apoyo incondicional, tanto en los momentos de éxito como en los momentos de angustia, además de ser mi motivación y pilar durante todo mi proceso académico.

Agradezco a los maestros que me formaron durante la carrera, ya que con sus enseñanzas se esmeraron en constituir un sujeto integral que fuera eficiente y productivo para la sociedad, especialmente a nuestra asesora Dora Mejía quien fue nuestra guía para realizar con éxito este proyecto, formándonos y acompañándonos con amor, dedicación y paciencia.

A mis compañeros esencialmente a María Elena, Ana María, Yecenia y Claudia quienes se convirtieron en amigas, acompañantes, guías, testigas y cómplices durante todo el proceso de formación de pregrado, no solo en el aspecto académico sino en todos los aspectos de la vida en general.

Sara Daniela Arias Urrego

AGRADEZCO:

A Dios, por guiarme en todo mi camino y enviar a sus ángeles para que me cuidaran y permitieran que su plumaje fuera mi refugio.

A mi familia, porque sin dudarlos pusieron sus manos para que yo pudiera apoyarme en el trasegar de esta rigurosa meta.

A mis hijos, porque fueron mi pilar en los momentos de declive ayudándome a convertir las horas en minutos.

A los docentes que hicieron parte de ese maravilloso proceso de aprendizaje, en donde fortalecí los cimientos que me permiten hoy ser un mejor ser humano.

A todos mis compañeros de carrera, pero en especial a las 4 maravillosas mujeres que trabajaron hombro a hombro conmigo para poder hacer de este sueño una realidad.

A mi asesora de proyecto, ya que con su dulzura y humanidad me enseñó que educar debe ser un acto de amor y libertad.

María Elena Bonilla V.

*Se dice que algo tan insignificante como el aleteo de una mariposa puede desencadenar un huracán en el otro extremo del mundo.
Teoría del Caos*

Durante mi proceso de formación hubo muchas personas que sin quererlo se vieron seriamente involucradas a cambios importantes de sus vidas debido a mis incansables jornadas académicas, es por ello hoy quiero decirles, familia, compañeros de estudio, maestros, compañeras de proyecto y asesora, gracias por estar ahí durante todo este tiempo comprendiéndome, acompañándome, impulsándome, guiándome y motivándome a seguir adelante en la consecución de este gran sueño.

Aunque sin lugar a dudas quienes más tuvieron que sufrir una reducción importante de abrazos, besos, caricias, consejos, tardes de cine y muchas cosas más, fueron mi esposo Juan Fernando y mis hijos Alejandra y Santiago, de quienes nunca recibí un reproche, en cambio sí recibí todo su amor, apoyo y comprensión, por eso, hoy quiero de todo corazón dedicarles este

triunfo y decirles gracias, mil y mil gracias por ese apoyo incondicional, ya que sin él no hubiese sido posible alcanzar esta realidad.

Claudia Durley Ortiz Garcia

Agradezco profundamente a Dios y a la vida por haberme dado la sabiduría, inteligencia y la oportunidad de cumplir un sueño tan anhelado.

A mi madre Violeta, a mi esposo José Frank, a mis dos corazones amados del alma Kevin y Natalia, por el apoyo incondicional en mi proceso de formación y a toda mi familia que de una u otra forma me apoyaron con sus oraciones y palabras de aliento, a todos ellos mil y mil gracias.

A mis amigas María Elena, Claudia, Yecenia y Sara que estuvieron a mi lado durante toda mi carrera y sobre todo en esta experiencia tan bonita del proyecto, el cual vivimos, luchamos y superamos juntas, muchas gracias Dios las bendiga.

Mil gracias, a mis asesores Dora Mejía y Luis Guillermo por brindarme todos sus conocimientos y asesorías en este proceso de investigación y a todos mis maestros que durante toda mi carrera me guiaron y formaron como persona productiva para la sociedad.

Ana María Ospina Salazar

*A mis padres y mi hermana por haberme acompañado en este proceso tan importante
para mi vida.*

A Daniel Osorio por su apoyo y comprensión durante estos años.

*A mis compañeras María, Sara, Claudia y Ana por haber estado conmigo en las buenas
y en las malas durante la construcción de este sueño.*

A mi asesora de proyecto Dora Mejía, por enseñarme a ser una mejor maestra.

Yecenia Torres Franco

Tabla de contenido

Introducción	10
Problema de investigación	13
Formulación:	13
Planteamiento:.....	13
Justificación	17
Objetivos	19
Objetivo general	19
Objetivos específicos	19
Marco teórico.....	20
Estado del Arte.....	20
Educación	25
Pedagogía	26
Pedagogía Hospitalaria	28
Breve Historia.....	29
Pedagogía Hospitalaria Social.....	31
Marco Legal	34
Internacional	34
Nacional.....	36
Adaptación	38
Adaptación Desde el Contexto Hospitalario	39
Inteligencia Emocional: Interpersonal e Intrapersonal	41

Estrategias pedagógicas	43
Lúdica	44
Lúdica y Pedagogía	45
Lúdica y Hospitalización	46
El arte como herramienta pedagógica	48
Marco Metodológico	50
Investigación Cualitativa.....	50
Investigación Acción:	52
Animación sociocultural	54
Población objeto de estudio	57
Proceso de investigación.....	59
Diseño y ejecución del proceso de intervención.....	60
Recolección de la información.....	63
Encuesta de actitudes tipo Likert.....	63
Observación participante.....	64
Registros Audiovisuales	67
Análisis de resultados	68
Intrapersonal.....	68
Percepción del Tiempo	69
Notas de campo	71
Estado de Ánimo	75
Notas de campo	79
Tolerancia.....	82

Notas de campo	84
Interpersonal.....	89
Relaciones Interpersonales Pacientes – Acompañantes	90
Notas de campo	92
Relaciones Interpersonales Pacientes-Personal Sanitario	95
Notas de campo	97
Conclusiones.....	100
Recomendaciones	102
Líneas abiertas de investigación	103
Referencias	104
Anexos	115
Anexo 1. Ficha de contenido.....	115
Anexo 2: Formato de planeaciones	116
Anexo 3: Planeaciones	117
Anexo 4: Consentimiento informado.....	131
Anexo 5: Escala Tipo Likert	134
Anexo 6: Formatos diarios	135

Introducción

Realizar el proyecto de grado en el Hospital Manuel Uribe Ángel de Envigado, desde de la pedagogía hospitalaria con las personas que se encuentran hospitalizadas y con sus acompañantes, es un reto que se plantea en el presente proyecto, dado que a lo largo de la carrera (Licenciatura En Educación Especial) surgió el interés por explorar otros entornos que no fuesen necesariamente escolares, pues los educadores especiales no sólo están formados para atender en espacios académicos sino también en otros donde confluyen población vulnerable. Pero además, se pretendía dar continuidad al proyecto que se realizó en el hospital Manuel Uribe Ángel, llamado “La Educación En Espacios No Convencionales: Pedagogía Hospitalaria Como Estrategia De Humanización.” (2012), el cual dejó una línea abierta de investigación en orden a la humanización, enfatizando en la necesidad de que el entorno hospitalario viera al paciente más allá de su dimensión de salud física, y de que reconociera a los educadores como actores favorables a estos procesos. Sin embargo abordar los procesos de humanización implicaba trabajar directamente con el personal sanitario, pero no se contaba con su disponibilidad de tiempo para ello, de manera que se pensó en abordarla como efecto a partir del trabajo directo con los pacientes y acompañantes en su proceso de adaptación, pues si se lograba impactar positivamente la población, probablemente se vería reflejado en el mejoramiento de las relaciones interpersonales, eje angular del proceso de humanización.

Se diseñan y ejecutan, entonces, actividades lúdicas y de expresión artística desde la estrategia de animación sociocultural que involucran la participación directa de pacientes y acompañantes, y que a su vez logran la sensibilización del personal sanitario (aunque no

estuvieran dirigidas concretamente a ellos) sobre la importancia de brindar otras alternativas de hacer y estar en el entorno hospitalario, más allá de pasar largas horas en reposo, buscando entonces darle un sentido diferente al tiempo que transcurre en el proceso de hospitalización.

Para el desarrollo de la presente investigación se tuvo en cuenta que los pacientes y sus familiares llegan al hospital, la mayoría de las veces sin programar la hospitalización, lo que genera un desequilibrio tanto a nivel emocional como a nivel de rutinas cotidianas tales como asistir a la escuela, al trabajo, a parques recreativos, reuniones familiares, entre otros, para permanecer en el hospital durante periodos de tiempo prolongados o cortos, ocasionando en cierto modo afectación en los procesos de desarrollo social, familiar y personal.

El proyecto se organiza en tres fases. La primera inicia con el abordaje de los antecedentes que sustentan las investigaciones realizadas en contextos hospitalarios a nivel internacional, nacional, departamental y en la ciudad, asimismo se hace un rastreo documental sobre los temas que soportan el objeto de investigación y las contribuciones que se han hecho en el marco legal tanto a nivel internacional, nacional como departamental, del tema pedagogía hospitalaria en Colombia. De igual manera se hace una descripción sobre el tipo de investigación y el enfoque utilizado, el cual sustenta el proceso de indagación, se realizó el diseño de escala Likert y la planeación de las actividades lúdicas y de expresión artística.

La segunda recoge el trabajo de campo que consistió en ejecutar e implementar las actividades con pacientes y acompañantes usuarios del Hospital Manuel Uribe Ángel por un

periodo de 4 meses, durante el cual las investigadoras en parejas o tríos, intervienen en algunos pisos del hospital.

En la tercera y última fase del proyecto se realiza la sistematización de la investigación la cual contiene el análisis de resultados, conclusiones que resumen los hallazgos obtenidos durante el proceso de investigación y algunas recomendaciones que pretenden brindar otra mirada a las dificultades encontradas en el momento de desarrollar la propuesta pedagógica.

Problema de investigación

Formulación:

¿Se pueden favorecer los procesos de la adaptación de los niños, jóvenes y adultos que se encuentran hospitalizados en el Hospital Manuel Uribe Ángel de Envigado, a través de estrategias pedagógicas lúdicas y de expresión artística?

Planteamiento:

A lo largo de la historia, los hospitales han ido cambiando en función de las necesidades de los sujetos usuarios de sus servicios. Según Foucault (1978), originariamente eran un lugar de hospedaje para mendigos, ladrones y hambrientos que requerían un pedazo de pan o un lugar donde pasar la noche; allí se quedaban los habitantes de calle que presentaban quebrantos de salud, requiriendo de atención médica e inaugurando con ello la atención al enfermo. Poco a poco fue pasando de ser un lugar de asistencia pública a ser un lugar donde se restaura y habilita físicamente al enfermo, pero sin contemplar las demás necesidades de orden socio afectivo que se derivan de ellas (pp.22-23-29). Actualmente la demanda que se hace a los entornos hospitalarios es precisamente la humanización que contempla, entre otras, la atención a esas necesidades, pues el estrés y la angustia que genera no solo la enfermedad misma sino también la alteración en el curso cotidiano de la vida, hacen que la recuperación de la salud sea aún más complicada, y es que el ingreso de una persona a la hospitalización supone la separación de su entorno familiar, escolar, social, laboral y cultural, para permanecer rodeado de personas y

rutinas que no conoce pero en las que tiene que confiar; las múltiples tareas y la urgencia de respuestas inmediatas, hacen que los ambientes hospitalarios se dediquen a atender la enfermedad y no necesariamente al paciente en sus necesidades socioemocionales, generando estrés y disminución de su estado anímico. Poblete & Valenzuela, citando a Watson (1985), propone que:

(...) el cuidado debe adquirir una dimensión profunda que va más allá de una simple técnica, de planificar una atención, de recibir un turno o la de una educación rutinaria día a día; es estar ahí con el otro, es compartir sus sentimientos y sus emociones (p.502).

Pues los seres humanos son multidimensionales y la enfermedad es multifactorial, por ello el hospital debe generar espacios donde los pacientes y los acompañantes puedan socializar, interactuar y hacer otro tipo de actividades que humanicen las relaciones preestablecidas.

El doctor González (2004), refiriéndose a la necesidad de humanizar las relaciones médico-paciente, plantea que “el miedo a lo desconocido, un ambiente hostil, poco acogedor, horarios desajustados y sobre todo un sentimiento de miedo y preocupación ante la desinformación en su proceso” (p.32) generan sensaciones de soledad y desprotección que pueden constituirse en un impedimento para recuperar su estado de salud.

Situación a la que se suma la desesperanza de un tiempo sin tiempo que transcurre pero que no parece pasar para el paciente y su acompañante (en caso de tenerlo) que permanecen largas horas en el cuarto de hospital a expensas de los procedimientos médicos que llegaran en cualquier momento; un tiempo al que no puede llamarse libre en tanto no puede invertirse

libremente ni precede al desarrollo de actividades cotidianas (Mendia, 1991, p.1); un tiempo que se ocupa poco o nada y del que nadie o casi nadie se ocupa. Un tiempo que parece eternizar los estados de enfermedad.

La ruptura con la vida cotidiana, la soledad, la sensación de desprotección, el temor que genera la incertidumbre no solo del curso que seguirá el estado de salud, sino también el nuevo entorno al que se ve sometido el paciente hospitalizado, sumado a un tiempo inactivo que transcurre lentamente, genera la necesidad de afrontamiento y adaptación a un entorno y unas relaciones interpersonales que no han sido elegidas sino impuestas por sus necesidades de salud. Cuando una persona no logra adaptarse, se produce en ella reacciones poco favorables a la recuperación de la salud, tales como crisis de ansiedad, depresión, angustia, entre otras.

La educación con sus múltiples formas y estrategias, es un recurso adecuado para posibilitar procesos de adaptación, en tanto interviene con sujetos y entornos en la búsqueda de relaciones favorables, armónicas y proyectivas que generen adecuados niveles de desarrollo y progreso a ambos; busca que las personas puedan desarrollar autocontrol, autodirección y autorregulación para responder de manera pertinente a las situaciones y los contextos, utilizando adecuadamente y optimizando los recursos que se le ofrecen. Y es precisamente eso lo que requieren los pacientes hospitalizados, una intervención que apunte a generar alternativas para fortalecer la capacidad de acomodarse lo más satisfactoriamente posible al entorno hospitalario, invirtiendo el tiempo en que no son sometidos a procedimientos médicos, en actividades productivas.



Cabe preguntarse si la implementación de estrategias pedagógicas lúdicas y de expresión artísticas, con todos los grupos poblacionales (niños, jóvenes y adultos) pueden ser herramientas útiles para favorecer los procesos de adaptación a la hospitalización generando bienestar durante su estancia allí, en tanto, como bien lo expresa Espitia (2011) ambas pueden producir cambios en los estados anímicos de las personas, (citado por Acuña, 2011, p.1-2).

Justificación

La Pedagogía Hospitalaria que surge en razón de las necesidades de aprendizaje de contenidos curriculares de los niños y jóvenes hospitalizados, pero también de las necesidades psicosociales de acogida y adaptación al hospital durante su estancia allí, es de suma importancia para el Hospital Manuel Uribe Ángel de Envigado, por sus aportes al desarrollo humano integral de los pacientes y de sus acompañantes que ven interrumpida su vida funcional en razón de la hospitalización.

Con el propósito de dar respuesta a algunas necesidades psicosociales de pacientes y acompañantes, específicamente en lo referido a la adaptación al entorno hospitalario, se desarrollan estrategias pedagógicas a través de la lúdica y la expresión artística que no solamente aportan al mejoramiento de la calidad de vida durante la estancia en el hospital, sino que también sensibilizan al personal sanitario hacia la atención cálida y acogedora para brindar tiempo con-sentido y no exclusivamente tratamientos médicos.

Las personas hospitalizadas, como todo ser humano, tienen la necesidad de sentirse parte de un entorno, de ser acogidos, acompañados, escuchados, reconocidos, y además, de estar conectados con su realidad; necesidades a las que debe dar respuesta las instituciones hospitalarias desde el programa de humanización (Regido por Proyecto De Ley No 210 Senado, 2013), a fin de mejorar la atención integral en salud.



Y es aquí, donde cobra relevancia el presente proyecto pedagógico, en tanto permite mediar la transición emocional que vive el paciente y sus acompañantes al momento de ser sorprendidos por un estado de enfermedad, que los lleva a rupturas significativas de los hábitos y rutinas a los que estaban sujetos en su día a día, con impactos favorables no solo en sus interacciones, sino también en su disposición para los procedimientos médicos.

En esta medida se replantea la concepción de pedagogía hospitalaria que se ha construido en el transcurso de los tiempos a la atención de la niñez, para encaminarla también a la atención de adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores, ya que la calidad en el servicio de salud es un derecho que debe ser impartido para todos, permitiendo así brindar una atención óptima que responda a las necesidades tanto de pacientes como acompañantes.

Objetivos

Objetivo general

Favorecer la adaptación de los pacientes y sus acompañantes a la hospitalización, desde la transformación del tiempo inactivo en tiempo activo, constructivo y educativo, utilizando la lúdica y la expresión artística como estrategias pedagógicas.

Objetivos específicos

- Identificar los elementos de orden educativo que implican los procesos de adaptación de los seres humanos a momentos y situaciones específicas de estrés.
- Diseñar y ejecutar las actividades lúdicas y de expresión artística que posibiliten en los pacientes y acompañantes la ocupación de un tiempo con-sentido durante su estadía en el hospital.
- Analizar el impacto que las actividades lúdicas y de expresión artística tienen sobre los procesos de adaptación a la hospitalización tanto en pacientes como en acompañantes.

Marco teórico

Estado del Arte

El siguiente es un breve rastreo de diversas experiencias a nivel mundial que han sido documentadas sobre las intervenciones en pedagogía hospitalaria.

Garcés (2008) la pedagogía hospitalaria comienza a desarrollarse en países como Dinamarca, Francia, España, Centroamérica y Chile en donde ha vivido realidades distintas, pero con objetivos comunes como: permitir que los estudiantes puedan continuar con el proceso escolar siendo sujetos activos, llevando una vida normal y que su estadía en el hospital sea provechosa para mantener los procesos educativos; además de ello, trabajar las necesidades y problemas específicos de cada niño así como su desarrollo individual. (p. 3-6)

De igual manera, plantea que luego de la Conferencia Mundial sobre la educación para todos en Jomtien, Tailandia en la década de los 90, se dio lugar a una reforma educativa en América latina, donde se empezaron a incrementar las aulas hospitalarias. En el caso de Chile, este cambio se dio bajo el auspicio de leyes implementadas en la constitución, específicamente la Ley 19.284 de Integración Social de las personas con discapacidad, 1994, la cual indica en su artículo 31° modificado en el 2007, que:

A los alumnos y alumnas del sistema educacional, de enseñanza pre básica, básica o media que padezcan de patologías o condiciones médico-funcional, que requieran permanecer internados en centros especializados o en un lugar que el médico tratante determine o que estén en el tratamiento médico ambulatorio, el Ministerio de Educación les proporcionará la correspondiente atención escolar, en el lugar que por prescripción

médica deban permanecer, la que será reconocida para los efectos de continuación de estudios y certificación de acuerdo a las normas que establezca ese Ministerio. (p. 7)

Después de dicha reforma, la pedagogía hospitalaria en Chile se incrementó rápidamente instaurando aulas apropiadas, con materiales, recursos y personal necesario para hacer un trabajo mancomunado e integral, que lograra cumplir a cabalidad con el derecho a la educación y poder brindar una vida digna a los niños. Chile pasó de tener 7 aulas en el 1999 a tener 25 en el 2007, además de contar con muchos proyectos encaminados a la atención educativa de las personas que se encuentran hospitalizadas. (pp. 8-10)

De igual manera remite Garcés (2008) que la pedagogía hospitalaria en España aparece en 1974, en el hospital para parapléjicos Toledo, el cual creó una Sección Pedagógica para dar continuidad a la escolarización de los niños, estimulando sus capacidades para lograr un clima lo más normalizador posible. Luego de que se instaurara la Ley 13/1982, que prescribe lo siguiente:

Todos los hospitales, tanto infantiles como de rehabilitación, así como aquellos que tengan servicios pediátricos permanentes, sean de Administración del Estado, de los Organismos Autónomos y de las Corporaciones Locales, así como hospitales privados, que regularmente ocupen cuando menos la mitad de sus camas, con enfermos cuya estancia y atención sanitaria sean abonados con cargo a recursos públicos, tendrán que contar con una sección pedagógica para prevenir y evitar la marginación del proceso educativo de los alumnos en edad escolar internados en dichos hospitales. (p.20)

Esta ley da paso al crecimiento de la atención a los niños hospitalizados, así como el aumento de aulas hospitalarias dotadas con recursos: tecnológicos, didácticos, materiales diversos, biblioteca, medios audiovisuales (tv, video, radio), videoteca, entre otros, además personal especializado y apoyo permanente de diversas instituciones y ONG (Organización no gubernamental) (p. 21).

En cuanto a Dinamarca, Polaina-Lorente & Lizasoáin (1992), [citados por Garcés] dicen que la pedagogía hospitalaria inicia cuando el hospital para niños tuberculosos contrata un maestro con el fin de seguir formando a los niños enfermos dentro del hospital, posteriormente en los años 50 los hospitales de Francia comienzan a contratar educadores con el mismo fin y así esta propuesta se fue extendiendo por los países más desarrollados y en los últimos años se ha fomentado en los subdesarrollados (p. 5).

En el caso de Colombia, se dieron varias experiencias de prácticas educativas en hospitales, las cuales comenzaron a partir de los años 90 en Bogotá DC (Distrito Capital), específicamente en el Hospital de la Misericordia, allí se instauró la primera aula hospitalaria, en el pabellón de pediatría, en el área de los quemados (aula que aún se encuentra en función y en constante crecimiento), tiempo después se instauró un aula en el Instituto Nacional de Cancerología, siendo la única en tener la autoridad de promover a los niños de grado escolar. (Educared, 2012)

Con respecto a Medellín, González (2009) publica que en el año 2000, en el Hospital Universitario San Vicente de Paul, el servicio de Pediatría Universitario creó el aula lúdico-pedagógica la cual está dotada de mesas, sillas, materiales de trabajo, elementos didácticos, libros de literatura infantil, videos y juegos. El niño hospitalizado que está en condiciones de asistir al aula, es llevado por la familia y allí desarrollan actividades lúdicas y pedagógicas dirigidas por las estudiantes de educación y vigilados por una enfermera.

En esta línea, Parra (2009) afirma que una de las experiencias que ha estado vinculada con dicha propuesta fue realizada en el año 2005, por un grupo de estudiantes de Pedagogía Infantil de la Universidad de Antioquia, quienes concluyeron:

La pedagogía hospitalaria aporta sin lugar a dudas a mejorar la calidad de vida de los niños y niñas hospitalizados y a sus familiares cercanos, especialmente a aquellos que tienen enfermedades crónicas y que pasan largos periodos en el hospital. Disminuyen los niveles de angustia, ansiedad, temor, entre otros porque logran una mejor comprensión de la enfermedad, el tratamiento y el cuidado de sí aumenta la confianza en sí mismos, logrando realizar de forma adecuada diferentes tareas, del mismo modo se consigue que algunos de los niños y niñas comprendan la importancia de cuidar de sí mismos y de los otros. (Meneses Cardona y otras, 2008:197) Se establecen relaciones entre los padres, madres de familia, el personal médico y las pedagogas infantiles y se diseñan planes y acuerdos colectivos para hacer un adecuado acompañamiento. (Meneses Cardona y otras, 2008:200) además permite Desarrollar un trabajo con los padres de familia, dirigido a que tomen conciencia acerca de la importancia del adecuado acompañamiento a sus hijos durante el proceso de hospitalización y recuperación de la salud, animándonos a realizar con ellos actividades y acciones encaminadas a reducir en los niños los niveles de estrés, angustia, ansiedad, temor, entre otros y disminuyendo también, la culpabilidad que algunos pueden sentir por la enfermedad de sus hijos. Con los niños y niñas lactantes se enseña a las madres y padres estrategias para promover en sus hijos e hijas el desarrollo integral y estimularlos adecuadamente. Con los mayores se trabajan actividades pedagógicas que inicialmente fortalecen su autoestima y también aprenden sobre temáticas de su interés. (p. 8-9).

