



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

Facultad de Educación

**FORTALECER SU INTELIGENCIA EMOCIONAL: UN RETO PARA LAS
FAMILIAS DE NIÑAS Y NIÑOS HOSPITALIZADOS**

Trabajo presentado para optar al título de Licenciadas en Pedagogía Infantil

JESSICA CATHERINE CALLE AGUDELO

LADY CATALINA SERNA TAMAYO

ASESORA

MARÍA ISABEL ECHAVARRÍA LÓPEZ

MG. EN EDUCACIÓN Y DESARROLLO HUMANO

**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD DE EDUCACIÓN

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN INFANTIL

LICENCIATURA EN PEDAGOGÍA INFANTIL

MEDELLÍN

2017

DEDICATORIA

A Dios por darme la sensibilidad y la fuerza necesaria para continuar alegrando los corazones de los niños y las niñas en las adversidades que presenta la vida, a mi familia, por su amor y su apoyo incondicional en cada momento que sentí desfallecer, especialmente mi mamá, mi mayor apoyo, motivación y ejemplo a seguir. A Andrés Montoya por impulsarme a lograr mis metas y rodearme de confianza y tranquilidad, a mis maestras Colombia Hernández e Isabel Echavarría por su dedicación, paciencia y esmero, y a todas las personas que han estado presentes en este recorrido de la vida, mil gracias.

Jessica Catherine Calle Agudelo

La vida es un ir y venir de sensaciones, situaciones y personas que nos marcan durante el camino que recorreremos, por eso agradezco a Dios el permitirme vivir cada una de las circunstancias que he pasado, las cuales han forjado mi camino y el amor por esta profesión; a mis padres por ser ese pilar que me sostiene cuando tambaleo y me recuerdan mis capacidades, ellos son mi fiel ejemplo de persistencia. A mi hermano, por acompañarme, escucharme y tenderme la mano siempre que lo creía necesario. Mil gracias a Luis Atehortúa por ser esa persona que día a día me acompaña y me ayuda a crecer, a creer en mí misma y en mis capacidades. Gracias los docentes que han pasado por mi proceso educativo, a Isabel y Colombia por abrirme la puerta a nuevas experiencias que me hacen amar más aquello por lo que he soñado, y a todas esas personas que han aportado a mi formación, no me alcanza el papel para mencionarlos a todos y a todas, pero saben que cada uno ha hecho de mí lo que soy ahora.

Lady Catalina Serna Tamayo

AGRADECIMIENTOS

Quisiéramos expresar nuestro agradecimiento a todas las personas e instituciones que han hecho posible la realización de este trabajo.

Al Hospital Universitario San Vicente Fundación por tener siempre las puertas abiertas a la comunidad académica en busca de acciones que generen bienestar y sensibilidad social.

A Jakelin Acevedo y Paula Ramírez quienes compartieron sus enseñanzas y preocupaciones en torno a la infancia y sus familias.

A las familias que compartieron sus experiencias y saberes con nosotras.

A las profesoras Colombia Hernández e Isabel Echavarría por su completa disposición, por su paciencia, motivación y apoyo en la elaboración de este trabajo.

A la profesora Diana Posada por sus aportes y colaboración en el desarrollo del ejercicio investigativo, los cuales sirvieron para direccionar nuestro camino.

Al grupo de investigación GEPIDH (Grupo de Estudios en Pedagogía, Infancia y Desarrollo Humano), por su apoyo, confianza y el aval brindado desde el inicio en este maravilloso proyecto.

Y a la Universidad de Antioquia, nuestra Alma Máter por acogernos en el seno de su sabiduría y llenarnos de conocimientos para alcanzar mejores horizontes.

UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA

1 8 0 3

TABLA DE CONTENIDO

DEDICATORIA	1
AGRADECIMIENTOS	2
Resumen	5
INTRODUCCIÓN	7
1. PLANTEAMIENTO DE LA OPORTUNIDAD	9
2. ESTADO DEL ARTE	15
2.1 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	22
2.1.1 OBJETIVO GENERAL	22
2.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
3. REFERENTES CONCEPTUALES	23
3.1 SALUD Y ENFERMEDAD	23
3.2 LA HOSPITALIZACIÓN INFANTIL	24
3.3 LA VIVENCIA HOSPITALARIA	26
3.4 LA FAMILIA	27
3.5 INTELIGENCIAS	28
3.5.1 INTELIGENCIA EMOCIONAL	30
3.6 ATENCIÓN EDUCATIVA EN LOS CONTEXTOS HOSPITALARIOS	32
4. METODOLOGÍA	35
4.1 CONSIDERACIONES ÉTICAS	39
5. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	40
5.1 VIVENCIA HOSPITALARIA DESDE LAS FAMILIAS	41
5.2 LOS TALLERES LÚDICO PEDAGÓGICOS: UNA HERRAMIENTA PARA FORTALECER LA INTELIGENCIA EMOCIONAL	51
5.3 EFECTO DE LOS TALLERES LÚDICO PEDAGÓGICOS SOBRE LA VIVENCIA HOSPITALARIA	68
6. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	72
EL FORTALECIMIENTO DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL: UNA AYUDA PARA EL MANEJO	

	4
DE LA VIVENCIA HOSPITALARIA EN LAS FAMILIAS.	72
7. CONCLUSIONES	76
8. REFERENCIAS:	81
ANEXOS	89
ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO	89
ANEXO 2 CICLO DE TALLERES	90
ANEXO 3 DIARIO PEDAGÓGICO	97
ANEXO 4 ENTREVISTA	98
ANEXO 5 ILUSTRACIÓN 1 SISTEMA CATEGORIAL	99



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

1 8 0 3

Resumen

El presente informe da cuenta del proceso de práctica pedagógica con énfasis investigativo, llevada a cabo en el Hospital Universitario San Vicente Fundación (HUSVF) entre agosto de 2016 y abril de 2017, cuyo objetivo estuvo centrado en analizar la incidencia de un ciclo de talleres lúdico pedagógicos orientados a fortalecer la inteligencia emocional en el manejo de la vivencia hospitalaria de seis grupos familiares de niños y niñas hospitalizados en el HUSVF. Se entiende la inteligencia emocional como la capacidad que tienen los seres humanos para reconocer, controlar y movilizar sus emociones y sentimientos con base a la relación con el otro y consigo mismo, y se reconoce la incidencia de esta inteligencia en las familias dentro de los procesos de hospitalización, en la medida en que esta afecta las actitudes, los sentimientos e incluso la recuperación de los pacientes pediátricos. La metodología que orientó esta investigación se enmarcó en el paradigma cualitativo con un diseño narrativo, y comprendió tres fases, la *preparación* que se dio con la exploración del contexto por medio de la observación y la interacción con los y las participantes, la *implementación* a través de entrevistas semi-estructuradas y talleres lúdico pedagógicos; y, por último, el *análisis* de la información teniendo como unidad de análisis los relatos de las familias. El resultado radica en la comprensión y el fortalecimiento de la inteligencia emocional por parte de las familias participantes en los talleres lúdico pedagógicos, minimizando factores de estrés y ansiedad por medio de las situaciones de aprendizaje que permitieron la socialización, distracción, adaptación, expresión de sentimientos y emociones.

Palabras claves: inteligencia emocional, familias, hospitalización, pedagogía hospitalaria, pediatría, hospitalización infantil, quemados.

Abstract: the present report of the account of the process of pedagogical practice with an emphasis on research, carried out at the University Hospital San Vicente Foundation (HUSVF) between August 2016 and April 2017. The objective of this report was to analyze the incidence of a cycle of Pedagogical workshops aimed at strengthening emotional intelligence in the management of the hospitality of six family groups of children hospitalized in the HUSVF. Emotional intelligence is understood as the capacity that human beings have to recognize, control and mobilize their emotions and feelings based on the relationship with the other and with themselves, and recognizes the incidence of this intelligence in families within the processes of hospitalization, insofar as it affects the attitudes, feelings and recovery of pediatric patients. The methodology that guided this research was framed in the qualitative paradigm with a narrative design, and comprised three phases, the preparation that occurred with the exploration of the context through observation and interaction with the participants, implementation through from. From semi-structured interviews and pedagogical play workshops; And, finally, the analysis of the information taking the unit of analysis of the families accounts. The result is the understanding and strengthening of emotional intelligence by the families participating in the pedagogical play workshops, minimizing the stress and anxiety factors through the learning situations that allowed socialization, distraction, adaptation, The expression of feelings and emotions.

Key Words: emotional intelligence, families, hospitalization, hospital pedagogy, pediatrics, child hospitalization, burns.