Con relación al Hospital Manuel Uribe Ángel de Envigado, Álvarez, Gallo, Hernández, Murillo, Ríos & Román (2012), en su proyecto de pedagogía hospitalaria concluyeron que:

- El entorno hospitalario se constituye en sí mismo, en un escenario nuevo para desarrollar una intervención pedagógica que no se limita a la enseñanza de conceptos académicos, sino que refleja un carácter social centrado en la formación del ser humano que se encuentra en situación de vulnerabilidad.
- Estar en el hospital permite ver y sentir las relaciones interpersonales desde una perspectiva diferente, independiente de los roles profesionales que allí se establezcan, la pedagogía hospitalaria se convierte en una herramienta de humanización, en “un día hace la diferencia”

- El juego es una estrategia válida para la pedagogía hospitalaria, éste tiene un valor recreativo, educativo y terapéutico que permite movilizar procesos significativos en las personas hospitalizadas como son divertirse, integrarse socialmente y expresar las emociones que produce la situación de enfermedad.
- La palabra es un instrumento útil en la pedagogía hospitalaria, genera conocimiento y permite la interacción entre los actores del entorno hospitalario. Como recurso pedagógico, permite que la población hospitalizada enuncie sus temores, certezas y necesidades con respecto a la situación por la que están pasando.
- El arte es un recurso pedagógico que contribuye al proceso de recuperación de los pacientes, ya que les permite expresar sus sentimientos, deseos y necesidades a través de la pintura, la escritura, el dibujo y el propio cuerpo. (p. 73)

Así entonces, la Pedagogía Hospitalaria no es un campo desierto aunque tampoco sea el campo más explorado en el territorio local y nacional, pero siempre dirigido a la población infantil. Se resalta que muy seguramente existen muchas más experiencias que no se alcanzaron a revisar y a documentar, y que no por ello pueda decirse que no existen.

Educación

La educación del futuro deberá ser una enseñanza universal y primordialmente centrada en la condición humana. En donde los individuos se reconozcan en su unidad común y al mismo tiempo, reconozcan la diversidad cultural inherente a todo cuanto es humano.

Edgar Morín

La educación proviene de dos términos latinos *educere* y *educare*, el primero se concibe “como el desarrollo de las potencialidades del sujeto basado en la capacidad que tiene para desarrollarse.” Y el segundo se refiere “a las relaciones que se establecen con el ambiente que son capaces de potenciar las posibilidades educativas del sujeto”. (Luengo, 2004, p. 32)

Amabas, potencialidades y relaciones, son indispensables para la educación, la primera es la condición y la segunda el medio que hace posible el desarrollo del ser humano en y para su contexto. Es a través de la educación como la cultura y la sociedad logran permanecer en los sujetos, pero a su vez son transformadas por la acción de los sujetos que se educan. No hay una forma, un medio o un recurso exclusivo para la educación, ellos dependen de los sujetos, las intenciones y los contextos. La educación remite a asuntos de interacción, siempre depende de otro sujeto pero también de los entornos. Ya lo decía Kant, (1801/1993) [citado por Acosta 2012] cuando afirmaba que:

El hombre es la única criatura que ha de ser educada. Entendiendo por educación los cuidados (sustento, manutención), la disciplina y la instrucción, juntamente con la formación. Según esto, el hombre es niño pequeño, educando y estudiante (...)

Únicamente por la educación el hombre puede llegar a ser hombre. No es, sino lo que la educación le hace ser (...) La educación es un arte, cuya práctica ha de ser perfeccionada por muchas generaciones. Cada generación, provista de los conocimientos de las anteriores, puede realizar constantemente una educación que desenvuelva de un modo proporcional conforme a un fin, todas las disposiciones naturales del hombre, y conducir así toda la especie a su destino (...) La inteligencia, en efecto, depende de la educación, y de la educación, a su vez, de la inteligencia. De aquí que la educación, no pueda avanzar sino poco a poco; y no es posible tener un concepto más exacto de ella, de otro modo que por la transmisión que cada generación hace a la siguiente de sus conocimientos y experiencia, que, a su vez, los aumenta y pasa a las siguientes. (p. 3)

En Colombia, la Ley 115 de febrero 8 de 1994 (Ley General de Educación), la define como “un proceso de formación permanente, personal, cultural y social que se fundamenta en una concepción integral de la persona humana, de su dignidad, de sus derechos y de sus deberes” y la constitución la proclama como derecho fundamental lo que implica que el Estado debe proveer las posibilidades para el goce y ejercicio pleno del mismo, tales como existencia suficiente de establecimientos educativos, acceso sin discriminación alguna, calidad y pertinencia de los contenidos y contextos educativos, alternativas para la permanencia y la promoción, etc.; solo si se garantizan estos aspectos, la educación logrará su cometido de generar en todos los sujetos aprendizajes significativos que aporten a su enriquecimiento personal y faciliten su inserción adaptativa a la sociedad, lo cual redundará en el desarrollo y avance de las comunidades.

Pedagogía

Etimológicamente, la palabra pedagogía proviene del griego antiguo παιδαγωγός (paidagogós), de las raíces "paidos" que es niño y "gogía" que es llevar o conducir. Por ello, el concepto hacía

referencia al esclavo que traía y llevaba niños a la escuela. Además, se usaba sólo como denominación de un trabajo: el del pedagogo que consistía en la guía del niño. Según Bernal (s.f.), el término pedagogía (nacido en la antigua Grecia) se usó para investigar sobre los hechos educativos, clasificarlos, estudiarlos, sistematizarlos y concluir una serie de principios normativos que rigieran la acción educativa. (p.3).

Vargas, 2005 (citado por Grijalva & Marino, 2012) la define como teoría y práctica:

Teórica en la medida que caracteriza la cultura, identifica problemas y necesidades culturales que pueden ser solucionadas con cambios por vía educativa y, estudia la experiencia educativa y práctica y; práctica, porque parte de su saber se construye en la práctica educativa. Con base en la caracterización cultural y en la identificación de problemas y necesidades propone soluciones educativas que tienen la intención de transformar una realidad, producir cambio individual, colectivo y social. (pp. 13-14)

Para unos, ciencia, para otros disciplina, pero siempre pedagogía como acto que interviene con seres humanos y contextos en los procesos de transformación de los sujetos y los entornos. Bernal (s. f.), en su artículo Arte y Pedagogía, la conceptualiza desde las dos formas:

- Como ciencia: afirma que se trata de un “conjunto de saberes que buscan tener impacto en el proceso educativo, en cualquiera de las dimensiones que este tenga, así como en la comprensión y organización de la cultura y la construcción del sujeto”. Afirma que se nutre de diversas disciplinas como la sociología, la economía, la antropología, la psicología, la historia, la medicina, entre otras, pero se centra fundamentalmente en la filosofía, ya que su objeto de estudio es la formación, “en palabras de Hegel (citado por Bernal), proceso en donde el sujeto pasa de una «conciencia en sí» a una «conciencia

para sí» donde el sujeto reconoce el lugar que ocupa en el mundo y se reconoce como constructor y transformador de éste”. (p.1)

- Como disciplina: dice que organiza el proceso educativo en los aspectos psicológico, físico e intelectual de todas las personas teniendo en cuenta el contexto en el que estén inmersas, y es el “arte que permite transmitir experiencias, conocimientos, valores, con los recursos que tenemos a nuestro alcance, (...) tales como el cerebro, la vista y el oído, y que en suma se aprecia mediante la respuesta emitida a dicho aprendizaje”. (p.2)

Educación y Pedagogía, términos familiares pero no semánticamente diferenciados en la cotidianidad, uno implica al otro y delimitar su acción resulta bastante complejo; Ávila expone una diferenciación que resulta clave, antes de poder abordar el asunto de la pedagogía hospitalaria que es el centro de este ejercicio investigativo. Ávila, (2007) [citado por García, 2009], anuncia que:

La educación es un conjunto de prácticas e instituciones que se han organizado lentamente en el decurso del tiempo, como respuesta a necesidades sociales diferentes, solidarias de condiciones de tiempo y lugar bien concretos, y conduciendo a la formación de tipos diferentes de hombre, la pedagogía se va perfilando como un conjunto de modos de concebir esa educación, una cierta manera de reflexionar sobre los asuntos educativos. No es la práctica de la educación en sí, pero tiene razón de ser no sólo en la teoría sino en la acción pedagógica misma. (p.145)

Pedagogía Hospitalaria

La pedagogía hospitalaria constituye un modo especial de entender la pedagogía. Se encuentra orientada y configurada por el hecho incontestable de la enfermedad y enmarcada por el ámbito concreto que constituye la institución hospitalaria donde se lleva a cabo. Se ofrece como una pedagogía vitalizada, de la vida y para la vida, que constituye

una constante comunicación experiencial entre la vida del educando y la vida del educador, y aprovecha cualquier situación, por dolorosa que pueda parecer, para enriquecer a quien la padece, transformando su sufrimiento en aprendizaje. (...) Lizasoáian (s. f.) (citado por Zapata, 2012)

Breve Historia

En sus inicios la Pedagogía Hospitalaria fue concebida exclusivamente bajo la mirada del aula hospitalaria, tal como lo argumentan Guillén & Mejía (2002); ellos afirman que dicho concepto surge en Francia a finales de la segunda guerra mundial, a raíz de una política pública que obligaba a dar atención escolar a niños y adolescentes atendidos en casa clerical o instituciones de salud. El decreto del 23 de julio de 1965 fue el que dio lugar a la introducción de estrategias educativas de forma definitiva en los hogares sanitarios u hospitales, logrando cubrir tanto las necesidades escolares como educativas de los niños y jóvenes hospitalizados por un periodo de tiempo relevante. Su objetivo se basaba en minimizar, en dicha población las consecuencias negativas a nivel educativo que se presentaban en el paciente con la hospitalización; por tal motivo el proyecto hospitalario no se limitaba solo a un espacio determinado, por el contrario, tomaba como centro de acción zonas específicas de la planta física cuando al paciente se le dificultaba desplazarse hacia el aula estipulada para recibir este apoyo educativo. (Sesión de antecedentes, 29-31)

Gonzáles & Polaino, (1990) [citados por Castañeda, 2006], afirman que desde esa época los pedagogos hicieron su aparición en el ambiente hospitalario de los denominados “países desarrollados” (Estados Unidos, Canadá y Centro-Norte de Europa), con la presencia de estos

profesionales y la proliferación de diversas actuaciones pedagógicas en el tratamiento de enfermos hospitalizados, se comienza a vislumbrar la llamada pedagogía hospitalaria, que en palabras de estos autores es “la atención y optimización de la educación de los pacientes, sea cual sea la edad y el estado físico o mental de éstos, intentando mejorar sus condiciones de vida a través de la Educación” (p. 1).

Froufe (1997), argumenta que en 1973, en los países europeos se potencia el sistema de protección pública y con ella surge el auge de “estado de bienestar” con el que se dio inicio al campo de la educación social, la cual fue definida por varios autores como: práctica educativa multidimensional, que se articula en diferentes ámbitos o áreas de intervención versus actuación, como son aquellas que se relacionan con la Educación Social Especializada. Su finalidad es contribuir al desarrollo integral de las personas y a la convivencia social, intentando resolver todos aquellos problemas o necesidades que se producen en el marco de la vida diaria. (p.179)

Este autor afirma que esa nueva mirada debió expandirse rápidamente a diferentes campos, por tanto, la pedagogía hospitalaria se vio en la necesidad de ampliar de manera significativa su campo de actuación, descentrándose de la instrucción y el condicionamiento para encaminarse hacia un modelo socio-educativo que tuviera que ver con la salud, potenciara el bienestar y el desarrollo integral de los pacientes, la atención a la familia y al contexto que le rodea; buscando con ello, Petrus (1994) [citado por Froufe]: que el paciente pueda adaptarse, socializarse y adquirir competencias sociales, que le permitan normalizar su vida y readaptación a la cotidianidad de ésta. (pp. 179-200).

Pedagogía Hospitalaria Social

Cárdenas & López (2005-2006) argumentan que la pedagogía hospitalaria es una rama de la pedagogía social, que tiene por objeto la atención de personas inmersas en un entorno hospitalario, buscando minimizar las desventajas educativas y formativas, mediar los efectos negativos derivados de la enfermedad y potenciar las experiencias de aprendizaje significativo para la vida y la salud. Esta rama pedagógica se encamina en brindar atención a todas las personas que padecen una enfermedad, solo por el derecho constitucional que tienen todas de educarse; permitiendo ampliar así la visión que se tenía del Aula Hospitalaria como actuación educativa en niños y jóvenes para encaminarse hacia una perspectiva inclusiva que cobije a pacientes de todas las edades, personal sanitario y acompañantes. Puesto que, como han referido algunos autores, la inclusión lleva al sujeto hacia una interacción permanente con los otros, los entornos y la cultura, desarrollando habilidades que le permiten integrarse más rápidamente a la comunidad en la que habita. (pp. 59-61)

Retomando a Lizasoáin & del Pozo (1991), [citados por González Jiménez, Macías Gómez & García Hernández, 2002]: “La atención pedagógica debe preceder al hecho de la hospitalización, para ello es necesaria una conexión con los médicos y su diagnóstico con el fin de preparar al niño desde aspectos personales, escolares y ambientales, facilitando la labor del maestro”, dado que la enfermedad crónica y grave en la infancia y a lo largo de la vida, obliga a un cambio de rutina, hace del paciente un ser humano diferente en la sucesiva adaptación y por eso necesita ser incluido en su realidad, además de ser especialmente atendido con un compromiso personal que de paso a un “vínculo humano”. (p. 332)



Dentro de este concepto social Romero & Alonzo (2007), destacan que aunque la tarea de la pedagogía hospitalaria se desarrolla fundamentalmente con niños y jóvenes, el hecho de que no se inscriba dentro de un contexto escolar, y que frecuentemente se deba extender la acción a las diversas personas del entorno del sujeto, hace que su función se parezca más a la de una educación aplicada en contextos sociales. De allí la importancia de establecer acercamientos multidimensionales e interprofesionales al interior de la pedagogía social, brindándole al sujeto alternativas de participación y al proceso educativo una mayor relevancia. Los autores dicen, no se trata de sustituir a los profesionales de área de la salud (al médico, al enfermero, al psiquiatra, al psicólogo), se trata de abrir la posibilidad de trabajar de manera conjunta, construyendo una comunidad de aprendizaje en donde se motive a la comunidad, se enriquezca el saber específico de la pedagogía, se mejore la calidad de vida de todos los agentes que conviven en el centro hospitalario y que hagan parte de la vida del paciente hospitalizado, trascendiendo este hecho a los entornos sociales del mismo. (pp. 409-410)

En este sentido, la oportunidad de implementar la participación como forma de intervención social al interior de la pedagogía hospitalaria, permite a los individuos reconocerse como actores con deseos, necesidades, expectativas e intereses individuales que les posibilita ser parte, tomar parte y tener parte de ese proceso de hospitalización que los aleja de sus realidades habituales.

Por lo tanto, se puede afirmar que la Pedagogía Hospitalaria Social reconoce la diversidad y ofrece una atención socioeducativa a las personas que se encuentran en una

situación de enfermedad; dicha atención brinda respuestas flexibles a las necesidades de los pacientes, relacionándose más con la calidad de vida de éstos que con la educación formalizada, esta intervención pedagógica está dirigida a atender las alteraciones que se generan como efectos secundarios de la hospitalización y la enfermedad.

Por lo tanto, Saruwatari, (2010), [como citan Álvarez, Gallo, Hernández, Murillo, Ríos & Román, 2012] expresa que los objetivos de la intervención de la Pedagogía Hospitalaria, no se deben confundir con la atención de un servicio médico de salud, sino que debe verse como un proyecto de salud que se dirige a generar experiencias relevantes que apoyen y acompañen el proceso de enfermedad y hospitalización, “sabiendo que dichas experiencias no deben quedarse exclusivamente en las actividades lúdicas como forma recreativa”, éstas, por el contrario, deben trascender en la búsqueda de alternativas pedagógicas socio-culturales. (p. 27)

Marco Legal

Los recursos legislativos en que se apoya la Pedagogía Hospitalaria no son muy amplios, y en su mayoría están dirigidos a la protección del derecho y a la educación de los niños hospitalizados, pocos hacen referencia a los jóvenes, pero ninguno de los encontrados en el rastreo documental remite a la población adulta. A continuación se presenta una síntesis de los recursos legislativos encontrados y revisados tanto a nivel internacional como a nivel nacional.

Internacional

El primer recurso tiene que ser necesariamente la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), en sus artículos 25 y 26; el primero hace referencia al derecho que tienen los seres humanos a tener condiciones de vida adecuadas, en las que se implica la salud, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; el segundo toca directamente con el derecho a la educación.

El segundo recurso obligado tiene que ser La Declaración Universal de los Derechos del Niño (1959) que en su principio 4 proclama el derecho a gozar de una buena salud y a recibir cuidados especiales cuando su condición lo amerite; el principio 5 proclama el derecho a la educación y el cuidado especial para los niños que presenten impedimento físicos, mentales o sociales; y el principio 7 plantea el derecho a la educación garantizando la igualdad de

oportunidades. Y aunque no explicita la educación en el entorno hospitalario, estos 3 principios la recogen y la soportan claramente.

La Carta Europea de los Derechos del Niño Hospitalizado, creada en 1984 por la National Association for the Welfare of Children in Hospital NAWCH-1, y convertida en Ley el 2 de abril de 1986, busca dar respuesta a una serie de necesidades planteadas en favor de la atención de los niños hospitalizados en el Reino Unido, proclamando derechos que garanticen la continuidad educativa, los cuidados necesarios y prodigados por personal cualificado que conozca y atienda sus necesidades tanto físicas como afectivas, educativas y recreativas.

Posteriormente, la Carta Europea sobre el Derecho a la Atención Educativa de los Niños y Adolescentes Enfermos (2000), establecida por la Organización Europea de Pedagogos Hospitalarios (HOPE), proclama además el derecho de los niños a recibir atención educativa tanto en el hospital como en su domicilio, adaptada a las necesidades y capacidades de cada niño, lo que implica el uso de metodologías y recursos de aprendizaje diversos. Plantea que la enseñanza no debe centrarse en contenidos del currículo ordinario, sino también contener temas relacionados con las necesidades específicas del niño y derivadas de su situación de enfermedad.

La Convención sobre los Derechos del Niño, aprobada como tratado internacional el 20 Noviembre de 1989, reconoce a todos los menores de 18 años como sujetos con derecho al pleno desarrollo físico, mental, social y además con derecho a la libre opinión. A lo largo de sus 54 artículos plantea tanto derechos civiles como políticos y económicos dirigidos a la conquista del

máximo bienestar y pleno desarrollo de los niños en sus distintos entornos, convirtiéndose entonces en un “modelo para la salud, la supervivencia y el progreso de toda la sociedad.”

En su artículo 24 plantea el derecho a la salud física y mental, en el 28 el derecho a la educación con amor, y en el 31 el derecho al tiempo de ocio, descanso y esparcimiento. Aunque no explicita el derecho a la educación dentro de los establecimientos de salud, lo convoca ya que plantea por un lado la necesidad de programas que atiendan las necesidades de niños internados, y por otro hace un reconocimiento al derecho del niño a recibir cuidados especiales y acceso efectivo a la educación cuando se encuentre afectado física o mentalmente.

Nacional

Se inicia el recorrido por aquellos recursos de ley en los que la Pedagogía Hospitalaria sienta sus bases, para terminar con los que especifican la atención educativa en contextos hospitalarios, lo que implica que no necesariamente están organizados de manera temporal:

- Constitución Política de 1991. Establece la igualdad de derechos y oportunidades, responsabilizando al estado de la protección de personas que se encuentren en riesgo de vulnerabilidad por su condición física, mental o económica (art 13); proclama los derechos de los niños, afirmando que ellos prevalecen sobre los derechos de los demás (art 44); y anuncia la educación como derecho fundamental (art 67). Así, cuando la Educación llega a los entornos Hospitalarios está garantizando el derecho a la educación y evitando mayores riesgos de vulneración.

- Ley 115 de 1994 – Ley General de Educación. Reconoce 3 modalidades educativas: formal, no formal e informal (art 2 y 69), validando la educación más allá de los muros físicos de las escuelas y de la formalidad de los grados y ciclos educativos. Proclama que la educación de la población con limitaciones hace parte del servicio público educativo (art 46 y 48), denotando que no es exclusiva para unos cuantos.
- Ley 13 de 1982. Declara que los hospitales infantiles y de rehabilitación deben contar con una sección pedagógica para prevenir y evitar la marginación del proceso educativo de los niños en edad escolar que se encuentran hospitalizados (art 29).
- Ley 1098 de 2006 – Ley de Infancia y adolescencia. Tiene como fin garantizar el pleno y armonioso desarrollo de los niños y adolescentes (art 1), previniendo su vulnerabilidad y garantizando la restitución de sus derechos (art 7). Enfatiza el derecho a la educación gratuita como medio para el desarrollo cognitivo, emocional y social de los niños y jóvenes (art 28 y 29)
- LEY 1388 de 2010. Proclama los derechos de los niños (menores de 18 años) con cáncer, dentro de los cuales se recoge el apoyo psicosocial y escolar de acuerdo a las necesidades de cada uno (art 13).
- Decreto 1470 de 2013. Reglamenta el Apoyo Académico Especial para la población menor de 18 años matriculada en los niveles de preescolar, básica y media que se encuentre en Instituciones Prestadoras de Salud o aulas hospitalarias públicas o privadas, a través de modelos educativos flexibles, con el objetivo de garantizar el ingreso o la continuidad en el sistema educativo.

Es importante resaltar que en Antioquia y Medellín específicamente, no se cuenta con decretos, acuerdos o resoluciones que hagan referencia a la pedagogía hospitalaria.

Adaptación

Luego de revisar los discursos teóricos de Darwin (s. f.) Lamarck, (1809) [citado por Iturbe s. f.] se infiere que el concepto de adaptación es bastante complejo por las múltiples miradas que lo rodean. Haciendo un esfuerzo de simplificación, podría decirse que ha evolucionado del naturalismo al evolucionismo en tanto pasa de ser un concepto meramente orgánico e inherente al ser vivo, para convertirse en un proceso de interacción entre los seres vivos y las necesidades que impone el entorno físico y social en que se habita, cuyo fin último es la acomodación para la vivencia armónica. Pero al proyecto le interesa una mirada más de orden social y es así como se inicia con la revisión del concepto desde la psicología que lo plantea como el proceso por el cual el ser humano modifica su comportamiento, para ajustarse al medio social en el que está inmerso. (pp. 5-12)

Según, Piaget (s. f.) [citado por Gunset, 2010] las personas heredan la tendencia de adaptarse al medio, es decir, desde que el ser humano nace, comienza a buscar maneras de adaptarse a su entorno de manera satisfactoria, para ello participan dos procesos básicos, la asimilación y la acomodación. En la primera el medio se transforma en función del sujeto y en la segunda es el sujeto quien se transforma en función del medio. (pp. 5-6).

Durante el proceso de adaptación Piaget (s. f.) [citado por Gunset, 2010] plantea, que el conocimiento es construido y establecido por el sujeto a través de la interacción y la actividad con el entorno. En cuanto a la conducta ésta se evidencia a través del comportamiento del ser humano, así mismo es el reflejo de las habilidades adquiridas por medio de la observación y la experiencia. (p.8)

Vygotsky (s. f.) [citado por Moreno, 1999]

Propone en su teoría, que nosotros y el entorno social, colaboramos para moldear la cognición en formas más adaptativas. Tales formas son de origen cultural. Ha incluido dos aspectos interesantes: Por un lado, añade al entorno el atributo social; y, por otro, cifra la representación mental y la cognición en aspectos culturales. La adaptación se centra, por ende, en lo social y lo cultural de nuestro entorno y, también, en cómo nosotros interactuamos con él. (p.1)

En esta misma línea Moreno (1999) propone que toda adaptación es social ya que ésta se da en la medida que el ser humano interactúa con el otro y se desarrolla en el entorno. Ahora bien toda persona participa de manera diferente en el entorno, en ese sentido la adaptación es la capacidad de saber interactuar en el contexto cumpliendo a cabalidad y de manera efectiva con lo que corresponde según el papel que la sociedad y uno mismo ha determinado que debe cumplir. (p. 3)

Adaptación Desde el Contexto Hospitalario

Alarcon (2007) argumenta que las personas que padecen de una enfermedad en particular, se ven afectados tanto en su ambiente externo como interno, sin embargo estos deben comenzar a afrontar la situación para poder adaptarse de manera efectiva. (p. 157)

Durante el proceso de cuidado en el hospital, se puede evidenciar una serie de comportamientos que son el resultado de la influencia negativa y positiva del medio ambiente, algunos pacientes expresan sentimientos de inutilidad, apatía y falta de interés, amenazando así su propia integridad y es que la enfermedad suele tener un impacto fuerte en la vida de las personas, ya que a menudo los pacientes deben someterse a procedimientos invasivos, terapias, y demás tratamientos abrumadores, que frecuentemente llevan a la desesperanza, depresión, enojo, tristeza, culpa y cambios en el estilo de vida, no solo en la persona que padece la enfermedad sino también a su familia y allegados, ya que a menudo la enfermedad los hace dependientes y demandantes.(p. 158)

Ruiz (s. f) en un estudio comparativo, hace un análisis del autoconcepto de los pacientes con insuficiencia renal crónica; encontrando que estos tienen una imagen deteriorada por su enfermedad, se describen como enfermos incapaces de pensar lo que es sano y lo que no, en general su auto percepción y auto descripción fueron bajas. Un impacto en su vida fue el aislamiento social, manifestando que no pueden ir de vacaciones o que solamente pueden salir los fines de semana; además expresaron las alteraciones reflejadas en las actividades de la vida diaria debido a las responsabilidades y limitaciones que poseen por las diálisis (citado por Alarcon, 2007, p. 158)

Por lo anterior es evidente que las personas con alguna enfermedad, suelen tener problemas de adaptación, por ello es menester que haya una intervención que apunte al afrontamiento para que el paciente tenga la capacidad de hacerle frente a los estímulos y pueda acomodarse satisfactoriamente; al respecto, Roy (s. f.) [citado por Alarcon, 2007] explica que los

estímulos positivos y negativos del ambiente, activan los procesos de afrontamiento y determinan comportamientos que pueden o no ser adaptativos; (p. 160); Martínez González, Piqueras Rodríguez & Inglés Saura (2011) afirman que la inteligencia emocional tiene una incidencia directa en las estrategias de afrontamiento (a mayor nivel de inteligencia emocional mayor efectividad de afrontamiento), en tanto instauro autocontrol y capacidad adaptativa a las situaciones de estrés (p. 2)

Inteligencia Emocional: Interpersonal e Intrapersonal

(...) deberíamos observar fuentes de información más naturales, acerca de cómo la gente en todo el mundo desarrolla capacidades que son importantes para su modo de vida".

Gardner (1983)

Para Gardner 1995, en acuerdo Herrnstein y Murray, (1994), [citado por Goleman, 1996], la inteligencia supone algo más que la valoración del coeficiente intelectual (C.I). Afirman que el C.I tiene grandes diferencias en relación a los resultados de los test y las actuaciones reales de las personas en su vida práctica, puesto que éste sólo coincide en un 20% con los resultados esperados, lo que ha llevado a que en los años 90 se haya comenzado a esclarecer que “la teoría cognitiva no lo explica todo y comienzan a adentrarse en el campo emocional, destacando y enfatizando la importancia de las emociones en el desarrollo y la adaptación social.” (p. 27). Ya en 1993, Gardner había afirmado que el sujeto gracias a los aportes culturales y a las

instrucciones del sistema educativo no desarrolla sólo una inteligencia, sino varias, y aunque socialmente se le dé más importancia a unas de ellas (matemática y lingüística) para él todas son igualmente importantes. (p.24). Dentro de las inteligencias expuestas por Gardner (1983) se encuentran la interpersonal y la intrapersonal; así:

(...) inteligencia interpersonal definida como la capacidad para entender a las otras personas: lo que les motiva, cómo trabajar con ellos de forma cooperativa, etc., y la inteligencia intrapersonal definida como la capacidad correlativa, pero orientada hacia dentro. Es decir, la capacidad de formarse un modelo ajustado, verídico de uno mismo y de ser capaz de usar este modelo para desenvolverse eficazmente en la vida. (p.25)

En este sentido y ahondando un poco más en las definiciones de los tipos de inteligencia, Gardner (1993), afirma que la inteligencia interpersonal es entonces una habilidad social y una capacidad para trabajar bien con otros, las personas que poseen esta capacidad son sensibles al reconocimiento y las variaciones en los estados de ánimo, actitudes, necesidades, intenciones, lenguaje corporal y deseos de las demás personas. En las primeras etapas de su evolución, esta inteligencia puede verse en la capacidad de los niños para discriminar entre las personas de su medio y discernir su humor y su temperamento. En sus formas más desarrolladas, se manifiesta en la capacidad de entender; actuar y configurar los sentimientos; comunicar, comparar, relacionar y cuestionar sus ideas y las de los otros, para bien o para mal. (citado por Goleman, 1996, pp. 28-29)

Por su parte la inteligencia intrapersonal permite comprenderse y trabajar con uno mismo, con la capacidad de construir, organizar, reflexionar y dirigir su propia vida, se debe tener en cuenta la autodisciplina, la auto comprensión y la autoestima. Se caracteriza

fundamentalmente por el auto conocimiento que debe tener el sujeto, sobre sus propias emociones y pensamientos, es decir, que la clave de esta inteligencia, depende en gran medida del reconocimiento de lo que realmente es uno y no del pensamiento que tengamos sobre nosotros mismos. (Gardner, 1994, p.206)

En esta misma línea Goleman (1996) da el nombre de inteligencia emocional a la capacidad que tiene el sujeto en cuanto al “conocimiento de las propias emociones, capacidad de controlar las emociones, capacidad de motivarse a uno mismo, reconocimiento de las emociones ajenas, control de las relaciones” (p. 27), así como a la capacidad de dirigir la propia vida de manera satisfactoria. Además para este autor la inteligencia emocional debe de fortalecer: “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” (Goleman 1996). Todas ellas, características que se encuentran inmersas en las inteligencias intrapersonal e interpersonal expuestas por Gardner.

Estrategias pedagógicas

Las estrategias pedagógicas son acciones que se llevan a cabo para alcanzar un determinado fin, a través de la implementación de actividades, procedimientos y recursos específicos utilizados con el propósito de promover aprendizajes significativos, es decir, dichas estrategias se utilizan como herramienta de enseñanza y aprendizaje en los procesos de

formación del sujeto, buscando además dar a conocer los contenidos de manera significativa y didáctica para que los aprendices adquirieran y construyan sus propios conocimientos. (Grupo de trabajo Proyecto “QUÉDATE” 2012, p. 39)

En esta medida se puede decir que dentro de las estrategias pedagógicas se encuentran las utilizadas por el presente proyecto, ya que con el arte y la lúdica se buscaba obtener un fin específico, convertir el tiempo inactivo de los pacientes y acompañantes en tiempo activo, favoreciendo la adaptación de los mismos a la hospitalización. A continuación se habla más en detalle de estas dos estrategias utilizadas durante el proceso de investigación.

Lúdica

La lúdica ha sido definida desde la Real Academia de la Lengua Española (2001), como una acción relativa al juego. El juego, según Vigotsky (1959), surge como una necesidad más allá de pulsaciones internas individuales del niño para reproducir el contacto con lo demás, constituyéndose en una actividad social, en la cual se logran adquirir papeles o roles que son complementarios al propio, a través de habilidades innatas o adquiridas por la guía o apoyo que le puede brindar un adulto o un par más competente. (citado por Ivic, 1994, p.3)

Jiménez, (2002) [citado por Romero, Escorihuela & Ramos, 2009] argumenta que la lúdica es más bien una predisposición del ser humano frente a la vida y la cotidianidad, relacionándose con ella por medio del disfrute, el goce, el sentido del humor, el arte y otra serie

de actividades que producen simbolismos e imaginarios. (párr. 28). En esta misma línea Echeverry & Gómez (2012) afirma que la lúdica no como un medio, sino como un fin, debe ser más incorporado a lo creativo, que como actividad ligada solo al juego, ya que ésta como fin permite al ser humano comprenderse a sí mismo y por ende comprender al otro en todas sus dimensiones socioculturales. (p. 3)

Lúdica y Pedagogía

La lúdica desde el punto de vista pedagógico, es utilizada como una herramienta didáctica que admite transformar sus características hacia un aprendizaje que posibilite adquirir experiencias tanto culturales como de vivencias, llevando a centrar la mirada más sobre el sujeto que en el objeto.

Dinello (1997), devela que la pedagogía fundamentada en la expresión lúdico creativa permite que el sujeto haga transformaciones de materiales y elabore un lenguaje en el cual puede combinar posturas corporales, además de potenciar el desarrollo espiritual a través diversas formas de participación, según sus potencialidades, retroalimentando el proceso vivido con el otro. La aplicación de dicha pedagogía posibilita expresar al exterior: conocimientos, actitudes, inquietudes y sentimientos, representados todos ellos en distintas formas creativas, mientras el sujeto se estimula cognitivamente y comprende la responsabilidad sobre el devenir.

Pero esta acción pedagógica requiere de un impulso lúdico que se relacione esencialmente con un carácter de la alegría personal, el cual surge de un conjunto de fuerzas instintivas de vida, convirtiendo dicho impulso en un elemento sustantivo para que cada individuo pueda reencontrarse consigo mismo y hacer efectiva las posibilidades de participar intensamente en los intercambios con otros individuos. Por tanto el universo lúdico es muy diferente del mundo de las realidades objetivadas.

La expresión, la lúdica y la creatividad no se entienden como una materia o actividades aisladas del aprendizaje cotidiano. Ellas son integrantes de la globalidad de la situación formativa y son fundamentos de toda perspectiva educativa de los sujetos en la actualidad. Razón por la cual corresponde como parte fundamental de la metodología aplicada día a día. (p. 1-5)

La lúdica y la creatividad bajo una mirada pedagógica permitirán ver que “el conocimiento es una riqueza de la ciencia acumulada y las formas educativas compartidas son la posibilidad de convivir y continuar existiendo como especie inteligente”. (Dinello, 1997, p. 5)

Lúdica y Hospitalización

Como se ha resaltado anteriormente la lúdica es la principal forma de expresión integral del ser humano. Por lo cual, el trabajo que desarrollan los Educadores con los pacientes hospitalizados cobran cada vez más importancia en los modelos de atención sanitaria integral. Dentro de dicho trabajo y como argumenta Serrada (2007), aparece como un elemento fundamental de estos

cuidados la lúdica, por su capacidad para promover un desarrollo físico-cognitivo en los pacientes, “como por las posibilidades terapéuticas que ofrece para mejorar la autoestima y la autoeficacia, aprender recursos de control y expresión emocional, o mejorar las relaciones entre los niños enfermos y su entorno”. (p. 6)

Del Blanco 1995, (citado por Serrada 2007).

Existe un acuerdo entre los especialistas al considerar que la lúdica aporta múltiples beneficios al niño(a), y que ante situaciones especiales como la hospitalización se convierte en un instrumento esencial para reducir su ansiedad y el estrés, y el de los padres, así como para facilitar la elaboración y aprendizaje de estrategias de afrontamiento eficaces. (p. 6)

González, Benavides & Montoya (2000), han asignado a la lúdica diferentes funciones en el ámbito hospitalario entre las cuales se destaca: una notable recuperación del niño(a), favorecer el afrontamiento de la hospitalización, facilitar la comunicación con el personal sanitario y los demás enfermos, potenciar la confianza en el personal sanitario y posibilita administrar información al paciente teniendo en cuenta su nivel de desarrollo y su capacidad de comprensión. Resultados que son obtenidos por medio de acciones que le resultan a los pacientes divertidas y tranquilizadoras (citado por Serrada 2007, p. 6)

Siguiendo en esta misma línea, por medio de la lúdica “se pueden disminuir de una forma significativa los miedos hospitalarios” (Rae et al., 1989). En conclusión, la técnica lúdica es una herramienta de intervención de gran utilidad para familiarizar a los pacientes con el medio hospitalario, además de permitir que se enriquezcan, establezcan y fortalezcan las relaciones de los pacientes con sus acompañantes, así como con el personal sanitario. (citado por Serrada 2007, p. 7)

El arte como herramienta pedagógica

Espitia (2011) señala que el arte es una expresión profunda y sincera del ser humano, considerado como medio auténtico de la manifestación de emociones que están ligadas a conceptos y actuaciones de la vida cotidiana.

Las expresiones artísticas constituyen la mejor manera de representación simbólica y un rasgo propio de la condición humana, razón por la cual desde diversos ámbitos se postula el arte como posibilidad de generar subjetividades, entender comportamientos, modificar estados de ánimo y subvertir o cambiar lo establecido ante diversas actitudes de la vida. (citado por Acuña Prieto, 2011, p.1). Y es que el arte es a la vez un canal de comunicación con el mundo exterior pero también una manera de conversar consigo mismo, y allí reside su valor pedagógico que también termina siendo terapéutico. Bien puede rememorarse aquí la vida del pintor Vincent van Gogh, del que se dice fue esquizoide, que encontró en su pintura, un medio para mantener períodos de la estabilidad psicológica; pero también vale la pena mencionar algunos autores que ratifican estas posturas, tales como Belver (2011) que resaltaba sus aportes terapéuticos, cuando afirmaba que el arte

(...) puede contribuir, dentro de sus posibilidades, a hacer más llevaderas las condiciones de vida de muchas personas, proporcionarles medios para sentirse mejor consigo mismo, aislarse de ambientes poco agradables, adquirir autoconfianza, sentirse un poco más felices. El objetivo del arte no es curar, pero puede ayudar a humanizar los procesos de curación y los entornos en los que estos se desarrollan. (p.12)

Por su parte Eisner (2004) le reconocía su impacto en lo emocional, cuando decía que:

Las artes son medios para explorar nuestro paisaje interior. Cuando las artes nos conmueven de una manera genuina, descubrimos lo que somos capaces de experimentar. En este sentido, las artes nos ayudan a descubrir el contorno de nuestro ser emocional. Ofrecen recursos para experimentar el alcance y la variedad de nuestra receptividad y nuestra sensibilidad. (citado por Belver 2011, p.13)

Pero más allá de lo terapéutico, el arte comporta un sentido educativo; de hecho su enseñanza se articula a diversas áreas del conocimiento, con un impacto muy significativo en la educación cívica y el desarrollo de competencias ciudadanas, ya que facilita la tolerancia y el respeto hacia las personas desde el conocimiento de sus culturas y tradiciones artísticas, pues la sensibilización desde las formas y contenidos impregna las relaciones humanas pero también las relaciones con los contextos.

El arte juega un rol en el desarrollo de la integración y la cohesión social y en la construcción de la identidad etaria y cultural propia. Es una herramienta para acercarse a los problemas colectivos y para la búsqueda de soluciones. (Rodríguez. s. f., p.29), por las múltiples posibilidades que ofrece de nombrar la realidad, de re-crearla y transformarla.

Espitia (citado por Acuña Prieto, 2011, p.1-2) afirma que el arte en la educación puede desarrollarse desde tres ámbitos: educar para el arte, educar por el arte y educar desde el arte; el primero hace referencia a la formación específica de artistas, el segundo busca que la creación de obras artísticas que motiven la construcción de conocimiento, y el tercero permite que la obra genere reflexiones y análisis respecto a determinadas temáticas. Éste último ámbito es el que interesa a este proyecto, pues las actividades artísticas que se llevan al entorno hospitalario no

pretenden la formación de artistas sino precisamente la reflexión y análisis frente a la situación de hospitalización.

Marco Metodológico

Las Aulas Hospitalarias y en general la Pedagogía Hospitalaria forman parte del universo convocado por la Educación Social, que contempla la Animación Sociocultural como una de sus metodologías de intervención para conseguir los procesos de transformación de realidades de sujetos, grupos y comunidades con que se interviene.

Este ejercicio investigativo, reunió todos estos elementos en una Investigación Acción desde el enfoque Cualitativo que utilizó estrategias pedagógicas lúdicas y de expresión artística desde la Animación Sociocultural como método de intervención para mejorar la adaptación de los pacientes y sus acompañantes a los procesos de hospitalización, posibilitando la transformación del tiempo inactivo en tiempo activo, constructivo y educativo.

Investigación Cualitativa

Se adopta la investigación cualitativa por compartir con ella la intención fundamental de transformar realidades, desde la óptica de los sujetos que la viven y no exclusivamente desde la mirada de agentes externos a ella.

La investigación cualitativa explora el mundo de las relaciones sociales, describe la realidad tal como la experimentan los actores y explica las razones que dan a origen a comportamientos o situaciones humanas. Según Hernández, Fernández & Batista (2006), la investigación cualitativa es un proceso inductivo (de lo particular a lo general) que explora, describe y genera perspectivas teóricas respecto al desarrollo natural de los acontecimientos de la realidad intervenida, interpretando y dando significado a las acciones de las personas en su ambiente natural, de manera holística, es decir concibiéndolas como un todo parafraseado (pp. 260-281).

Según Lewin (1992)

Los métodos cualitativos no son concebidos únicamente como una búsqueda científica, en el sentido de acceder a las leyes y comportamientos generales de la sociedad, sino también como un proceso ávido de respuestas prácticas. Se pretende, a través de ellos, emprender un importante proceso de diagnóstico de situaciones específicas, y propuestas de marcos de acciones para el mejoramiento de las relaciones intergrupales que propicien el cambio social". (p. 6)

Y eso precisamente fue la intención de esta investigación que buscó generar estrategias de orden práctico para favorecer los procesos de adaptación de los pacientes y sus acompañantes al contexto hospitalario, comprendiendo sus necesidades y descubriendo posibilidades para hacer de frente a los momentos de adversidad y convertir un entorno estresante, en un ambiente acogedor.

Sandoval, (1996) [citado por Pulido Rodríguez, Ballén Ariza, & Zuñiga López, 2007] plantea que la investigación cualitativa tiene las siguientes características:

- Es holística. El investigador ve al escenario y a las personas en una perspectiva de totalidad; las personas, los escenarios o los grupos no son reducidos a variables, sino considerados como un todo integral, que obedece a una lógica propia de organización, funcionamiento y significación.
- Es interactiva y reflexiva. Los investigadores son sensibles a los efectos que ellos mismos causan sobre las personas que son objeto de estudio.
- Es naturalista y se centra en la lógica interna de la realidad que analiza. Los investigadores cualitativos tratan de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas.
- No impone visiones previas. El investigador cualitativo suspende o aparta temporalmente las propias creencias, perspectivas y predisposiciones.
- Es abierta. No excluye de la recolección y el análisis de datos puntos de vista distintos. Para el investigador cualitativo todas las perspectivas son valiosas. En consecuencia, todos los escenarios y personas son dignos de estudio.
- Es humanista. El investigador cualitativo busca acceder por distintos medios a lo personal y a la experiencia particular del modo en que la misma se percibe, se siente, se piensa y actúa por parte de quien la genera o la vive.
- Es rigurosa de un modo distinto al de la investigación cuantitativa. Los investigadores cualitativos buscan resolver problemas de validez y de confiabilidad por las vías de la exhaustividad (análisis detallado y profundo) y del consenso intersubjetivo. (p. 28)

Todas estas características se vieron reflejadas en el ejercicio investigativo, como puede evidenciarse en el proceso vivido pero también en los resultados presentados.

Investigación Acción:

La investigación acción nace con Lewin en 1944, cuando utiliza dicho término para referirse a aquellas investigaciones que articulaban el enfoque experimental de las ciencias sociales con los programas de acción social que respondían a problemas sociales. Desde entonces múltiples autores la han definido de diferentes formas, tal como lo afirma Alberich (2007), pero son las definiciones de Elliott (1993) y la del congreso Mundial de la IAP (1997), las que más convienen con el propósito de esta investigación.

Para Elliott 1993 la investigación acción es “un estudio de una situación social con el fin de mejorar la calidad de la acción dentro de la misma” (p. 88). Mientras que en el congreso Mundial de las IAP celebrado en Cartagena de Indias en (1997), se acuerda definirla como:

Un método de estudio y acción que busca obtener resultados fiables y útiles para mejorar situaciones colectivas, basando la investigación en la participación de los propios colectivos a investigar. Que así pasan de ser "objeto" de estudio a sujeto protagonista de la investigación, controlando e interactuando a lo largo del proceso investigador (diseño, fases, devolución, acciones, propuestas...) y necesitando una implicación y convivencia del investigador externo en la comunidad a estudiar. (p. 6)

La investigación acción se concentra en conocimientos precisos aplicados a situaciones y problemas específicos. Jacob 1985, (citado por Oliveira de Vasconcelos, V. & Waldenez de Oliveira, M. 2010, p.11) la caracteriza de la siguiente manera:

- Es una experiencia concreta (no una simple simulación) que se inscribe en un mundo real y no solamente en el pensamiento;
- La selección de una problemática y la definición de sus objetivos no se hace a partir de la teoría o de hipótesis a negar o confirmar, si no en función de una situación global concreta;
- Los investigadores no trabajan con grupos artificiales compuestos de individuos aislados socialmente, si no con grupos reales dentro de su contexto habitual;
- Persigue un cambio efectivo en los grupos, instituciones o, incluso, medios concernientes;
- Los objetivos pueden ser definidos por los iniciadores del proyecto y por el conjunto de los participantes o por una parte de ellos y de grupos comprometidos en el proceso de investigación;
- Tiene un interés en sí misma como apoyo a un proceso global de transformación;
- Los investigadores están comprometidos en el proceso; no son solamente observadores de la realidad, o sea, ellos participan y actúan;
- Es, de preferencia, multidisciplinar;
- El proceso se realiza en pequeña escala;
- Lleva a generalizaciones con el fin de guiar acciones posteriores o poner en evidencia principios y leyes;
- Aclara recíprocamente la teoría y la práctica;
- Con frecuencia es difícil concretarla por las siguientes razones:
- Gran número de personas implicadas;
- Intereses divergentes;
- Atemoriza por que exige crítica y auto-crítica;

- Las hipótesis son inducidas por la observación de hechos (no de un cuadro teórico existente);
- Los resultados deben apoyar estrategias a desarrollar.

Aquí entonces la investigación, la acción y la educación caminan al unísono en pos de una transformación social, desde el reconocimiento de los implicados en ella como actores protagónicos del proceso, pero también de sus realidades como contexto válido para la acción y la transformación a partir de la reflexión permanente.

Siguiendo con Oliveira de Vasconcelos, V. & Waldenez de Oliveira, M. (2010)

La investigación-acción en que creemos tiene como horizonte la construcción de metodologías que permitan un diálogo constante entre teoría y práctica, entre la reflexión y la acción, entre el saber académico y el saber popular, persiguiendo la superación de problemas apuntados por personas de la comunidad, que representan los propios sujetos de su formación. (p. 12).

Es por eso, que se ha encontrado en la animación sociocultural una excelente propuesta metodológica para conseguir el objetivo de esta investigación.

Animación sociocultural

La Animación Sociocultural es una metodología de intervención en y sobre una realidad para transformarla y mejorarla. Su objeto de intervención está determinado por la existencia de un problema social, entendido no solo como situaciones comunitarias de necesidad (carencia) sino también de posibilidad, interés o deseo de cambio o fortalecimiento de algún aspecto de la vida

de una comunidad concreta, que amerita respuestas estructuradas y organizadas a partir de una cuidadosa reflexión y análisis científico y racional, tanto la problemática como de los recursos necesarios y disponibles para intervenir sobre el grupo o comunidad, con el objetivo de convertir a sus actores en sujetos activos de su propia transformación y la de su entorno en aras del mejoramiento de la calidad de vida.

Busca que cada sujeto sea protagonista de su propia historia para que pueda aceptarla y a su vez transformarla, pues reconoce que si un ser humano progresa, mejora gradualmente su calidad de vida y la de su entorno, porque actúa sobre sí mismo y sobre quienes le rodean.

Froufe & Sanchez la definen como “un proceso racional y sistemático que pretende conseguir, por medio de la claridad de objetivos/metapas, una organización/planificación de los grupos/personas, mediante la participación activa para realizar proyectos eficaces y optimizantes desde la cultura para la transformación de la realidad social” (Froufe & Sanchez, 1990, pp. 36-38).

Caride (2005), devela que, la expresión Animación Sociocultural viene de sus raíces etimológicas anima (dar aliento, dar vida) y animus (vitalidad, dinamismo) se orienta a promover la iniciativa, la organización, la participación autónoma de las personas en el desarrollo cultural y social se fundamenta en la formación integral de las personas. (p. 80).

Así, pues, se trata de una propuesta metodológica participativa, sistemática, intencional y planificada que busca favorecer el desarrollo social de los individuos y sus entornos,

empoderándolos de su realidad y de las posibilidades de transformación que juntos pueden construir. Se enmarca dentro de la Educación Social, definida por Rieria (1998:45) como

(...) aquella acción sistemática y fundamentada, de soporte, mediación y transferencia que favorece específicamente el desarrollo de la sociabilidad del sujeto a lo largo de toda su vida, circunstancias y contextos, promoviendo su autonomía, integración y participación crítica, constructiva y transformadora en el marco sociocultural que le envuelve, contando en primer lugar con los propios recursos personales –tanto del educador como del sujeto– y, en segundo lugar, movilizando todos los recursos socioculturales necesarios del entorno o creando, al fin, nuevas alternativas. (Citado por Herrera Menchén, 1993, p. 81)

Así, la Animación Sociocultural es una práctica de la Educación Social, que partiendo del conocimiento de la realidad y desde una metodología eminentemente participativa, busca que los sujetos sean actores protagónicos de la transformación de su entorno. Ella se fundamenta en varios aspectos, los cuales propone Herrera Menchén (1993)

- Respeto por la cultura de referencia. Comienza por conocer y apreciar la propia cultura y realidad donde se desenvuelven.
- Trabaja desde los intereses, demandas y necesidades de la comunidad por medio de la reflexión conjunta: análisis de la realidad o autodiagnóstico.
- Trabajo grupal como base para la organización, cuyo instrumento principal son los equipos cooperativos.
- Comunicación horizontal entre promotores, los y las personas destinatarias, responsables, animador/a y su grupo.
- Revisión continúa de las acciones y flexibilidad para el cambio: evaluación continua. (pp. 82-83)

En este ejercicio investigativo se privilegia la lúdica y el arte como herramientas pedagógicas de la Animación Sociocultural, gracias a las posibilidades que ellas ofrecen en orden a la comunicación entre las personas, al afianzamiento de relaciones y la reconciliación con posturas y situaciones antagónicas.

Población objeto de estudio

Este proyecto de investigación se lleva a cabo el Hospital Manuel Uribe Ángel (HMUA) del Municipio de Envigado (Diagonal 31 # 36a-80 – Barrio la Pradera), a pocos kilómetros de Medellín.

El Hospital Manuel Uribe Ángel, es una empresa social del estado (ESE) prestadora de servicios de salud, que abre sus puertas tanto a la comunidad envigadeña como a afiliados y beneficiarios pertenecientes al sistema contributivo y subsidiado de diferentes lugares del departamento de Antioquia. Cuenta con una amplia gama de programas de atención a nivel interno (UCI, UCE, URGENCIAS HOSPITALIZACION, CIRUGIA) y externo (consultas externas) que buscan ayudar a sus pacientes en el alcance del bienestar físico y mental. Trabaja con una unidad de contacto psicosocial a la población, que vela por promover y aplicar estrategias sociales que le posibilitan a los usuarios acceder a una información oportuna, además de establecer un acercamiento continuo con los pacientes y sus familias, brindarles una orientación e información clara con base en sus inquietudes y direccionarlos acerca de los trámites y pasos a seguir.

Tal y como lo presentan en su página virtual, desde 1999, el hospital Manuel Uribe Ángel encaminado a mejorar sus servicios, desarrolla el programa de Humanización del servicio (HS) en donde se considera al usuario como “un ser biopsico-social que debe ser tratado con calidez, empatía y amabilidad respetando sus derechos”. Acción con la que se pretende reducir en los pacientes internos como externos, el estrés hospitalario que se genera debido a el

pronóstico de su enfermedad, la separación de su entorno familiar, laboral y social dado por sus condiciones físicas, que lo llevan a “rodearse de personas desconocidas a quienes de alguna forma debe entregarles parte de su intimidad, al someterse a asuntos médicos complejos que no entienden y a dificultades financieras de su familia o desplazamientos geográficos que se suman a barreras culturales que aumentan su angustia”.

Con base a lo anterior, el (HMUA) permite implementar dos proyectos de pedagogía hospitalaria, los cuales trabajaron de forma consecutiva y en conjunto con el programa de humanización de servicios, la combinación de ambos programas, la visión de la administración hospitalaria y la expansión del campo de acción de la pedagogía son la razón, por la cual desde 2012 se establece y se firma un convenio de investigación pedagógica entre la Universidad de Antioquia y la ESE hospital Manuel Uribe Ángel, para desarrollar por medio de Educadores Especiales una Unidad de Atención Integral dirigida a pacientes y sus acompañantes; programas previstos en la ley de infancia y adolescencia (2006), Ley General de la Educación Colombiana (ley 115 de 1994), y en el decreto 2086 de 1996, del mismo país. La ESE hospital Manuel Uribe Ángel dentro de su política de responsabilidad social incluyó en su atención integral en salud a éste proceso de acompañamiento pedagógico y además se comprometió en apoyar y darle continuidad a dicho proceso de inclusión social del que se desprende apoyos multidisciplinarios que permitan la ejecución del mismo.

Este proyecto de Investigación pedagógica toma como grupo poblacional directo a niños, jóvenes, adultos y adultos mayores, atendidos en diferentes espacios del hospital como: torre 1 (piso 6, 7 y 8 que ofrece hospitalización a pacientes con diferentes diagnósticos), torre 2 (oncología, que cuenta con una unidad oncológica especializada en el manejo personalizado de

patología hematológicas y oncológicas) y torre 3 (obstetricia ubicada en el primer piso, quirúrgica ubicada en el segundo piso, y pediatría ubicada en el tercer piso, presta atención a menores entre los 0 y 14 años).

Fueron objeto de intervención 175 personas entre hombres y mujeres en los diferentes ciclos de vida (niños, jóvenes y adultos). Dentro de esta población se encuentran dos tipos de roles: pacientes (100) y acompañantes (75), quienes por sus características fueron remitidos hacer partícipes de las actividades del presente proyecto por parte de la Psicóloga y los Jefes de Enfermería.

Proceso de investigación

En la investigación se refleja tendencias, intereses, ideales personales y profesionales que dan paso a la motivación básica de este equipo investigador, la cual se basó en el deseo por trabajar con población vulnerable en un contexto diferente al educativo, ya que si bien el educador especial en su generalidad siempre ha trabajado en instituciones educativas, era importante trascender como profesionales en otros ámbitos como el hospitalario, enfocándose no solo a lo académico, sino en otros aspectos del desarrollo humano. Conscientes de que la hospitalización genera rupturas no solo en el ámbito de la salud, sino también sociales y emocionales que dificultan la estadía del paciente en el hospital y su colaboración con los procedimientos médicos, se da origen a la pregunta respecto a los procesos de adaptación de la población hospitalizada, pensando en que si ella se mejora, la estadía en el hospital será menos traumática y la colaboración con los procedimientos médicos mejorará.

Análisis documental:

Se realizó durante todo el proceso de investigación para poder identificar el estado del tema de investigación; en la primera fase (diseño de investigación) se hizo un sondeo bibliográfico a nivel local, nacional e internacional respecto a los elementos teóricos y legislativos, pero también una revisión de experiencias e investigaciones similares; en las dos fases posteriores (ejecución y sistematización), se profundizó con el fin de enriquecer cada uno de los apartados de la investigación, lo que posibilitó la clarificación de conceptos pertinentes para el desarrollo de la misma.

Este rastreo se hizo utilizando la ficha de contenido propuesta por Galeano (ver anexo 1) A partir de este rastreo se diseñó y formuló el proyecto de investigación que fue presentado al Hospital Manuel Uribe Ángel para su aprobación y posterior ejecución.

Diseño y ejecución del proceso de intervención

La ejecución del proyecto se inicia con la definición del formato de planeación de las actividades a realizar en la ejecución del campo (ver anexo 2). En dicho formato se diligencia cada una de las sesiones de intervención que se llevarían a cabo en el hospital con pacientes y acompañantes, donde además se involucró parte del personal sanitario y administrativo. A pesar de que fueron muchas las sesiones planeadas, finalmente solo alcanzó el tiempo para ejecutar las siguientes:

- “Entérate de nuestro proyecto”: en esta actividad se hizo la presentación del proyecto.
- “Creando con las manos mientras re-creamos una historia”: se realizó un tarro multiusos a la vez que los participantes reconstruyeron la historia de su llegada y permanencia en el hospital.
- “Compartamos nuestros sueño”: se construyó un atrapa sueños que facilitaba traer al presente los sueños que se diluían con la enfermedad, así como facilitar una retrospectiva que permitiera la revalorización de vivencias anteriores.
- “Tejiendo relaciones”: bordar una imagen y relacionarla con las historias y vivencia de vida con los presentes y los ausentes.
- “Para guardar momentos de vida”: un portarretratos que permitía tener cerca al que estaba lejos o simplemente ausente, pero que era importante en la vida de cada participante.
- “Serenata en el castillo mágico”: música para evocar bellos recuerdos y expresar sentimientos.
- “Disfrutando el día de los brujitos”: disfraces para engalanar las fantasías y hacerlas realidad al menos por un momento.
- “En busca del payaso interno”: trabajo con el personal sanitario para humanizar la relación que establecen con los pacientes y acompañantes, bajo el lema: “*sonríe*”.
- “El hospital se viste de fiesta”: decoraciones propias de las festividades de cada época para que las realidades de afuera tengan lugar allí (hospital), a la vez que se sensibiliza al

personal sanitario de la importancia de mantener en contacto a los pacientes con la cotidianidad.

- “Modelando el portal de Belén”: navidad tiempo de amar, tiempo de dar; este es el regalo que el equipo de investigación ofrece a pacientes y acompañantes.
- “Canciones para el recuerdo”: es la hora de despedirse, sentimientos, pensamientos, emociones... quedan escritos en la piel de cada uno.

El desarrollo de cada una de las planeaciones, puede verse en el anexo 3. En total se realizaron 38 intervenciones, aclarando que no fue necesario implementar nuevas actividades, por la movilidad de pacientes y acompañantes.

Con el ánimo de respetar los principios éticos planteados en el diseño del proyecto, se realizó un formato de consentimiento informado (anexo 4), en el que paciente y acompañante dan cuenta de que conocen el objetivo de la investigación, las actividades a realizar con ellos, las implicaciones y autorizan el registro de evidencias audiovisuales. Dicho formato se diligencia al iniciar cada intervención.

Al finalizar la intervención se aplica con ellos la escala de actitudes tipo Likert, de la cual se da cuenta en el apartado de recolección de información.

Recolección de la información

Encuesta de actitudes tipo Likert

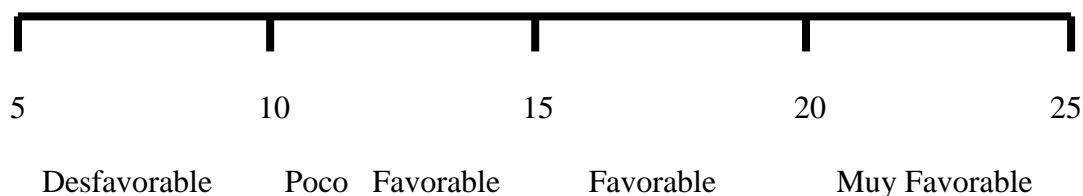
La encuesta es una estrategia y una herramienta que busca la obtención de información que proporciona la población objeto de estudio, sobre opiniones, actitudes, o sugerencias; se realiza a través de cuestionarios o formularios.

Esta investigación utilizó la encuesta Likert, desarrollada a principios de los años 30 por Rensis Likert; consiste en un conjunto de proposiciones presentadas a modo de afirmaciones o juicios orientados a medir la favorabilidad de algún aspecto o problemática específica, en 5 rangos de valoración. Cabe anotar que las afirmaciones pueden tener dos direcciones, una positiva o favorable y otra negativa o desfavorable, pero para el caso de esta investigación, solo se tomaron proposiciones afirmativas valoradas de 1 a 5, donde 1 es nunca, 2 es muy pocas veces, 3 es algunas veces, 4 es casi siempre y 5 es siempre.

La encuesta se aplicó al final de la intervención tanto a pacientes como acompañantes que se encontraban en la misma habitación (ver anexo 5)

Cada una de las encuestas se calificó de forma individual. El producto del número de preguntas por el valor más alto (5) daba cuenta del rango más alto de actitud favorable, mientras

que el producto de las preguntas por el valor mínimo (1) dio cuenta del rango de actitud desfavorable, así:



Observación participante

La observación participante permite que el investigador interactúe con el objeto investigado dentro de su contexto y esta es la razón por la que resulta ser la herramienta más útil en la investigación acción, dado que gracias a ella se puede obtener la información que poseen los sujetos sobre su propia realidad, es decir, conocer la vida cotidiana de una persona o un colectivo desde su interior, desde sus propias percepciones y valoraciones, poniéndose en su lugar.

Ruiz Olabuénaga & Ispizua (1989:79-80) [como cita Valles (s.f.)]:

La observación es una de las actividades comunes de la vida diaria (...) Esta observación común y generalizada puede transformarse en una poderosa herramienta de investigación social y en técnica científica de recogida de información si se efectúa:

- Orientándola y enfocándola a un objetivo concreto de investigación, formulado de antemano.
- Planificándola sistemáticamente en fases, aspectos, lugares y personas.
- Controlándola y relacionándola con proposiciones y teorías sociales...

- Sometiéndola a controles de veracidad, de objetividad, de fiabilidad y de precisión. (pp. 142-143).

Denzin (1970:185-186) [como cita Valles (s.f.)], expresa que la “observación participante será definida como una estrategia de campo que combina simultáneamente el análisis de documentos, la entrevista a sujetos e informantes, la participación y observación directa, y la introspección”. (pp. 146-147).

Hernández, Fernández & Batista (2006), argumentan que la observación cualitativa: no es mera contemplación “sentarse a ver el mundo y tomar notas”; nada de eso, implica adentrarnos en profundidad a situaciones sociales y mantener un papel activo, así como una reflexión permanente. Estar atento a los detalles, sucesos, eventos e interacciones. (p. 587)

El producto de la observación participante, se registró en los siguientes instrumentos:

- *Diario de campo*

El diario de campo desde la investigación cualitativa da cuenta de la información que se obtiene en el proceso de observación que se realiza; permite realizar una conexión lógica y reflexiva entre la práctica vivida y la teoría definida.

Es descriptivo en tanto realiza anotaciones cotidianas a través de una escritura detallada y precisa, pero también es interpretativo ya que los investigadores aportan sus percepciones e intuiciones respecto de las situaciones.

Podría decirse que lo que hace el investigador con esta herramienta es narrar lo que ha observado, luego relatar sus impresiones y por último describir sus reflexiones acerca de las situaciones. Su redacción debe hacerse luego de cada sesión, para mayor precisión y claridad. “(...) de este modo el diario de campo es así mismo una fuente de extracción de datos, los cuales pueden clasificarse después” (Alvarado, 1990, p.35) y ser contrastados con la teoría, otorgándole validez conceptual objetiva.

Salinas (2000), lo define como un instrumento de registro de las actividades diarias, de cada una de las acciones realizadas que nos ayuda a la construcción del proceso investigativo y nos permite visualizar los cambios a lo largo del tiempo, así como detectar posibles errores metodológicos en la intervención.

La escritura del diario de campo es una manera de confrontar la experiencia y el conocimiento, en un proceso de investigación, garantizando la reflexión y el análisis propio del quehacer docente, igualmente evidencia el proceso de formación que conlleva a una autoevaluación, co-evaluación y hetero-evaluación, ya que, este es un instrumento que refleja procesos significativos de la dinámica en la que está inmerso el sujeto, para mejorar prácticas pedagógicas y poder generar un cambio en determinados contextos. (p. 6).

El equipo investigador diseñó una matriz para registrar sus diarios de campo, que fue evolucionando según las necesidades (Ver anexo 6)

Registros Audiovisuales

El equipo investigador realizó en cada encuentro un registro visual que permitió captar actitudes, comportamientos y gestos difíciles de atrapar a través de la observación y el diario de campo. Este registro se realizó en consenso con los participantes, empleando como instrumento la cámara fotográfica.

Análisis de resultados

Intrapersonal

Mirado desde Gardner y Goleman (citados por Correa, Lupiães, & Tudea, 2006), el funcionamiento intrapersonal es la organización interna, privada y no observable directamente, que cada persona construye en forma única durante el transcurso de su vida desde el mismo momento del nacimiento; se relaciona con la inteligencia intrapersonal, entendida como el conocimiento de sí mismo, que permite regular el humor, construir, organizar, reflexionar y dirigir la propia vida, evitando que las alteraciones disminuyan la capacidad de pensar y tomar decisiones.

Se manifiesta de diferente forma en cada sujeto, en tanto está influida por la cultura y el contexto (lo que puede ser bien visto por algunos podría no serlo para otros), e involucra el reconocimiento, la aceptación, el manejo y potenciación de las emociones, con aportes significativos en términos de adaptación para el desempeño social de los sujetos.

Para efectos del proyecto de grado, el funcionamiento intrapersonal fue tomado como la capacidad de la persona para reconocer sus propios sentimientos y expresarlos a través de sus emociones (ira, dolor, angustia, miedo, alegría, etc.) por medio de gestos, palabras o acciones; para motivarse y modificar estados de ánimo; para regular y controlar impulsos en favor de la adaptación al contexto hospitalario.

Se identifica a través de cambios en la percepción del tiempo, modificación en el estado de ánimo y la tolerancia a los procedimientos y tratamientos médicos, durante los lapsos de tiempo en los que se realizan las actividades e incluso luego de ellas.

Percepción del Tiempo

“Algunos momentos parecen ser eternos, mientras en otras ocasiones sentimos que el tiempo vuela, a pesar nuestro. Sin embargo, los instrumentos que utilizamos para medir el tiempo usan las mismas unidades: las horas, los minutos, los segundos, al mismo ritmo.

Los días son quizá iguales para un reloj, pero no para un hombre”.

Marcel Proust

Según Correa y otros (2006), el tiempo es un concepto complejo de precisar por las múltiples acepciones que se le atribuyen y las cuales dependen del lugar desde donde se le mire.

Desde la filosofía, podemos recordar a Aristóteles que lo consideraba como algo absoluto, es decir que no tiene variación y en este sentido podía ser un marco de referencia fijo e

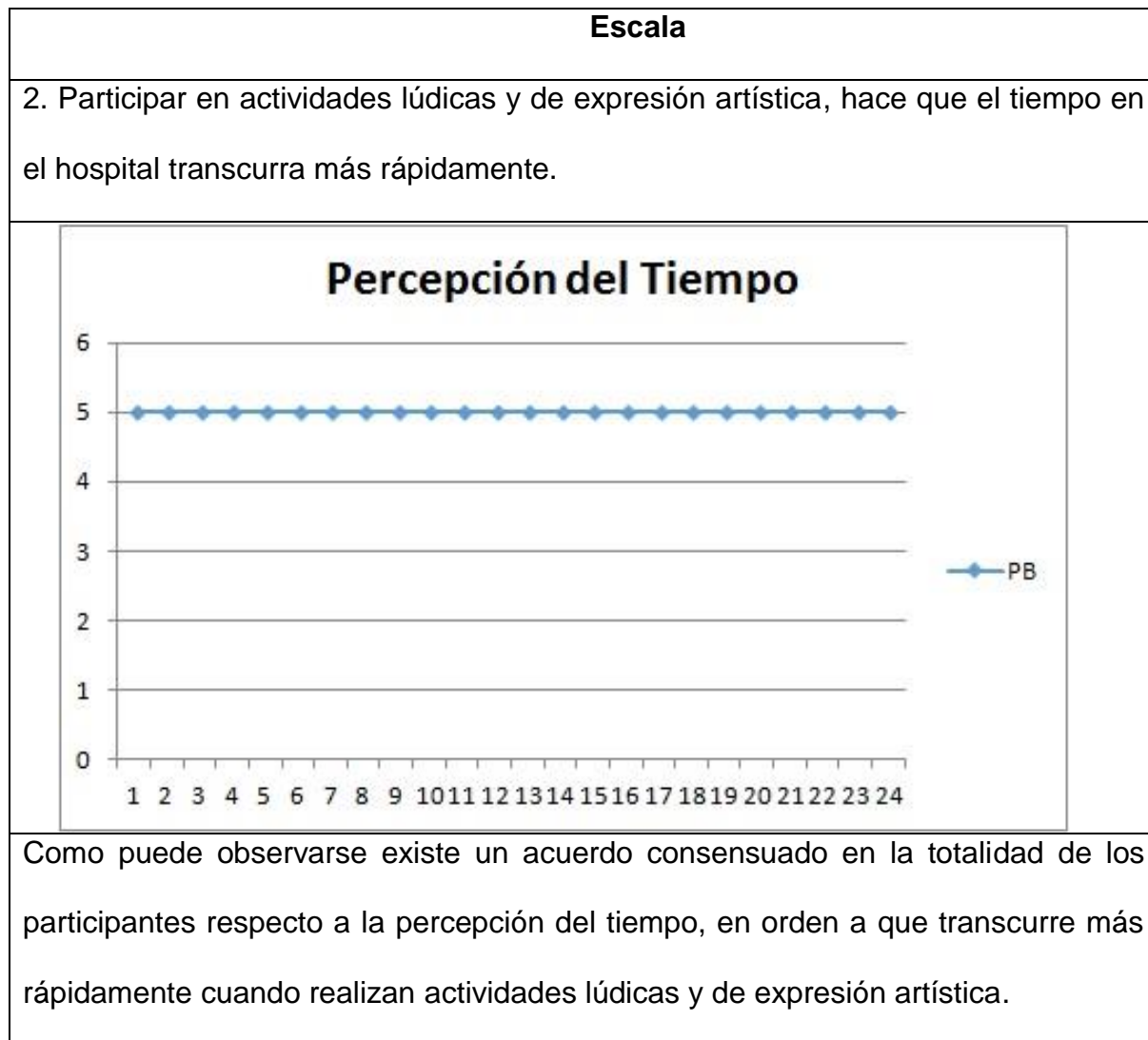
inmutable; y a Kant que rompe con el absolutismo del tiempo al atribuirlo a una condición subjetiva que depende de los estados internos de cada ser humano.

El tiempo del que nos ocupamos aquí es el tiempo subjetivo o psicológico, referido a la experiencia consciente de los procesos que permiten al ser humano adaptarse a las relaciones secuenciales de su ambiente (Michon, 1990, citado por Correa y otros), convencidas de que su percepción depende de multiplicidad de factores como la edad, el estado mental, la salud, la motivación, la actividad que se realice, entre otros.

Según Oyanadel y Buela (2011), la estimación del tiempo influye en la calidad de vida relacionada con la salud física y mental. Su investigación demuestra que una actitud favorable o positiva de las experiencias vividas aportan significativamente no solo a la capacidad física sino también al incremento de la tolerancia a los problemas físicos y quebrantos de salud (física y mental). Si bien es cierto que la percepción del tiempo se alarga cuando la salud disminuye, también lo es que cuando logra aumentarse la sobreestimación de los intervalos (sentir que el tiempo es corto), no solo aumentan positivamente los indicadores de salud sino también que se incrementan las actitudes positivas hacia el presente y el futuro, demostrando que la subestimación del tiempo (percepción de que el tiempo es largo) es lo menos favorable para los procesos de recuperación de la salud.

Y precisamente esos resultados fueron ratificados por nuestro ejercicio de investigación en el Hospital Manuel Uribe Ángel.

El impacto de las actividades realizadas con los pacientes y sus acompañantes en la percepción del tiempo y su contribución a los procesos de adaptación a la hospitalización, fue rastreado a partir de la afirmación 2 de la escala de actitudes tipo Likert y enriquecida con las notas de campo producto de los diferentes registros realizados.



Notas de campo

El cambio en la percepción del tiempo fue evidente en todos los actores que participaron del proceso:

- **Pacientes y acompañantes:** La discrepancia entre la percepción del tiempo transcurrido cronométricamente y el tiempo percibido (subjetivo), fue una constante; la percepción de alargamiento estaba ligada a sensaciones de malestar que bien podían ir desde el simple aburrimiento a un sufrimiento intenso, mientras que la percepción de acortamiento estaba asociada a sensaciones de bienestar generadas por diversas situaciones, que iban desde la participación en diferentes actividades (propias o no de los procedimientos hospitalarios) hasta momentos que suponían intensa felicidad (como la visita de un ser querido).

Las actividades realizadas en este ejercicio investigativo, contribuyeron significativamente a que los pacientes y acompañantes tuvieran una percepción de acortamiento del tiempo transcurrido, en tanto dieron sentido y significado a los largos períodos de tiempo vacío que pasaban en el hospital, incluso a veces cuando estaban en compañía de alguien, pues usualmente no sabían que acciones podían realizar para que su tiempo allí fuera efectivo y productivo.

Recurrentemente manifestaron que las actividades realizadas les permitían sentirse más a gusto dentro del hospital y tolerar mejor el tratamiento, no solo porque el esparcimiento que procuraban disminuía las tensiones, sino también porque podían sentirse importantes y acogidos. Afirmaban que dichas actividades hacían incluso que por momentos olvidaran su enfermedad y el lugar que estaban habitando en razón de ella. *“Estas actividades son muy buenas porque nos distraen, el tiempo se va muy rápido y no se siente”*,

“me gusta hacer esto, es algo diferente porque uno todo el día es acostado, solo viendo televisión y no tengo nada que hacer”.

- **Personal Sanitario:** la discrepancia en la percepción del tiempo también fue evidenciado por el personal de la salud. De manera reiterada aplaudieron las actividades realizadas, resaltando no solo la productividad que representaban en términos del uso adecuado del tiempo, sino también del bienestar que generaban en pacientes y acompañantes. Pero el efecto conseguido incluso los alcanzó a ellos mismos cuando lograron involucrarse de manera directa; notaron como en ellos aparecía la sensación de acortamiento placentero del tiempo, aclarando que el tiempo subjetivo siempre aparece corto para el personal de la salud como efecto de la cantidad y la exigencia de tareas simultáneas, pero dicha percepción no siempre resulta satisfactoria. *“yo quiero que a mí me relajen y me entretengan así” “que tan bueno que estén entretenidas en algo”.*
- **Equipo Investigador:** la discrepancia entre el tiempo cronométrico y el tiempo subjetivo se revela no solo en la población objeto como ha sido descrito, sino también en el mismo equipo investigador que experimentó durante la intervención, un acortamiento significativo del tiempo, especialmente el transcurrido en las habitaciones del hospital, al punto de perder la noción y sobrepasar los límites temporales dados para la acción, pues *“entre acciones y pláticas se perdió la noción del tiempo; el tiempo pasó volando a pesar del cansancio físico, y fue muy curioso saber que era hora de terminar cuando sentíamos que aún faltaba mucho tiempo de intervención”.*

Registro Fotográfico

Con el consentimiento de los participantes, se exponen algunas evidencias fotográficas del proceso realizado:



Así entonces, queda claro que las actividades lúdicas y de expresión artística contribuyen a los procesos de adaptación de los pacientes en tanto favorecen su confort desde la percepción de acortamiento del tiempo.

La enfermedad hace suponer un estado de riesgo que genera sufrimiento; William James 1890, (citado por Bayés 2002) decía que “un día lleno de espera, de deseo insatisfecho de cambio, será percibido como una pequeña eternidad” y que “una noche de dolor parecerá terriblemente larga; miramos hacia el futuro, hacia un momento que nunca llega; el momento en que ha de cesar”. Y precisamente estas actividades hicieron que ese sufrimiento cesara por un momento; mientras realizaban las actividades propuestas, tanto pacientes como acompañantes se sumergieron en un tiempo estático, perdieron la conciencia del paso del tiempo, incluso del estado de enfermedad, y lograron serenarse.

La percepción de que el tiempo transcurre más rápidamente ocurre como efecto de la presencia de situaciones agradables, estado de ánimo sereno y relajado, o fin de la espera.

Estado de Ánimo

*Unas veces me siento
como pobre colina
y otras como montaña
de cumbres repetidas.*



*Unas veces me siento
como un acantilado
y en otras como un cielo
azul pero lejano.*

*A veces uno es
manantial entre rocas
y otras veces un árbol
con las últimas hojas.
Pero hoy me siento apenas
como laguna insomne
con un embarcadero
ya sin embarcaciones
una laguna verde
inmóvil y paciente
conforme con sus algas
sus musgos y sus peces,
sereno en mi confianza
confiando en que una tarde
te acerques y te mires,
te mires al mirarme.*

Mario Benedetti

El estado de ánimo es el humor o tono sentimental (en clínica llamado *timia*) que acompaña a un pensamiento o experiencia, y expresa matices afectivos (agradables o desagradables) con duración prolongada (horas incluso días).

Según Gallardo Vergara (2006), se diferencia de las emociones en que se trata de una respuesta de mayor duración, es más global y no está detonado por un objeto o causa clara y específica; afirma además que no tienen carácter intencional. Cita como ejemplo de emoción la rabia que siempre se refiere a un evento o sujeto específico, y como ejemplo de estado de ánimo, el abatimiento que por lo general no se remite a un aspecto concreto sino más bien a un conjunto de eventos que generan esa tonalidad afectiva. Resalta que emociones y estados anímicos tienen una relación directa, en tanto emociones muy intensas y repetitivas pueden generar estados de ánimo y estos a su vez pueden generar respuestas emocionales correspondientes.

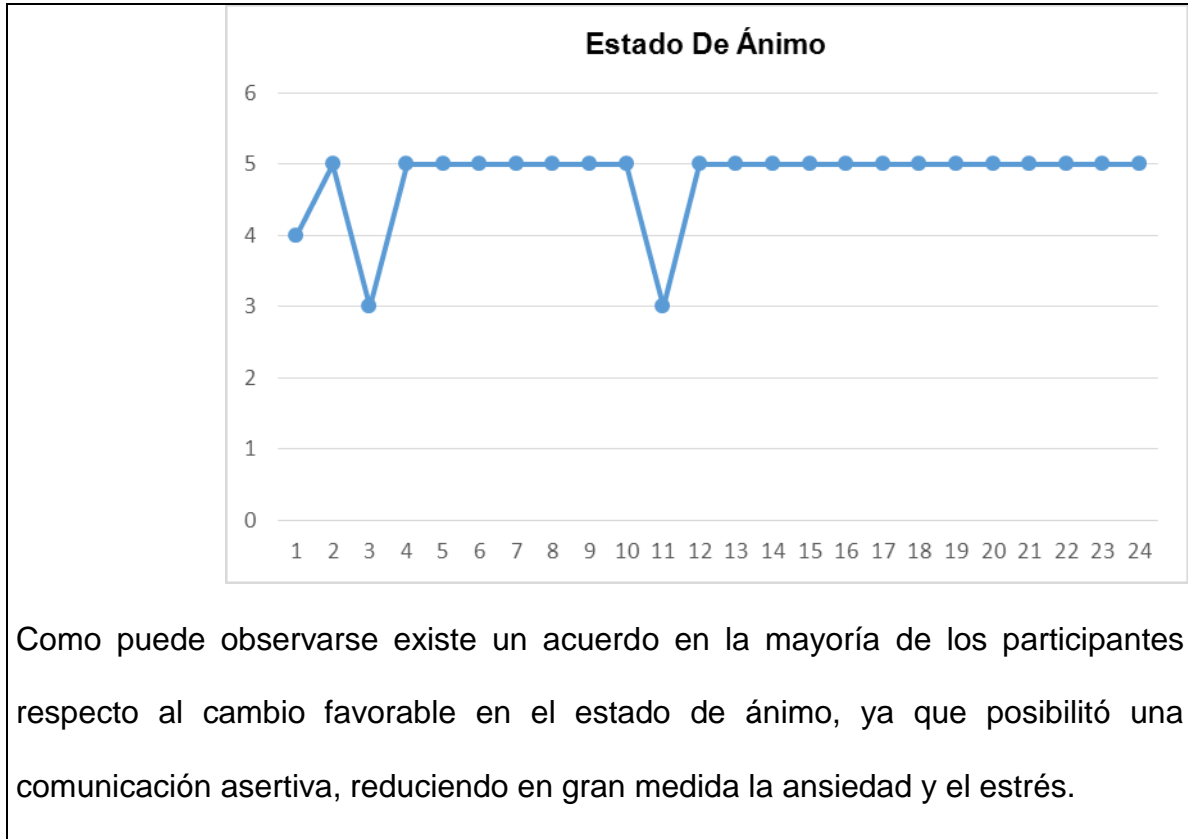
Según Robert Thayer (citado por André, 2010), el estado de ánimo expresa una relación entre dos variables: energía y tensión, que fluctúan entre un estado energético (de más cansado a más activo) y un estado referido al grado de nerviosismo (entre más calmado o más tenso); dichas fluctuaciones son moduladas por estados de satisfacción o insatisfacción, en razón de:

- **Estímulos Subjetivos:** provienen del interior de cada sujeto y condicionan su disposición anímica.
- **Estímulos Ambientales:** referidos a estímulos que están por fuera de los sujetos y que provocan una reacción en sus sentimientos.

Muy probablemente si los estímulos son agradables, direccionan el estado anímico hacia la alegría, pero si son desagradables seguramente lo proyectarán hacia la angustia o tristeza. El primero hará que los sujetos estén más activos, mejor dispuestos y sean más tolerantes a las circunstancias negativas, en tanto tienden a minimizarlas. Por su parte, el bajo estado anímico, hará que la persona tienda a la pasividad, la evitación y la negación, e incluso al pesimismo y la desesperanza, en tanto perciben la adversidad con mayor intensidad y tienden a centrar la atención en los aspectos negativos.

Este ejercicio investigativo, buscaba generar experiencias positivas que direccionaran el estado anímico hacia estados más serenos y placenteros. El impacto de las actividades realizadas con los pacientes y sus acompañantes en el estado de ánimo y su contribución a los procesos de adaptación a la hospitalización, fue rastreado a partir de la afirmación 1 de la escala de actitudes tipo Likert y enriquecida con las notas de campo producto de los diferentes registros realizados.

Escala
1. Expresar mis emociones, sentimientos y sensaciones a través de diferentes actividades, reduce la ansiedad y el estrés que produce el hospital.



Notas de campo

Durante el transcurso de la intervención en el hospital, se pudo observar que el estado de ánimo de pacientes, acompañantes y personal sanitario, tuvo un cambio positivo que se evidencio de la siguiente manera:

Pacientes y acompañantes: la estadía en el hospital supone un enfrentamiento con el riesgo de pérdida de la vida de un ser humano, lo que genera en pacientes y acompañantes emociones vinculadas con la tristeza, las cuales al ser repetitivas direccionan el estado anímico hacia la ansiedad y tensión. De hecho antes de iniciar la intervención, tanto pacientes como acompañante se notaban tristes, aburridos, decaídos e incluso desesperanzados por la condición de enfermedad; durante la intervención resultó evidente que los pacientes y acompañantes

disfrutaron de la actividad realizada, pues se les vio sonrientes e incluso relajados; luego de ella se les observó alegres y serenos en sus respuestas, agradeciendo y bendiciendo la labor realizada, con expresiones como: *“en este ratito se le olvida a uno los problemas, ya que nos concentramos mucho”*; *“me genero alegría, ganas de vivir, paz, alivio, deseos de realizar muchas cosas... Gracias por excelente trabajo”*.

- **Personal Sanitario:** El ejercicio investigativo no alcanzó a visualizar si las acciones generaron cambios en el estado anímico del personal sanitario, en tanto no podía verse si las respuestas y reacciones permanecían o no luego de la intervención como efecto de sus rotaciones; pero si alcanzó a evidenciar reacciones favorables y significativas, al mostrarse altamente satisfechos con el proceso realizado, generando incluso actitudes de cooperación con la labor adelantada por el equipo investigador e implicándose no solo en la decoración de los pisos de acuerdo a la época del año, sino también en el aprendizaje de algunas de las actividades con la intención de poder reproducirlas posteriormente. Casi siempre se mostró interesado, al llegar a la intervención solían preguntar *“¿que van hacer?, me muestran como se hace”*, y disfrutaban ingresando a las habitaciones en medio de las intervenciones para observar el trabajo realizado e incluso participar en él. Manifestaban su admiración frente a la decoración (Amor y Amistad, Halloween y Navidad), con expresiones como *“gracias”, “que lindo”, “¿esto es para nosotros?”*, denotando que se sentían parte del proceso.

- **Equipo investigador:** el estado de ánimo fue evolucionando satisfactoriamente a lo largo del proyecto, ya que, al principio nos sentíamos nerviosas, inseguras, y a la expectativa de lo que sucedería en cada habitación, pero a medida que avanzaban las intervenciones, estos sentimientos se fueron modificando en seguridad, tranquilidad, alegría, motivación y confianza, llevándonos a concluir que el amor es la base que fundamental de la labor pedagógica realizada en el hospital.

Registro Fotográfico





De acuerdo a lo anterior, se puede concluir que las actividades lúdicas y de expresión artística contribuyeron a mejorar la adaptación de los pacientes al contexto hospitalario e incluso de los acompañantes, dado que inscriben cambios en su estado de ánimo, pasando de estados estresantes y ansiosos a estados de mayor serenidad, tranquilidad y hasta alegría, que les permitió una mejor disposición a la situación y los procedimientos que se implican en el entorno hospitalario.

Tolerancia

"Si existe alguna posibilidad de alcanzar algo parecido a la felicidad, consiste en aprender a tolerar la frustración"

(Lucía Etxebarría)

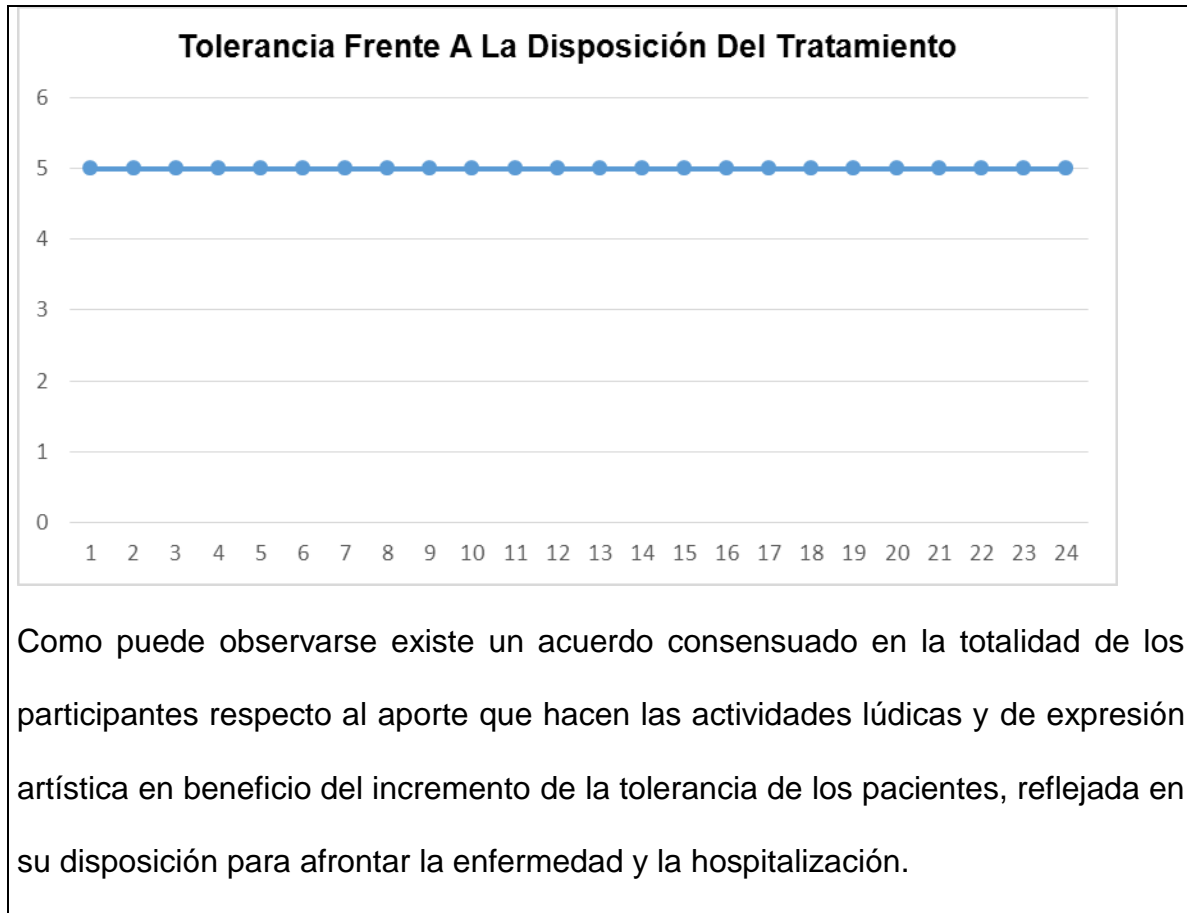
La tolerancia hace referencia a *"la capacidad de poder digerir, sobrellevar, manejar, en lo posible, los diferentes acontecimientos de nuestra vida cotidiana"*. Es esa fuerza interna que permite afrontar dificultades y resolver conflictos. (Rodríguez, 2009. p. 1)

En este proyecto específicamente, se refiere tanto a la capacidad para hacer frente al malestar interior generado por el estado de enfermedad, y por el contexto hospitalario que altera la dinámica de la vida cotidiana de los pacientes, como para desplegar estrategias de afrontamiento adaptativo en el corto plazo con el fin de alcanzar el objetivo que es la recuperación de la salud.

El impacto de las actividades pedagógicas realizadas con los pacientes y sus acompañantes en la tolerancia se mira específicamente en orden a la disposición para recibir su tratamiento y para mejorar su bienestar dentro del hospital, como indicadores de adecuados procesos de adaptación.

Fue rastreada a partir de la afirmación 3 de la escala de actitudes tipo Likert y enriquecida con las notas de campo producto de los diferentes registros realizados.

Escala
3. Actividades como la literatura, la pintura, la música, entre otras, me ayudan a tolerar mejor la enfermedad y la hospitalización.



Notas de campo

La valoración hecha en la escala Likert fue ratificada en las notas de campo, recolectadas en vivencia diaria dentro del hospital. Todos los participantes evidenciaron cambios favorables en la actitud de los pacientes respecto a los procedimientos médicos y a su estancia allí.

- **Pacientes y acompañantes:** durante el proceso de intervención fue una constante la resistencia inicial de los pacientes y sus acompañantes para participar en las actividades

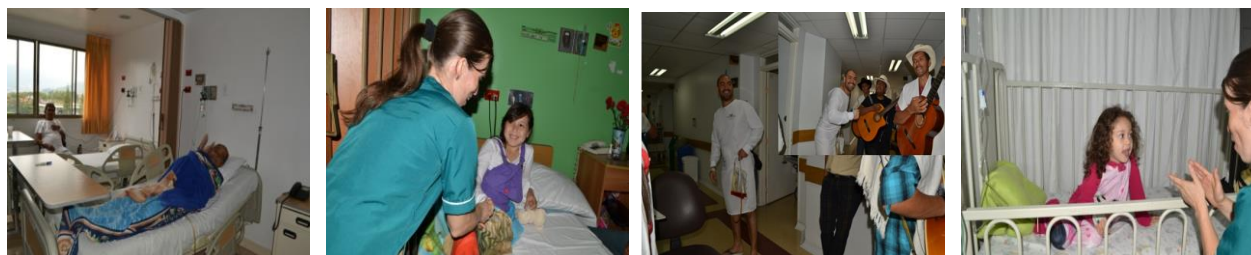
propuestas; los primeros argumentaban que su estado de enfermedad les tenía desanimados, desalentados, agobiados y cansados; y los segundos afirmaban estar bastante atareados y preocupados, especialmente cuando sus pacientes oponían resistencia o manifestaban su inconformidad para recibir el tratamiento médico. Pero una vez seducidos a participar, se observaba como efecto casi generalizado en ambos (pacientes y acompañantes), una actitud más tranquila tanto hacia al tratamiento médico como a su estancia allí, incluso se evidenciaba una disminución significativa de la angustia y hasta del dolor, tal como sucedió con el niño que experimentaba un fuerte dolor como efecto de la aplicación del suero, pero que logró serenarse y hasta olvidarlo, con su participación en las actividades realizadas. Otra persona afirmaba que *“esta vez no me concentre tanto en el dolor de la curación por mirarlas a ustedes, gracias.”*, y una más decía que *“es algo muy bonito y diferente en el hospital porque uno mientras hace la actividad no piensa en la enfermedad”*.

Los acompañantes ratificaron el cambio de actitud a favor del incremento de la tolerancia; el ver como sus pacientes se disponían mejor al tratamiento e incluso olvidaban momentáneamente su dolor, hacía que disfrutaran mucho más de estas experiencias; lanzaban expresiones como: *“... son cosas que distraen a los niños y en el momentico se les olvida el dolor”* y daban además testimonio a otros: *“durante el trascurso de la actividad una de las niñas estuvo llorando porque le estaban pasando un medicamento que era muy incómodo para ella (nebulización), entonces una de las investigadoras decidió cantarle, mientras pasaba ese proceso y logró que la niña se calmará y tolerará ese momento al igual que su madre”*.

- **Personal Sanitario:** Durante el proceso de intervención, argumentaron frente al tema en cuestión asuntos como: *“las actividades son muy buenas, porque uno les pone el medicamento y eso a veces no les quita el dolor, pero estas cosas los hace olvidarse del dolor, los calma y relaja”*; evidenciando un reconocimiento favorable hacia las actividades lúdicas y de expresión artística en orden al mejoramiento de la disposición de los pacientes para el tratamiento.

Se les notaba sonrientes y complacidos porque luego de la intervención los pacientes estaban más dispuestos a los procedimientos médicos, de hecho sugerían con quienes hacer la intervención, pues consideraban que había unos pacientes que la necesitaban con más urgencia que otros, especialmente por su soledad; denotando con ello que veían cambios en sus estados anímicos: *“A los pacientes les favorece mucho su trabajo ya que algunos se mantienen muy solos y tienden a deprimirse”*.

Registro Fotográfico

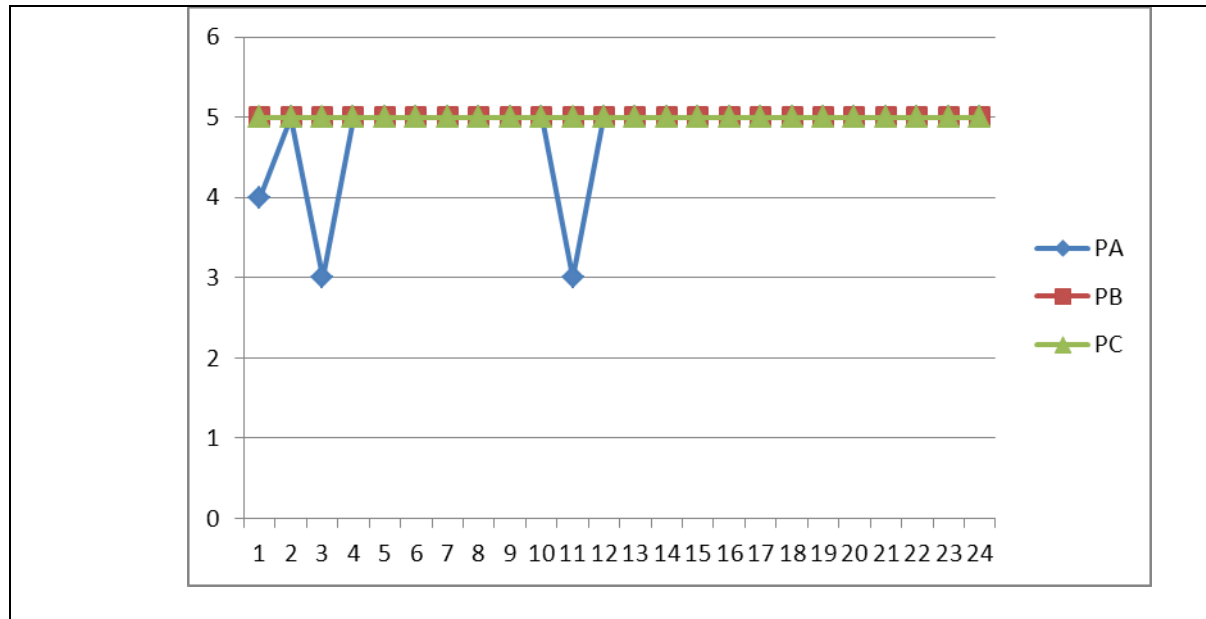




De acuerdo a lo anterior, se deduce que las actividades lúdicas y de expresión artística realizadas, fueron una herramienta eficaz en la contribución a los procesos de adaptación de los pacientes al contexto hospitalario, ya que incrementan la tolerancia en términos de mejoramiento de la disposición a los tratamientos, así como de disminución de la tensión incluso en acompañantes y personal sanitario. Estas actividades, facilitaron además momentos de tranquilidad y serenidad mientras se administraba la medicación.

Comparativo De Las Categorías De Análisis Del Funcionamiento

Intrapersonal



En síntesis, las actividades lúdicas y de expresión artística implementadas durante el proceso de investigación en el hospital Manuel Uribe Ángel, permitieron que tanto pacientes como acompañantes mostraron cambios importantes en cuanto al estado de ánimo, la tolerancia al tratamiento y percepción del tiempo durante la estadía en el hospital, favoreciendo los proceso de adaptación a este lugar, lo cual fue evidenciado en actitudes de mayor serenidad, calma y receptividad a los tratamientos.

Es importante aclarar que aunque se hizo análisis de resultados por cada categoría intervenida (estado de ánimo, percepción del tiempo, tolerancia al tratamiento), éstas tiene una estrecha relación entre sí, lo que hace muy difícil la separación absoluta de las misma, de manera que es frecuente encontrar elementos comunes en categorías diferentes, pues omitirlas sería fragmentar el análisis y presentar un informe incompleto que no daría cuenta real de su impacto durante la investigación.

Interpersonal

"Nos permiten ser amables con todos, sociables con muchos, íntimos con pocos, amigo de unos, dando sin recordar y recibiendo sin olvidar."

Benjamin Franklin

Las relaciones interpersonales hacen referencia a las interacciones recíprocas que se establecen entre las personas, las cuales están mediadas por la comunicación verbal y no verbal. Están presentes a lo largo de la existencia y son fundamentales en el desarrollo integral de los sujetos, ya que a través de ellas recibe importantes refuerzos sociales que favorecen la adaptación de los sujetos al entorno.

Gardner las incluye en su teoría de inteligencias múltiples (bajo el nombre de inteligencia interpersonal), y Goleman hace referencias a ellas en la teoría de inteligencia emocional, resaltando el papel de la empatía. En ambos, las relaciones interpersonales remiten a habilidades sociales que permiten interactuar armoniosamente con los demás, gracias a la capacidad para reconocer las variaciones en los estados de ánimo y para interpretar adecuadamente actitudes, necesidades, intenciones y deseos de las personas. Bandura (citado por Herriko, s.f.) precisa que dichas relaciones son un aprendizaje social que, además de lo ya planteado, permiten concientizarse de la conducta de sí mismo y ser asertivo en las interacciones. (p.44)

En sus formas incipientes se manifiesta en la habilidad para discernir el humor y el temperamento de la persona con que se interactúa, mientras que en sus formas avanzadas se manifiesta no solo en la capacidad de entender y ponerse en el lugar del otro respondiendo correctamente a sus reacciones emocionales, sino también en la capacidad para cuestionar las ideas presentes en la interacción, persuadir e influir en los demás.

En este proyecto, las relaciones interpersonales son miradas básicamente desde la posibilidad de ponerse en el lugar del otro (ese otro con el que se interactúa, ya sea paciente, acompañante o personal sanitario), comprendiendo sus necesidades y actitudes, sus intenciones y motivaciones, lo que implica poner en escena las habilidades de escuchar y comunicar, cooperar y muchas veces persuadir.

Relaciones Interpersonales Pacientes – Acompañantes

“Tu compañía no me hace sentir con alguien, sino que estoy en el alma de alguien”

Antonio Porchia

El estudio realizado por Hamui Sutton, Ramírez de la Roche, Aguirre Hernández, Fuentes García, Díaz Villanueva, & Gómez Lamont, (2013), sugiere que existen 3 tipos de acompañantes: cuidador, indiferente y visitante; resalta que el ideal de acompañante es el primero, en tanto actúa por voluntad e interés en el bienestar del paciente, convirtiéndose en un apoyo emocional que genera una influencia positiva en su cuidado y protección; el segundo usualmente está por obligación y en consecuencia interactúa poco con el paciente, ya que lo

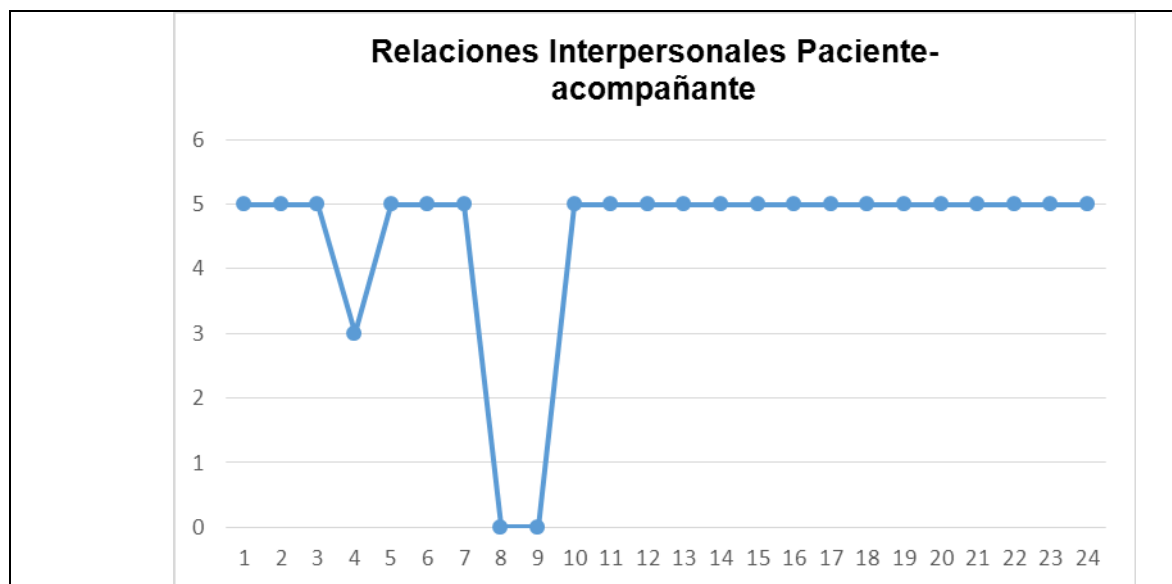
asume como una carga; y el tercero aunque constituye un valioso aporte afectivo y social, solo aparece ocasionalmente.

Al hablar de acompañantes en este proyecto, nos referimos a los familiares y amigos que están presentes en la habitación del paciente al momento de realizar las actividades propuestas, independientemente de si se involucran o no con su cuidado, o de si cumplen o no con su rol mediador entre el paciente y los procesos de atención médica.

El impacto de las actividades realizadas con los pacientes y sus acompañantes en cuanto a las relaciones paciente-acompañante y su contribución a los procesos de adaptación del paciente a la hospitalización, fue rastreado a partir de la afirmación 4 de la escala de actitudes tipo Likert y enriquecida con las notas de campo producto de los diferentes registros realizados.

Escala

4. Realizar actividades lúdico artísticas con mis acompañantes, enriquece la experiencia de compartir juntos este momento de enfermedad.
--



Como puede observarse la mayoría de los participantes consideran que las actividades realizadas con ellos resultaron favorables para la vivencia compartida en momentos y contextos de enfermedad, dado que favoreció la relación establecida entre pacientes y acompañantes.

Notas de campo

Las relaciones interpersonales entre pacientes y acompañantes se caracterizaban por acciones y conversaciones que giraban en torno al diagnóstico de la enfermedad y a las sensaciones que se generaban al respecto, preferentemente de ansiedad, angustia y estrés. Se percibían tensas cargadas de dolor y rabia, pero también de incertidumbre y temor; de ellas no solo era responsable el cansancio y el estado de indefensión, sino también el no saber qué hacer con un tiempo que transcurre pero que parece suspendido: *“menos mal aparecieron ustedes estaba yo más aburrido que un caballo en un balcón”*.

Los acompañantes, encontraron en las actividades lúdicas y de expresión artística posibilidades para hacer mediación afectiva y comunicación asertiva en tanto disminuyeron los estados de estrés y pudieron aflorar abrazos, miradas, palabras e incluso silencios que acompañaron sin angustia ni tensión. Compartieron información, expresaron sentimientos relacionados con la actividad pero también con la vida misma, pues muchas de ellas les generaron evocaciones (relación con el pasado), reflexiones (en torno a la situación presente) y proyecciones (miradas de optimismo hacia el futuro).

En tanto dichas actividades exigieron el trabajo colaborativo, se forjaron también vínculos de ayuda, amistad y respeto no solo por las acciones y palabras del otro, sino también por sus sensaciones aunque no las compartieran.

Se resalta que incluso cuando por cuestiones de malestar o cuidado, los pacientes no podían participar directamente haciendo sus propias elaboraciones, el solo hecho de observar la producción que realizaba su acompañante y conversar con él alrededor de asuntos diferentes a la situación de enfermedad, los estabilizaba anímicamente; se les notaba más serenos en la expresión de sus necesidades, lo que hacía que a su vez los acompañantes respondieran a ellas más cómoda y tranquilamente, haciendo que el entorno hospitalario se tornara más acogedor. *“Tendremos un buen recuerdo del hospital”; “nunca me había detenido a pensarlo, antes no lo veía así”.*

Es importante resaltar que el equipo investigador, más allá de facilitador de procesos, también se convirtió en acompañante significativo para algunos pacientes, tal como puede

evidenciarse en expresiones de pacientes que no tuvieron ninguno de los tres tipos de acompañantes de los que se habló al principio: *“ustedes me hacen sentir como una persona que existe, porque al que nadie visita, no es nadie, no existe, esta solo”*.

Registro Fotográfico



La empatía, la disposición para escucharse, la proximidad y los refuerzos positivos fueron actitudes presentes en las dinámicas relacionales de los pacientes con sus acompañantes, durante y después de las actividades realizadas con ellos; lo que evidencia la contribución que las actividades lúdicas y de expresión artística hacen a los procesos de adaptación de los pacientes al entorno hospitalario. Ellas permiten asemejar el contexto hospitalario y las vivencias ocurridas allí, al ritmo de vida cotidiana de una persona fuera de él.

Queda claro con este ejercicio que cuando las relaciones pacientes – acompañantes logran ser colaborativas y asertivas (en términos afectivos y comunicativos), se facilita el intercambio de información en relación con la expresión y la atención de necesidades, y proporciona bienestar, al generar entornos más cómodos, agradables, seguros y tranquilos.

Relaciones Interpersonales Pacientes-Personal Sanitario

La relación que establecen un médico y un enfermo, durante el proceso de enfermedad es de extrema importancia. Es una relación rica y compleja, que influye en el curso de la enfermedad, en la eficacia del tratamiento y tiene por sí misma un valor curativo

Roger Garzón F

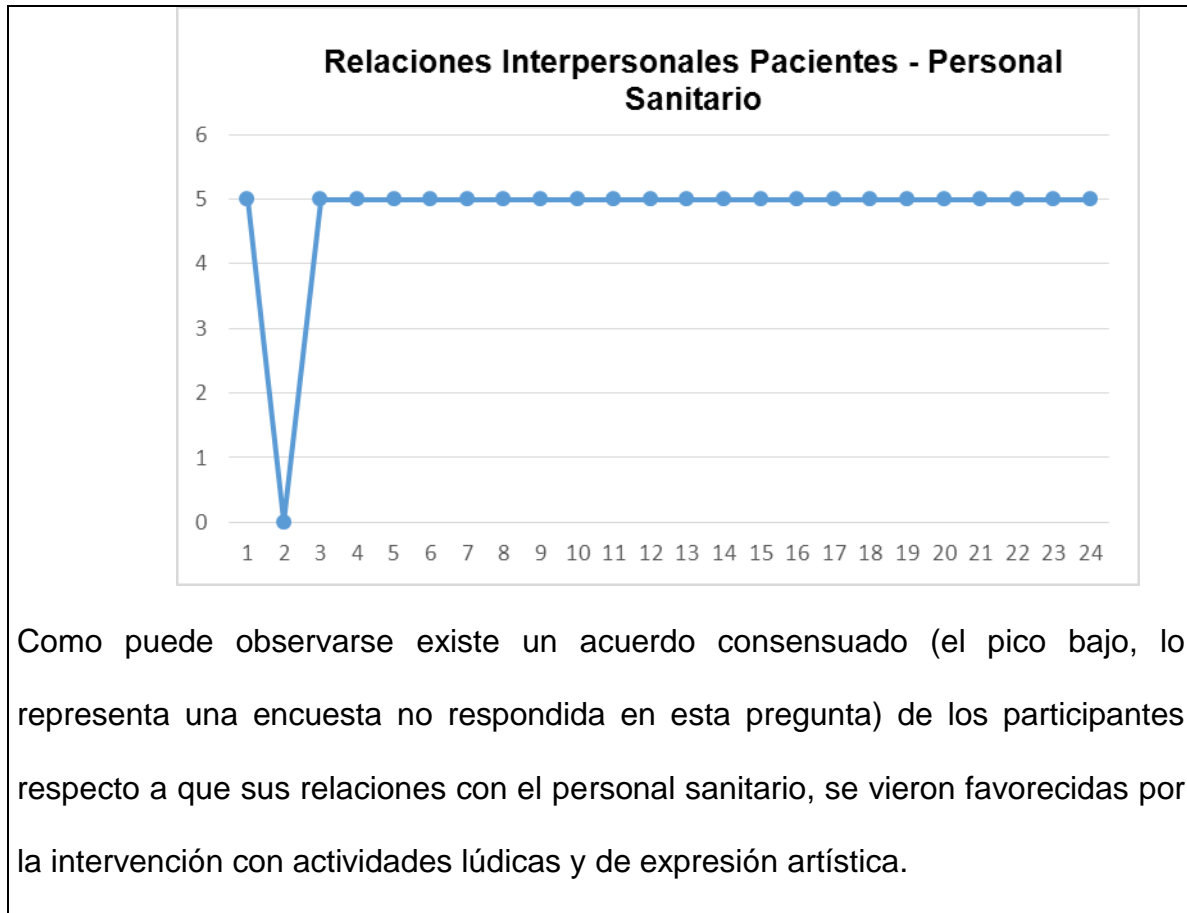
Según Ortego, López & Álvarez (s. f.) la relación entre el personal sanitario y el paciente, es la vía para del tratamiento y por consiguiente para la curación, puesto que en la medida que el personal sanitario establece una relación positiva con el enfermo, tratando a este con amabilidad,

respeto y neutralidad afectiva, es decir con objetividad y afecto, habrá dos efectos satisfactorios, el primero es referente al éxito en la labor del personal sanitario y el otro tiene que ver con la satisfacción del paciente (pp. 1-3)

Por lo anterior durante el ejercicio de investigación, se buscó que la relación entre el personal sanitario y los pacientes se diera de manera positiva, con el fin de que éste último recuperara su salud, redujera su sufrimiento y se adaptara al contexto hospitalario.

El impacto de las actividades realizadas con los pacientes y sus acompañantes en cuanto a las relaciones interpersonales paciente -personal sanitario y su contribución a los procesos de adaptación a la hospitalización, fue rastreado a partir de la afirmación 5 de la escala de actitudes tipo Likert y enriquecida con las notas de campo producto de los diferentes registros realizados.

Escala
5. Después de realizar actividades lúdicas artísticas, mi relación con el personal sanitario es más cordial y amigable.



Notas de campo

Al iniciar el ejercicio de investigación las relaciones entre el personal sanitario y los pacientes se notaba distante, centrada en la prestación y recepción de un servicio; el personal sanitario suministraba medicamentos y evaluaba la evolución del paciente, en algunos casos ni siquiera saludaban al llegar o se despedían al salir; por su parte los pacientes o acompañantes se limitaban a suministrar información precisa de su estado de salud y en el mejor de los casos, a recibir el tratamiento indicado para ellos, quedando luego insatisfechos y molestos por la

atención recibida, ya que no era suficiente el alivio del dolor físico, esperaban además un trato cálido y amable.

Dichas actitudes fueron modificándose poco a poco en la mayoría de ellos y evolucionando favorablemente a medida que la intervención cobraba fuerza. Si bien al principio se percibió resistencia e incluso malestar en algunos miembros del personal sanitario, poco a poco se fueron tornando acogedores a la vez que manifestaban su admiración y respeto por el proyecto, hasta el punto de aplazar procedimientos médicos cuando el paciente estaba realizando alguna actividad lúdica o de expresión artística, evidenciando actitudes empáticas, al tener en cuenta los deseos y necesidades del paciente: “...*qué bonito*”, “*que rico que estén entretenidos y contentos*”, “*los tienen trabajando muy bien*”.

Al regresar, ingresaban a las habitaciones con una actitud positiva, con una sonrisa en sus rostros, y el trato que le daban al paciente y su acompañante era amable y respetuoso. Exactamente esa misma respuesta obtenía de ellos. El ambiente aparecía entonces cálido y confiable. Tanto paciente como acompañante se sentían cómodos.

Registro Fotográfico





Es evidente que las actividades lúdicas y de expresión artística favorecen la adaptación del paciente al entorno hospitalario y contribuyen a que el clima allí sea más acogedor y menos estresante. Puesto que a través de las actividades las relaciones del paciente con el personal sanitario se tornan más humanas y éstos se empieza a centrar más en el paciente como ser humano integral y no solo en su enfermedad.

Conclusiones

Por naturaleza los espacios hospitalarios han sido asumidos por el hombre como lugares fríos e incluso toscos, debido a que la atención ha sido brindada exclusivamente a la enfermedad, vista como un fragmento del sujeto que la padece, dejando al paciente expuesto solo al tratamiento médico - farmacológico desligándolo así de su integralidad. Y qué decir de los acompañantes quienes durante el proceso de hospitalización de sus seres queridos no han tenido la posibilidad de ser sujetos activos, puesto que la labor más importante delegada desde el hospital es la de suplir las necesidades materiales que requiera el paciente.

Evidentemente, la hospitalización altera hábitos y rutinas, modifica estados anímicos y disminuye sensaciones de productividad y éxito tanto a pacientes como acompañantes, que bajo estas circunstancias no logran hacer uso de sus habilidades adaptativas.

Los resultados obtenidos son contundentes respecto a que las estrategias pedagógicas lúdicas y de expresión artística retomadas desde el enfoque participativo de la Animación Sociocultural posibilitan cambios positivos en la adaptación de los pacientes y sus acompañantes al entorno hospitalario, en tanto inciden de manera favorable en el estado anímico, la percepción del tiempo, la tolerancia a los procedimientos médicos y en las relaciones interpersonales incluso con el personal sanitario.

Las estrategias utilizadas terminaron cumpliendo dos funciones relevantes, de un lado fueron facilitadoras para la expresión de sensaciones, pensamientos y temores, pero de otro lado

también fueron la forma creativa y concreta que fue tomando cada sensación, pensamiento y temor, de manera que fue posible hablarlos específicamente y tomar decisiones sobre cada uno de ellos, reduciendo notablemente los niveles de estrés y tensión. Y es que poder confrontar y afrontar emociones facilita el ajuste a las demandas actitudinales que impone cada contexto y situación.

Y en los acompañantes, dichas estrategias contribuyeron a que se convirtieran en cuidadores efectivos en tanto, facilitaron situaciones empáticas y actitudes colaborativas que minimizaron en los pacientes las sensaciones de soledad, culpabilidad y dolor por la ausencia de su entorno cotidiano.

En general, las estrategias pedagógicas empleadas permitieron que tanto pacientes como acompañantes se sintieran importantes, acogidos y activos, ya que no eran mirados desde su enfermedad, sino desde su integridad, lo que contribuyó notablemente a su bienestar. Por la rotación de los pacientes no pudo saberse si ellas impactaron sus estados de salud física o no.

Recomendaciones

- Visibilizar los acompañantes más allá de receptores de información y cumplimiento de responsabilidades directas con el paciente y con el personal sanitario, brindando un trato más humano y atendiendo también sus necesidades psicosociales, pues su integralidad también se ve afectada a pesar que no esté comprometida su salud física.
- Implicar todos los ciclos vitales dentro de los programas y servicios de la Pedagogía Hospitalaria, pues las necesidades educativas están presentes también en los adultos, aunque sus formas varíen.
- Reconocer la importancia del educador dentro de los contextos hospitalarios y como miembro integrante de equipos interdisciplinarios de salud, dando así mayor amplitud al concepto de integralidad en el marco de la atención en salud.

Líneas abiertas de investigación

Educación, Pedagogía y salud: el ejercicio investigativo realizado abre las puertas a indagaciones respecto a la relación que puede establecerse entre la educación, la pedagogía y la salud, entendida esta última como un proceso que involucra la integralidad del ser humano y no como un suceso caracterizado exclusivamente por la ausencia de enfermedad. En la salud se incluyen vivencias humanas que tocan con la conciencia del cuerpo y las relaciones que se establecen entre éste y el entorno que se habita, incluidas las relaciones interpersonales y trascendentales, lo que hace pensar, de un lado, en la necesidad de formación más humanizada e integral para los prestadores de la salud, pero de otro, en la necesidad de educar en y para la salud integral a fin de protegerla y preservarla.

Referencias

- Acosta, F. (2012). Educar, Enseñar, Escolarizar: El Problema De La Especificación En El Devenir De La Pedagogía (Y La Transmisión). *Revista Tendencias Pedagógicas* N°20 (p. 3). Recuperado de http://www.tendenciaspedagogicas.com/Articulos/2012_20_07.pdf
- Acuña Prieto, R. (2011) ARTE Y PEDAGOGÍA (El papel del arte en el Programa de Pedagogía Ciudadana) (p. 1-2). Recuperado de <http://www.idep.edu.co/pdf/pedagogia/ARTEPEDAGOGIA.pdf>
- Agüero, R., Gavidia, R., Herrera, E., Lugo, N., Maradei, I. & Pascuzzo, C. (s. f.). Escalas de actitud. (p. 3). Recuperado de <http://www.ucla.edu.ve/dmedicin/DEPARTAMENTOS/cienciasfuncionales/farmacolog%C3%ADa/Acti.pdf>
- Alarcon Rosales, M. (2007). Modelo de adaptación: aplicación en pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. Vol. 15 Núm.3. (pp. 157, 158 y 160). Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2007/eim073g.pdf>
- Alvarado, S. et.al. (1990). *Enfoques de la investigación en ciencias sociales. Su perspectiva epistemológica y metodológica*. (p. 35). Manizales: CINDE
- Álvarez, L., Gallo, V., Hernández, J., Murillo, V., Ríos, D. & Román, S. (2012). *La Educación En Espacios No Convencionales: Pedagogía Hospitalaria Como Estrategia De Humanización*. En *El Hospital Manuel Uribe Ángel (Hmua)*. (p. 73). (Tesis pregrado). Universidad de Antioquia, Medellín.

- André, C. (2010). *Los estados de ánimo: el aprendizaje de la serenidad*. (pp. 19-37). Barcelona-España: Editorial Kairos.
- Bayés, R. (2002). Tiempo y enfermedad. *Revista Estudios de Psicología, volumen 23* (1). (p. 104). Recuperado de <http://cmascript.unavarra.es/rid=1HF3W15PK-Q0KHKM-1X8/tiempo%20y%20enfermedad-Bayes.pdf>
- Belver, M. (2011). Arte en Contextos de salud. *Arte, Individuo y Sociedad*. Vol. 23 Núm. Especial (pp. 12-13) Recuperado de http://pendientedemigracion.ucm.es/info/curarte/curarte_web/images/PDF/AIS_Arte%20y%20Salud.pdf
- Bernal, D. (s. f.). Arte y Pedagogía. (pp. 1-3). Recuperado de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/williamsoler/arte_y_pedagogia.pdf
- Cárdenas, R. & López, F. (2005-2006). Hacia la construcción de un modelo social de la pedagogía hospitalaria. *Revista interuniversitaria* Núm. 12-13. Segunda época. (pp. 59-61). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1350/135016217004.pdf>
- Caride Gomez, J. (2005). La Animación Sociocultural y el Desarrollo Comunitario como educación social. *Revista de educación*, Vol. RE 336. (p. 80). Recuperado de <http://www.revistaeducacion.mec.es/re336/re336.pdf>
- Carta Europea de los niños hospitalizados. Del 19 de enero de 1984. *Bol Pediatr* 1993; 34: pp. 69 – 71. Recuperado de <http://www.pediatriasocial.es/Documentos/cartaeuropea.pdf>
- Castañeda Quintero, L. (2006). Educación en el hospital. “Pedagogía hospitalaria: Antiguas Necesidades y Nuevas Posibilidades”. En “*Hacia Una Educación sin Exclusión*” XXIII *Jornadas Nacionales de Universidades y Educación Especial*. Edición electrónica.

- Universidad de Murcia. (p. 1) Recuperado de
http://ice.unizar.es/atencion_diversidad/descargas/01/P.Hospital_2.pdf
- Constitución Política De Colombia 1991. Art. 13, 44 y 67. Recuperado de
http://www.procuraduria.gov.co/guiamp/media/file/Macroproceso%20Disciplinario/Constitucion_Politica_de_Colombia.htm
- Convención sobre los derechos del niño 2005. Art. 1-54. Recuperado de
<http://www.unicef.com.co/wp-content/uploads/2012/08/convencionderechos.pdf>
- Correa, A., Lupiáñez, J. & Tudea, P. (2006). La percepción del tiempo: una revisión desde la Neurociencia Cognitiva. *Revista Cognitiva*, Vol. 18 (2). (pp. 146-147). Recuperado de
http://www.ugr.es/~act/paper/06Correa_Rev_Cog06.pdf
- Declaración Universal De Los Derechos Humanos 1948. Art.25 y 26. Recuperado de
<http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- Decreto 1470 de 2013. Recuperado de
<http://www.jardinesinfantilescolombia.com/documentos/DECRETO%201470%202012%20%20JUL2013%20Apoyo%20Academico.pdf>
- Dinello, R. (1997). Pedagogía de expresión ludo creativa. (pp.1-5). Recuperado de
<http://galeon.com/rossyperezludica/pedagogia.pdf>
- Educared Fundación Telefónica (2012). “Pedagogía Hospitalaria en Colombia”. Recuperado de
<http://www.educared.org/global/aulahospitalarias/pedagogia-hospitalaria-en-colombia>
- Elliott, J. (1993). El cambio educativo desde la investigación-acción. (p. 88). Madrid: Morata
- Focault, M. (1978). Incorporación del hospital en la tecnología moderna. *Educ Med Salud*, Vol. 12, No. 1. (pp.22-23-29). Recuperado de
<http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/regionsanitaria6/files/2012/05/MedicinaSanitaria1.pdf>

Froufe Quintas, S. & Sanchez Castaño, M. (1990). Animación Socio-cultural: nuevos enfoques. (pp. 36-38). Salamanca: Editorial Amaru.

Froufe Quintas, S. (1997). Los ámbitos de intervención en la educación social. (pp. 179-200).

Recuperado de

http://cv.uoc.edu/~g092_02_509_04_11_w01/cerques_PAC2/actuacio_ed_social/ambit%20educador%20social.pdf

Galeano, M. (2004). Diseño de proyectos en la investigación cualitativa. (p. 51). Fondo Editorial Universidad EAFIT.

Gallardo Vergara, R., (2006): Naturaleza del Estado de Ánimo. *Revista Chilena de Neuropsicología*. Vol. (1). (pp. 30). Recuperado de

<http://www.neurociencia.cl/dinamicos/articulos/429440-rcnp2006v1n1-4.pdf>

Garcés, E. (2008). Pedagogía Hospitalaria Chile–España–Centro América. (pp. 3-10, 20-21)

Recuperado de

http://www.innovemosdoc.cl/diversidad_equidad/investigacion_estudios/Pedagogia_Hospitalaria.pdf

García Vera, N. (2009). Reseña Fundamentos de pedagogía. Hacia una comprensión del saber pedagógico. *Revista Pedagogía y Saberes* Núm. 30. (p. 145). Recuperado de

http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&sqi=2&ved=0CCsQFjAA&url=http%3A%2F%2Frevistas.pedagogica.edu.co%2Findex.php%2FPYS%2Farticle%2Fdownload%2F1350%2F1324&ei=YJwzU9SENYursASc6IGICw&usg=AFQjCNF3R4W4ez8VUqMjOk2zS0YeZArk0A&sig2=cGHEV4aA5yf7h6_EIjpa8g&bvm=bv.63738703,d.cWc

- Gardner, H. (1994) *Estructuras de la Mente: La Teoría de Las Inteligencias Múltiples*. (p. 206). (Segunda Edición en Español). Recuperado de http://educreate.iacat.com/Maestros/Howard_Gardner_-_Estructuras_de_la_mente.pdf
- Goleman, D. (1996) *Inteligencia Emocional: La naturaleza de la inteligencia emocional*. (pp. 24-29). Editorial Kairó.
- González Blasco, P. (2004). Los cuatro pilares de la medicina de familia. *Archivos en Medicina Familiar*. Vol. 6 Núm. 2. (p. 32). Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2004/amf042b.pdf>
- González Jiménez, F., Macías Gómez, E. & García Hernández, F. (2002). La Pedagogía Hospitalaria: reconsideración desde la actividad educativa. *Revista Complutense de Educación*, Vol. 13 Núm. 1. (p. 332). Recuperado de http://www.pedagogiahospitalaria.net/doc/recursos_008.pdf
- González Román, L., (2009, Febrero). Aula Hospitalaria: Educación y juego que sanan. *El pulso*, Núm. 125. Recuperado de <http://www.periodicoelpulso.com.co/html/0902feb/general/general-01.htm>
- Grijalva, M. & Marino, M. (2012). *Realidad de la práctica pedagógica y curricular en la Unidad Educativa Particular "Oviedo" de la ciudad de Ibarra, durante el año lectivo 2011*" (Doctoral dissertation) (pp. 13-14). Recuperado de <http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/2935/1/Tesis%20de%20Mora%20Grijalva%20Milton%20Marino.pdf>
- Grupo de trabajo proyecto "QUÉDATE" (2012). *Estrategias y Metodologías Pedagógicas*. (p. 39). Recuperado de www.ufps.edu.co/ufpsnuevo/archivos/110_2013.pdf

Guillén, M. & Mejía, A. (2002). *Actuaciones educativas en aulas hospitalarias: Atención*

escolar a niños enfermos. (Antecedentes, pp. 29-31). Versión de Libros en Google play.

Recuperado de

http://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=Q2KBvFejLFIC&oi=fnd&pg=PA9&dq=historia+del+aula+hospitalaria&ots=W6vEYnKNha&sig=eo2mVIg-YRIviIzDZSEE-9J2JAg&redir_esc=y#v=onepage&q=historia%20de%20aula%20hospitalaria&f=false

Gunset, V. (2010). *El Enfoque Piagetiano Y La Construcción Del Conocimiento*. (pp. 5, 6 y 8).

Recuperado

de

https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CDUQFjAB&url=http%3A%2F%2Fecaths1.s3.amazonaws.com%2Fintroduccionlapsicologia%2F1277137456.Psicogenetica%252012.pdf&ei=epdJU7fWKqiY0AGs5IGADw&usq=AFQjCNH_YSACwiuUzFkn2rKnISkHYOFM5Q&sig2=rmlVakkkqMSCQ8VYB1snBg&bvm=bv.64542518,d.dmQ

Hamui Sutton, A., Ramírez de la Roche, O., Aguirre Hernández, R., Fuentes García, R., Díaz

Villanueva, A. & Gómez Lamont, D.(2013). Experiencia de los acompañantes en su trayectoria por las unidades hospitalarias durante un evento de atención médica: un acercamiento cualitativo. *Revista An Med*, Vol. 58 (1). (p. 27). Recuperado de

<http://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2013/bc131f.pdf>

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. & Batista Lucio, P. (2006). *Metodología de la*

Investigación. (pp. 260-281, 587). Recuperado de

http://www.upsin.edu.mx/mec/digital/metod_invest.pdf

- Herrera Menchén, M. (1993) La animación sociocultural: una práctica participativa de educación social. *Revista de Estudios de Juventud*. Vol. 6, N°. 74 (p.81-83). Recuperado http://www.injuve.es/sites/default/files/revista74_articulo4.pdf
- Herriko Unibertsitatea, E., (s. f.). Relaciones Interpersonales. Generalidades (p. 44). Recuperado de <http://www.ehu.es/xabier.zupiria/liburuak/relacion/1.pdf>
- Hospital Manuel Uribe Ángel E.S.E. Recuperado de <http://www.hospitalmanueluribeangel.com>
- Iturbe Acosta, U. (s. f.) Adaptaciones y adaptación biológica, revisadas. (pp. 5-12) Recuperado de http://www.uaeh.edu.mx/investigacion/icbi/LI_SistemaVegetal/ulises_iturbide/ADAPTACION.pdf
- Ivic, I. (1994). Lev Semionovich Vygotsky (1896-1934). *Revista trimestral de educación comparada*. Vol. XXIV, Núm. 3-4, (p. 3). Recuperado de <http://www.ibe.unesco.org/publications/ThinkersPdf/vygotskys.PDF>
- La Carta Europea sobre el Derecho a la Atención Educativa de los Niños y Adolescentes Enfermos 2000. Recuperado de <http://www.acpeah.org/sites/default/files/related/Carta%20Europea%20d'hope.pdf>
- La Declaración Universal de los Derechos del Niño 1959. Principio 4, 5 y 7. Recuperado de <http://www.oas.org/dil/esp/Declaraci%C3%B3n%20de%20los%20Derechos%20del%20Ni%C3%B1o%20Republica%20Dominicana.pdf>
- Lewin, K (1992): La investigación acción y los problemas de las minorías. En Salazar, Mc (1992) La investigación acción participación: inicios y desarrollos. (p.6). Santa Fe De Bogotá: Cooperativa Editorial Magisterio.

Ley 115 de 1994. Art.2, 46, 48 y 69. Recuperado de

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=292>

Ley 13 de 1982. Art. 29 Recuperado de <http://www.csd.gob.es/csd/estaticos/inst-dep/armonizacion-juridica/011.pdf>

Ley 1388 de 2010. Art. 13. Recuperado de

<http://web.presidencia.gov.co/leyes/2010/mayo/ley138826052010.pdf>

Ley De infancia y Adolescencia 1098 de 2006. Art. 1, 7, 28 y 29. Recuperado de

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=22106>

Luengo Navas, J. (2004). La Educación como objeto de conocimiento. El concepto de educación.

Pozo Andrés, M., Álvarez Castillo, J., & Otero Urtza, E., (p. 32). *Teorías e instituciones contemporáneas de educación*. Madrid: Biblioteca Nueva. Recuperado de <http://www.ugr.es/~fjjrios/pce/media/1-EducacionConcepto.pdf>

Martínez González, A., Piqueras Rodríguez, J. & Inglés Saura, C. (2011). Relaciones entre inteligencia emocional y estrategias de afrontamiento ante el estrés. *Revista electrónica de motivación y emoción*. Vol. 14, Núm. 37. (p. 2). Recuperado de <http://reme.uji.es/articulos/numero37/article6/article6.pdf>

Mendia, R., (1991). Principios pedagógicos del tiempo libre. Corrientes de pensamiento. *Revista Infancia y sociedad* Nro. 8. (p. 1). Recuperado de http://rafaelmendia.net/mendia/Hemeroteca_files/IS19918343350.pdf

Moreno Rodríguez, C. (1999) Cuestiones sobre Adaptación Social Desarrollo y Aprendizaje. (pp. 1-3). Recuperado de

http://es.wikibooks.org/wiki/Cuestiones_sobre_adaptaci%C3%B3n_social:_Desarrollo_y_aprendizaje

- Oliveira de Vasconcelos, V. & Waldenez de Oliveira, M. (2010) Trayectorias de investigación acción: concepciones, objetivos y planteamientos. *Revista Iberoamericana de Educación* N. ° 53/5. (p. 11-12). Recuperado de <http://www.rioei.org/deloslectores/3390Oliveira.pdf>
- Ortega Mate, M., López Gonzales, S. & Álvarez Trigueros, M., (s. f.). Generalidades sobre la relación personal sanitario-enfermo. (pp. 1-3). Recuperado de http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/pdf-reunidos/tema_11.pdf
- Oyanadel, C. & Buela Casal, G. (2011): La percepción del tiempo: influencias en la salud física y mental. *Revistas Científicas Scientific Journals, volumen10* (1). (pp. 150-151). Recuperado de <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revpsycho/article/view/689>
- Parra Moncada, P., (2009). Experiencias significativas de atención integral a la infancia en contextos de vulnerabilidad. (p. 8-9). Recuperado de http://www.comfenalcoantioquia.com/Portals/descargables/pdf/educacion/Pedagogia_Hospitalaria-Patricia_Parra.pdf
- Poblete Troncoso, M., & Valenzuela Suazo, S. (2007). Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paulista de Enfermagem*, Vol. 20, Núm. 4, (p.502). Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/18.pdf>
- Proyecto De Ley No 210 Senado, 2013, Cap. I, art. 4(w); Cap. IX, art. 65. Recuperado de senadorjorgeballesteros.com/wp-content/uploads/2013/03/Proyecto-de-Ley-Ordinaria-Salud.pdf

- Pulido Rodríguez, R., Belén Ariza, M. & Zuñiga López, F. (2007). Abordaje hermenéutico de la investigación cualitativa. Teorías Procesos y Técnicas. Universidad Cooperativa De Colombia. Bogotá (p. 28)
- Real academia española. Diccionario de la lengua española - vigésima segunda edición.
- Recuperado de
- <http://www.rae.es/rae/gestores/gespub000018.nsf/voTodosporId/651DD2E435FC3039C12571F8003AAE85>
- Rodríguez Vílchez, E., (2009). CONTROL DE EMOCIONES. Programa de Escuela de Padres. II-III Nivel. (p.1). Recuperado de <http://www.lhs.edu.pe/psicologia/contemoc2.pdf>
- Rodríguez, F. (s. f.) Construcción ciudadana y educación artística. Jiménez, L., Aguirre, I., & Pimentel, L. (p. 29). *Educación artística, cultura y ciudadanía*. Madrid: Fundación Santillana. Recuperado de <http://www.oei.es/metas2021/EDART2.pdf>
- Romero, K. & Alonso, L. (2007). Un modelo de practica pedagógica para las aulas hospitalarias: el caso del hospital universitario de los andes. *Revista de pedagogía*, Vol. 28, Núm.083. (pp. 409-410). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=65908304>
- Romero, L., Escorihuelas, Z. & Ramos, A. (2009). Actividades Lúdicas como Estrategia pedagógica en la educación inicial. *Revista Digital Buenos Aires*. Vol. 14. Núm. 131 (párr. 28). Recuperado de <http://www.efdeportes.com/efd131/la-actividad-ludica-en-educacion-inicial.htm>
- Salinas Salazar, M. (2000). El diario pedagógico. La gaceta didáctica. Núm. 03. (p. 6).
- Serrada Fonseca, M. (2007). Integración de actividades lúdicas en la atención educativa del niño hospitalizado. *Revista Científica de América Latina* Vol. 11, Núm. 39, (pp. 6 y 7).
- Recuperada de <http://www.redalyc.org/pdf/356/35603908.pdf>

Valles, M., (s. f.). Técnicas cualitativas de la investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. *Técnicas de observación y participación: de la observación participante a la investigación-acción-participativa* (pp. 142-143, 146-147). Recuperado de <http://antroporecursos.files.wordpress.com/2009/02/valles-observacion.pdf>

Zapata Londoño, C. (2012). Pedagogía Hospitalaria: Una oportunidad para el encuentro con el Ser humano. (p.4). Recuperado de http://bibliotecadigital.usbcali.edu.co:8080/jspui/bitstream/10819/980/1/Pedagogia_hospitalaria_Oportunidad_Zapata_2012.pdf

Anexos

Anexo 1. Ficha de contenido

<p>Localización: Sitio donde se encuentra el material</p>	<p>Clasificación: Números que asignan en la biblioteca o el que se asigne en el proyecto.</p>	<p>Nº Número de la ficha</p>
<p>Descripción: Bibliografía completa.</p>		
<p>Contenido: Lugar para registrar la información: puede ser resumen, cita textual, reflexión personal, transcripción de entrevista.</p>	<p>Palabras clave Expresiones cortas o palabras que dan cuenta del contenido específico de la ficha.</p>	
<p>Observaciones: Reflexiones o apreciaciones de quien elabora la ficha, datos que amplíen, precisen o confronten la información allí consignada, información sobre otros autores o textos que amplíen el tema, datos sobre ilustraciones, cuadros, figuras que pueden servir posteriormente.</p>		
<p>Tipo de ficha: Textual, de resumen o de interpretación de la investigación.</p>	<p>Elaborada por: Nombre de quien la realiza.</p>	

Anexo 2: Formato de planeaciones

PLANEACIÓN
Objetivo del trabajo de campo Convertir el <i>tiempo muerto</i> de los pacientes y/o acompañantes en <i>tiempo vivo</i> a través del arte como herramienta pedagógica, favoreciendo los procesos de adaptación al contexto hospitalario.
Tema
Objetivo específico
Actividad
Requerimientos de información (preguntas a responder)
Resultados (hallazgos o patrones que se espera encontrar)
Recursos (matrices, fichas, formatos propios de la investigación, entre otros)
Lugar
Fecha

Anexo 3: Planeaciones

PLANEACIÓN 1
<p>Objetivo del trabajo de campo</p> <p>Convertir el <i>tiempo muerto</i> de los pacientes y/o acompañantes en <i>tiempo vivo</i> a través de herramientas lúdicas y de expresión artística, favoreciendo los procesos de adaptación al contexto hospitalario.</p>
<p>Tema “<i>Entérate de nuestro proyecto</i>”</p>
<p>Objetivo específico</p> <p>Dar a conocer nuestro proyecto, al personal sanitario a través de un volante creativo (en origami) el cual contiene el objetivo principal del proyecto.</p>
<p>Actividad</p> <p>Consiste en dar a conocer el proyecto al personal sanitario, para que se familiaricen con éste, para ello, se entregará a algunas personas del personal sanitario un volante informativo, que tenga el objetivo principal del proyecto éste estará hecho en origami en forma de camisa para que sea más llamativo. La idea es conversar con ellos un poco acerca del proyecto.</p>
<p>Requerimientos de información (preguntas a responder)</p>
<p>Resultados (hallazgos o patrones que se espera encontrar)</p> <p>El proyecto impacta positivamente al personal sanitario, que manifiesta agrado, curiosidad y motivación hacia las acciones que adelantará el proyecto.</p>
<p>Recursos (matrices, fichas, formatos propios de la investigación, entre otros)</p> <p>Fungibles: volantes hechos de papel en forma de camisa</p> <p>Humanos: Docentes guías y pacientes</p>
<p>Lugar</p> <p>Hospital Manuel Uribe Ángel</p>

Fecha

Lunes 29 de agosto de 2013

PLANEACIÓN 2

Objetivo del trabajo de campo

Convertir el *tiempo muerto* de los pacientes y/o acompañantes en *tiempo vivo* a través de herramientas lúdicas y de expresión artística, favoreciendo los procesos de adaptación al contexto hospitalario.

Tema: “*Creando con las manos mientras re-creamos una historia*”

Objetivo específico

Expresar sentimientos, emociones y gustos respecto a diferentes situaciones y vivencias, a través de la construcción de un organizador para sus implementos personales.

Actividad

Es importante aclarar que todas las actividades que vamos a realizar durante nuestra estadía en el hospital iniciará de la siguiente manera:

Al ingresar a la habitación de los pacientes, las estudiantes nos presentaremos y presentaremos la actividad que llevamos preparada, posteriormente preguntaremos si desean realizarla, en caso de que alguno no quiera no será obligado o forzado a hacerla y nos remitiremos a otra habitación.

La actividad consiste en decorar un tubo de pvc y convertirlo en un organizador de implementos personales, para ello, en primer lugar se le pide al paciente que elija entre una gama de colores de papel iris de su gusto para forrar el contorno del tubo, luego se dibuja un círculo en fomi del tamaño de uno de los extremos del tubo y se pega con silicona líquida, ésta será la base del organizador; posteriormente, se solicita al participante que elija que figura que desea para la decoración (flor, corazón, entre otras.), la cual deberá dibujar en fomi y

recortarla; luego, el participante toma una cinta ilusión de su gusto, la mide alrededor del tubo y la corta para finalmente pegarla en la parte inferior del tubo. Para finalizar se pega la decoración con las imágenes elegidas.

Desde el comienzo de la actividad se propicia la participación del participante o participantes para que exprese sentimientos, deseos, experiencias e historias.

La conversación que se establece permite que el investigador conozca las necesidades del otro, insumo importante para cumplir los objetivos del proyecto.

Requerimientos de información (preguntas a responder)

Generalmente, ¿Cómo y en qué invierten el tiempo los pacientes y acompañantes?

Resultados (hallazgos o patrones que se espera encontrar)

Disminuir el estrés y aumentar la tolerancia a los procesos propios de la hospitalización.

Recursos (matrices, fichas, formatos propios de la investigación, entre otros)

Fungibles: Tubos de pvc, papel foami, tijeras silicona líquida, hojas de papel iris, marcadores, reglas, lápices, colores.

Humanos: Docentes guías y usuarios.

Lugar

Hospital Manuel Uribe Ángel

Fecha

Septiembre, Octubre y Noviembre de 2013

PLANEACIÓN 3

Objetivo del trabajo de campo

Convertir el *tiempo muerto* de los pacientes y/o acompañantes en *tiempo vivo* a través de herramientas lúdicas y de expresión artística, favoreciendo los procesos de adaptación al contexto hospitalario

Tema: “*Compartamos nuestros sueños*”

Objetivo específico

Realizar con los pacientes un atrapa sueños que les permita compartir sus deseos, sueños y sensaciones.

Actividad

La actividad consiste en realizar un atrapa sueños, para ello se tomará un aro de plástico, el cual se envolverá con la cinta ilusión hasta cubrirlo todo, luego con el hilo de colores se une un extremo con otro envolviéndolo y haciendo nudos hasta formar una estrella o el tejido que el paciente o acompañante quiera formar, además dentro de éste se puede insertar cuentas o bolitas, después se pone un pedazo de hilo en uno de los extremos para poder colgarlo donde la persona desee y para terminar se decora con plumas y cuentas como cada uno quiera.

Durante el desarrollo de esta actividad, se pretende dialogar con los pacientes acerca de los sueños que tienen, de sus sentimientos y emociones.

Requerimientos de información (preguntas a responder)

Resultados (hallazgos o patrones que se espera encontrar)

Alcanzar mayor estabilidad emocional, aprovechamiento del tiempo y aumentar la tolerancia en los procesos propios de la hospitalización.

Recursos (matrices, fichas, formatos propios de la investigación, entre otros)

Fungibles: Un aro plástico

-Hilos de varios grosores y de diferentes colores

-Cuentas o bolitas de colores

-Plumas de colores

<p>-Tijeras</p> <p>-Silicona liquida</p> <p>Humanos: Docentes guías y pacientes</p>
<p>Lugar</p> <p>Hospital Manuel Uribe Ángel</p>
<p>Fecha</p> <p>Septiembre, Octubre y Noviembre 2013</p>

<p>PLANEACIÓN 4</p>
<p>Objetivo del trabajo de campo</p> <p>Convertir el <i>tiempo muerto</i> de los pacientes y/o acompañantes en <i>tiempo vivo</i> a través de herramientas lúdicas y de expresión artística, favoreciendo los procesos de adaptación al contexto hospitalario.</p>
<p>Tema: “<i>Tejiendo Relaciones</i>”</p>
<p>Objetivo específico</p> <p>Realizar un mantel decorativo (centro de mesa) para que los pacientes y acompañantes, disfruten de un momento ameno y se relacionen con los compañeros de habitación.</p>
<p>Actividad</p> <p>A cada paciente se le entrega diferentes trozos de tela con diferentes decoraciones (flor, mariposa, árbol navideño, estrella, dibujo abstracto, entre otros) para que escoja uno que le guste, posteriormente se le da hilo de colores y aguja; se le explica que debe bordar la imagen, estas instrucciones serán guiada por las docentes. En caso de que algún paciente no quiera bordar entonces se les entregan vinilos de diferentes colores y marcadores para que pinten la imagen.</p>

Requerimientos de información (preguntas a responder)
<p>Resultados (hallazgos o patrones que se espera encontrar)</p> <p>El disfrute y aprovechamiento del tiempo durante la actividad (que sea más ameno) además fomentar las relaciones interpersonales entre pacientes.</p>
<p>Recursos (matrices, fichas, formatos propios de la investigación, entre otros)</p> <p><i>Fungibles:</i> Telas con imágenes, hilos de colores, agujas normal y punta roma, vinilos, marcadores</p> <p><i>Humanos:</i> Docentes guías, pacientes y acompañantes.</p>
<p>Lugar</p> <p>Hospital Manuel Uribe Ángel</p>
<p>Fecha</p> <p>Septiembre de 2013</p>

PLANEACIÓN 5
<p>Objetivo del trabajo de campo</p> <p>Convertir el <i>tiempo muerto</i> de los pacientes y/o acompañantes en <i>tiempo vivo</i> a través de herramientas lúdicas y de expresión artística, favoreciendo los procesos de adaptación al contexto hospitalario</p>
<p>Tema: “<i>Para guardar momentos de vida</i>”</p>
<p>Objetivo específico</p> <p>Propiciar que los pacientes evoquen recuerdos familiares agradables, a partir de la construcción de un portarretratos.</p>
<p>Actividad</p>

<p>Se abordará cada habitación del piso correspondiente para que los pacientes y acompañantes realicen un porta retratos en fomi y otros elementos para la decoración.</p> <p>El participante elegirá de una gama de colores, el que desee para hacer el marco, posteriormente se le entrega un trozo de cartón paja del mismo tamaño para que sea el refuerzo de la parte de atrás del marco, y por último escogen la decoración a partir de una gama de imágenes y proponen otras de acuerdo a sus gustos.</p>
<p>Requerimientos de información (preguntas a responder)</p>
<p>Resultados (hallazgos o patrones que se espera encontrar)</p> <p>Los pacientes, a partir del portarretratos mejoran su estancia en el hospital y se sienten más cerca de sus seres queridos.</p>
<p>Recursos (matrices, fichas, formatos propios de la investigación, entre otros)</p> <p><i>Fungibles:</i> papel fomy de colores, tijeras, colbón, acetato.</p> <p><i>Humanos:</i> Docentes guías, pacientes y acompañantes.</p>
<p>Lugar</p> <p>Hospital Manuel Uribe Ángel</p>
<p>Fecha:</p> <p>Octubre de 2013.</p>

<p>PLANEACIÓN 6</p>
<p>Objetivo del trabajo de campo</p> <p>Convertir el <i>tiempo muerto</i> de los pacientes y/o acompañantes en <i>tiempo vivo</i> a través de herramientas lúdicas y de expresión artística, favoreciendo los procesos de adaptación al contexto hospitalario</p>

<p>Tema: “<i>Serenata en el castillo mágico</i>”</p>
<p>Objetivo específico</p> <p>Impactar positivamente las emociones en pacientes y acompañantes a través de la música para que las expresen en “<i>el castillo mágico</i>”.</p>
<p>Actividad</p> <p>Las investigadoras ingresarán a cada habitación y explicarán a los pacientes y acompañantes que la actividad del día será una serenata. Se les aclarará que dicha serenata se realizará en el pasillo y quienes deseen pueden salir a presenciarla, en caso de ser necesario el músico invitado de la ESTADA (Escuela Superior Tecnológica de Artes Débora Arango) ingresará a algunas habitaciones. Además se le entregará a cada participante una calabaza en papel para que exprese sus emociones, la cual será colocada posteriormente en “el castillo mágico” (castillo dibujado en cartón paja).</p>
<p>Requerimientos de información (preguntas a responder)</p>
<p>Resultados (hallazgos o patrones que se espera encontrar)</p> <p>Los pacientes y acompañantes evocan y expresan emociones positivas entre ellos.</p>
<p>Recursos (matrices, fichas, formatos propios de la investigación, entre otros)</p> <p>Fungibles: papel recortado en forma de calabaza, cartulina y lápices o lapiceros.</p> <p>Humanos: Docentes guías, pacientes, acompañantes y músico.</p>
<p>Lugar</p> <p>Hospital Manuel Uribe Ángel</p>
<p>Fecha:</p> <p>21, 22 y 23 de Octubre de 2013.</p>

<p>PLANEACIÓN 7</p>
<p>Objetivo del trabajo de campo</p>

<p>Convertir el <i>tiempo muerto</i> de los pacientes y/o acompañantes en <i>tiempo vivo</i> a través de herramientas lúdicas y de expresión artística, favoreciendo los procesos de adaptación al contexto hospitalario</p>
<p>Tema: “Disfrutando el día de los brujitos”</p>
<p>Objetivo específico</p> <p>Transformar la cotidianidad del hospital en un ambiente agradable a través de la elaboración de un antifaz.</p>
<p>Actividad</p> <p>Las investigadoras irán vestidas con disfraces alegres y festivos e ingresarán a las habitaciones proponiéndoles a los pacientes y acompañantes decorar un antifaz elaborado previamente en cartulina, para la decoración se llevará lentejuelas, mirellas, pedrería, plumas, entre otros elementos decorativos, para que cada participante lo decore según su gusto.</p>
<p>Requerimientos de información (preguntas a responder)</p>
<p>Resultados (hallazgos o patrones que se espera encontrar)</p> <p>Los pacientes y acompañantes perciben el hospital como un lugar familiar.</p>
<p>Recursos (matrices, fichas, formatos propios de la investigación, entre otros)</p> <p>Fungibles: cartulina, cinta ilusión, mirellas, lentejuelas, vinilos, colbón y tijeras.</p> <p>Humanos: Docentes guías, pacientes y acompañantes.</p>
<p>Lugar</p> <p>Hospital Manuel Uribe Ángel</p>
<p>Fecha:</p> <p>28, 29 y 30 de Octubre de 2013.</p>

<p>Objetivo del trabajo de campo</p> <p>Convertir el <i>tiempo muerto</i> de los pacientes y/o acompañantes en <i>tiempo vivo</i> a través de herramientas lúdicas y de expresión artística, favoreciendo los procesos de adaptación al contexto hospitalario.</p>
<p>Tema: “<i>En busca del payaso interior</i>”</p>
<p>Objetivo específico</p> <p>Sensibilizar al personal sanitario sobre las actitudes positivas, utilizando la técnica de clown hospitalario para procurar el empoderamiento de los procesos de la nueva cultura de humanización que adelanta el hospital</p>
<p>Actividad</p> <p>La actividad consiste en pasar por los puestos de enfermería y oficinas del personal sanitario del hospital, recordándoles el proyecto de humanización que se lleva a cabo allí, el cual está siendo apoyado por el presente proyecto, concientizándoles sobre la importancia del buen trato, la buena atención, saludar, dar las gracias y siempre sonreír.</p> <p>Nota: es importante aclarar que para la realización de esta actividad, las investigadoras participaron en un taller formativo de Clown Hospitalario, dictado por la Fundación Medicaun Payasos Hospitalarios, con una intensidad horaria de 12 horas y una semana de práctica en hospitales, centros gerontológicos y tomas barriales.</p>
<p>Requerimientos de información (preguntas a responder)</p>
<p>Resultados (hallazgos o patrones que se espera encontrar)</p> <p>La intervención de payasos hospitalarios deja una huella de alegría en cada una de las personas que interactúan con ellos.</p>
<p>Recursos (matrices, fichas, formatos propios de la investigación, entre otros)</p> <p><i>Humanos:</i> Docentes guías, pacientes y acompañantes.</p>

<p>Lugar</p> <p>Hospital Manuel Uribe Ángel</p>
<p>Fecha</p> <p>1 de octubre del 2013</p>

<p>PLANEACIÓN 9</p>
<p>Objetivo del trabajo de campo</p> <p>Convertir el <i>tiempo muerto</i> de los pacientes y/o acompañantes en <i>tiempo vivo</i> a través de herramientas lúdicas y de expresión artística, favoreciendo los procesos de adaptación al contexto hospitalario</p>
<p>Tema: “<i>El hospital se viste de fiesta</i>”</p>
<p>Objetivo específico</p> <p>Mejorar el ambiente hospitalario, con decoración alusiva a las fechas de amor y amistad, Halloween y navidad, con el fin de sensibilizar al personal sanitario y mejorar sus relaciones con los pacientes.</p>
<p>Actividad</p> <p>Las investigadoras realizarán decoraciones propias de cada época (amor y amistad, Halloween y navidad) en cada piso de intervención, con el fin de traer al hospital las festividades cotidianas, a la vez que se sensibiliza al personal sanitario de la importancia de mantener en contacto a los pacientes con la realidad.</p>
<p>Requerimientos de información (preguntas a responder)</p>
<p>Resultados (hallazgos o patrones que se espera encontrar)</p> <p>El personal sanitario demuestra una actitud positiva y mejora sus relaciones</p>

interpersonales en el hospital.
<p>Recursos (matrices, fichas, formatos propios de la investigación, entre otros)</p> <p>Fungibles: hojas iris, nailon, silicona líquida, mirella, tijeras, cartulina de colores, marcadores y fomy de colores,</p> <p>Humanos: Docentes guías</p>
<p>Lugar</p> <p>Hospital Manuel Uribe Ángel</p>
<p>Fecha</p> <p>9, 10, 11 de Septiembre, 7 de Octubre y 2 de Diciembre 2013</p>

PLANEACIÓN 10
<p>Objetivo del trabajo de campo</p> <p>Convertir el <i>tiempo muerto</i> de los pacientes y/o acompañantes en <i>tiempo vivo</i> a través de herramientas lúdicas y de expresión artística, favoreciendo los procesos de adaptación al contexto hospitalario</p>
<p>Tema: “<i>Modelando el portal de Belén</i>”</p>
<p>Objetivo específico</p> <p>Realizar un pesebre para cada uno de los pisos, en los cuales se realiza la intervención, con el fin de que el hospital sea un ambiente más cálido y familiar para los pacientes, acompañantes y personal sanitario.</p>
<p>Actividad</p> <p>Las investigadoras realizarán un pesebre en plastilina, con el fin de decorar cada puesto de información de los 6 pisos de intervención.</p> <p>Nota: para la realización de esta actividad, las investigadoras participaron en un taller</p>

<p>formativo de plastilina con una intensidad horaria de 12 horas.</p>
<p>Requerimientos de información (preguntas a responder)</p>
<p>Resultados (hallazgos o patrones que se espera encontrar)</p> <p>Los pacientes, acompañantes y personal sanitario, interactúan y pasan tiempo alrededor del pesebre.</p>
<p>Recursos (matrices, fichas, formatos propios de la investigación, entre otros)</p> <p><i>Fungibles:</i> plastilina</p> <p><i>Humanos:</i> Docentes guías</p>
<p>Lugar</p> <p>Hospital Manuel Uribe Ángel</p>
<p>Fecha</p> <p>1, 8 y 15 de Octubre 2013</p>

<p>PLANEACIÓN 11</p>
<p>Objetivo del trabajo de campo</p> <p>Convertir el <i>tiempo muerto</i> de los pacientes y/o acompañantes en <i>tiempo vivo</i> a través de herramientas lúdicas y de expresión artística, favoreciendo los procesos de adaptación al contexto hospitalario</p>
<p>Tema: “<i>Canciones para el recuerdo</i>”</p>
<p>Objetivo específico</p> <p>Mejorar la actitud de los pacientes, acompañantes y personal sanitario a través de la música como medio que posibilita la expresión de emociones, sentimientos y sensaciones.</p>
<p>Actividad</p> <p>Las investigadoras realizarán un recorrido por todos los pasillos del hospital,</p>

decorándolos con motivos navideños, en compañía de un grupo musical (trío de cuerdas), esto se hará con el fin de despedirnos y dejar un bonito recuerdo del proyecto, en pacientes, acompañantes, personal sanitario y personal administrativo.

Requerimientos de información (preguntas a responder)

Resultados (hallazgos o patrones que se espera encontrar)

Los pacientes, los acompañantes y el personal sanitario, expresan entre ellos, los sentimientos que evoca la música.

Recursos (matrices, fichas, formatos propios de la investigación, entre otros)

Humanos: Docentes guías, pacientes, acompañantes y músicos (trío de cuerdas)

Lugar

Hospital Manuel Uribe Ángel

Fecha

2 de Diciembre 2013

Anexo 4: Consentimiento informado

Universidad de Antioquia
Facultad de Educación
Departamento de Pedagogía Infantil
Licenciatura en Educación Especial
Proyecto y Práctica Pedagógica II
Consentimiento informado

**INVESTIGADORES:**

DESCRIPCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN Convertir el tiempo libre de los pacientes en tiempo activo, a través del arte como herramienta pedagógica, favoreciendo los procesos de adaptación al contexto hospitalario.

CONDICIONES ÉTICAS DE LA INVESTIGACIÓN:

Dentro de las condiciones éticas para este estudio se encuentran las siguientes:

- **Secreto Profesional:** la investigación garantiza el anonimato de los participantes debido a la importancia y respeto a la dignidad y valor del individuo, además el respeto por el derecho a la privacidad. Los investigadores se comprometen a no informar en su publicación ninguna de los nombres de los participantes ni otra información que permitiese su identificación. (en caso de que ellos no lo quieran)
- **Derecho a la no-participación:** los participantes, al estar informados de la investigación y el procedimiento, tienen plena libertad para abstenerse de responder total o parcialmente las preguntas que le sean formuladas y a prescindir de su colaboración cuando a bien lo consideren.
- **Derecho a la información:** los participantes podrán solicitar la información que consideren necesaria con relación a los propósitos, procedimientos, instrumentos de recopilación de datos y la proyección y/o socialización de la investigación, cuando lo estimen conveniente.
- **Remuneración:** los fines de la presente investigación son eminentemente formativos, académicos y profesionales y no tienen ninguna pretensión económica. Por tal

motivo la colaboración de los participantes en ella es totalmente voluntaria y no tiene ningún tipo de contraprestación económica ni de otra índole.

- **Divulgación:** la devolución de los resultados será presentada (por escrito u oralmente) al Hospital Manuel Uribe Ángel de Envigado y a los participantes para que sean conocidos por la comunidad. Los resultados de la investigación serán divulgados al interior de la Universidad de Antioquia y posiblemente en publicaciones académicas. En cuanto a la necesidad de tomar fotos y realización de videos para la divulgación y/o publicación, estas serán autorizadas por los participantes. No obstante en estos procesos el secreto profesional se mantendrá sin que se pudiera dar lugar al reconocimiento de la identidad.

- **Acompañamiento:** Las investigadoras contarán con el acompañamiento permanente del grupo de docentes del nivel en las diferentes etapas del proceso de investigación, quienes brindarán la asesoría teórica, metodológica y ética pertinente para la realización del trabajo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PEDAGOGÍA HOSPITALARIA

Yo: _____

Certifico que he sido informado(a) con la claridad y veracidad debida respecto al curso y proceso de mi participación en la investigación que tiene por objetivo convertir el tiempo libre de los pacientes en tiempo activo, a través del arte como herramienta pedagógica, favoreciendo los procesos de adaptación al contexto hospitalario. Que actúo consciente, libre y voluntariamente como participante contribuyendo a la fase de recolección de la información. Soy conocedor (a) de la autonomía suficiente que poseo para abstenerme de responder total o parcialmente las preguntas que me sean formuladas y a prescindir de mi colaboración cuando a bien lo considere y sin necesidad de justificación alguna.

Que se respetará la buena fe, la confidencialidad e intimidad de la información por mí suministrada, lo mismo que mi seguridad física y psicológica. En cuanto a la necesidad de tomar

fotos y realización de videos para la divulgación y/o publicación, autorizo que lo hagan siempre y cuando éstas sean utilizadas con fines Investigativos de tipo pedagógico al servicio de la comunidad académica.

FIRMA PARTICIPANTE _____

C.C. _____

FIRMA DEL ACOMPAÑANTE _____

C.C. _____

FIRMA INVESTIGADOR _____

C.C. _____

FIRMA INVESTIGADOR _____

C.C. _____

Anexo 5: Escala Tipo Likert

Universidad de Antioquia
Facultad de Educación
Departamento de Pedagogía Infantil
Licenciatura en Educación Especial
Proyecto y Práctica Pedagógica II
Escala De Actitudes Tipo Likert



Objetivo de investigación: Mejorar la adaptación y ajuste de los pacientes y sus acompañantes a los procesos de hospitalización, a través de actividades lúdico-artísticas, que permitan la transformación del tiempo pasivo que transcurre entre procedimiento y procedimiento médico, en tiempo activo, constructivo y educativo.

Siempre (S-5) - Casi Siempre (CS-4) - Algunas Veces (AV-3) - Muy pocas Veces (PV-2) - Nunca (N-1)

	S-5)	CS-4)	AV-3)	PV-2)	N-1)
Expresar mis emociones, sentimientos y sensaciones a través de diferentes actividades, reduce la ansiedad y el estrés que produce el hospital.					
Participar en actividades lúdico artísticas, hace que el tiempo en el hospital transcurra más rápidamente.					
Actividades como la literatura, la pintura, la música, entre otras, me ayudan a tolerar mejor la enfermedad y la hospitalización.					
Realizar actividades lúdico artísticas con mis acompañantes, enriquece la experiencia de compartir juntos este momento de enfermedad.					
Después de realizar actividades lúdicas artísticas, mi relación con el personal sanitario es más cordial y amigable.					

Anexo 6: Formatos diarios

Diario N°	
Nombres:	
Lugar:	Tema:
Fecha y hora:	Descripción del tema:
OBSERVADO	VIVIDO
CATEGORÍA	INTERPRETACIÓN
Conclusión	
Análisis documental	
REGISTRO FOTOGRÁFICO	



Nombres:		
Lugar	Fecha	Hora
Actividad realizada:		
1. FUNCIONAMIENTO INTRAPERSONAL		
OBSERVACIONES REALIZADAS	APOYO DOCUMENTAL	
1.1. Estado de ánimo		
1.1.1 Pacientes:		
1.1.2 Acompañantes		
1.1.3 Personal del hospital		
1.1.4 Investigadoras		
1.1.5 Otros		
1.2. Percepción del tiempo		
1.2.1. Pacientes		
1.2.2. Acompañantes		
1.2.3. Personal del hospital		
1.2.4. Investigadoras		

1.2.5. Otros	
1.3. Tolerancia	
1.3.1. Pacientes	
1.3.2. Acompañantes	
1.3.3. Personal del hospital	
1.3.4. Investigadoras	
1.3.5. Otros	
2 FUNCIONAMIENTO INTERPERSONAL	
OBSERVACIONES REALIZADAS	APOYO DOCUMENTAL
2.1 Relaciones con los acompañantes	
2.2 Relaciones con el personal sanitario	
2.3 Relaciones con otros pacientes	
2.4 Relaciones entre acompañantes	

OTRAS OBSERVACIONES	
Posible categoría emergente	OBSERVACIÓN REALIZADA