INTRODUCCIÓN

El presente ejercicio de investigación formativa surge del interés por la expresión de las emociones de las familias de las niñas y los niños hospitalizados en el marco de la inteligencia emocional, cobrando significado en la pedagogía infantil al ver la incidencia que tiene esta en el proceso de recuperación de los pacientes pediátricos y de cómo esta puede ser fortalecida por medio de la pedagogía hospitalaria.

Por lo tanto, la importancia de la inteligencia emocional en las familias de pacientes pediátricos radica en el conocimiento y la regulación de sus emociones tanto negativas como positivas, para así emplearlas y transmitir las de la manera más conveniente en el contexto hospitalario, buscando hacer de la situación de hospitalización un proceso menos tedioso y complejo, y logrando minimizar factores de estrés o miedo en los infantes, para mejorar su adherencia a los tratamientos médicos y por ende, apoyando su recuperación.

Si bien la incidencia de las emociones de las familias en los procesos de recuperación de los pacientes pediátricos es relevante, hemos observado que estas expresiones de la inteligencia emocional no son tenidas en cuenta muchas veces dentro de los procesos de la pedagogía hospitalaria, por lo que el objetivo de este trabajo fue analizar la incidencia de un ciclo de talleres lúdico pedagógicos orientados a fortalecer la inteligencia emocional en el manejo de la vivencia hospitalaria de seis grupos familiares de niños y niñas hospitalizados en el HUSVF, para lo cual fue necesario la revisión de los trabajos realizados en este campo como aporte investigativo relacionado con el objeto de estudio, con el fin de acercarnos a investigaciones y trabajos realizados en torno a la pedagogía hospitalaria, la familia, sus emociones y la hospitalización de pacientes pediátricos.

Seguidamente, se construyeron unos referentes conceptuales que permitieron establecer

elementos principales para profundizar en las temáticas centrales -inteligencia emocional y vivencia hospitalaria de las familias de pacientes pediátricos-, además se estableció una metodología con un paradigma cualitativo y un diseño narrativo que permitió llevar a cabo el análisis y la discusión de los resultados con base a los relatos de las familias participantes.



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

1 8 0 3

1. PLANTEAMIENTO DE LA OPORTUNIDAD

La inteligencia es un concepto que ha sido estudiado por diversos autores y en diferentes épocas, principalmente en el ámbito de las Ciencias Sociales y Humanas, principalmente desde la Psicología. Por consiguiente, este concepto demuestra que cada autor o cada corriente en la que se encuentra adscrito tiene una forma de plantear su concepción de inteligencia, pero en general se tiende a definir la inteligencia como un proceso de corte netamente cognitivo; por ejemplo, según Scarr y Carter-Saltzman (1989) citados en Molero, Saiz, & Martínez (1998):

El término inteligencia debería reservarse para el nivel individual del funcionamiento cognitivo, para aquellos atributos individuales que se centran alrededor de las habilidades de razonamiento, el conocimiento de la propia cultura y la capacidad de llegar a soluciones innovadoras para los problemas (p. 22).

En medio de las diversas definiciones que se han dado, el autor Howard Gardner (1993) citado en Molero et al. (1998), plantea que no hay una sola inteligencia sino que insiste en “la pluralidad del intelecto” (p. 25), debido a que existen muchas capacidades humanas que pueden ser consideradas como inteligencias, porque así como es expresado por Gardner (1983/1993) citado en Molero, et al., (1998, p. 24) “son tan fundamentales como las que tradicionalmente detecta el test de Cociente Intelectual (CI).” Dentro de dichas capacidades humanas se encuentran aquellas referidas a las relaciones interpersonales e intrapersonales, es decir, las cuales se dirigen a las relaciones con los demás y la relación consigo mismo (Gardner, 1993), estas dos capacidades dan paso al tipo de inteligencia que fue abordada en este proyecto: la inteligencia emocional, la cual según Daniel Goleman (1996):

Es una forma de interactuar con el mundo que tiene muy en cuenta los sentimientos, y engloba habilidades tales como el control de los impulsos, la autoconciencia, la motivación, el entusiasmo, la perseverancia, la empatía, la agilidad mental. Ellas configuran rasgos de carácter como la autodisciplina, la compasión o el altruismo que resultan indispensables para una buena y creativa adaptación social. (Costa y Seoane, 2013, párr. 3).

Además, la inteligencia emocional es aquella que permite reconocerse en un ambiente y reconocer al otro como alguien diferente, en otras palabras, es la comunicación emocional que se entabla con el otro a partir del autoconocimiento. Este tipo de inteligencia permite predisponer al cuerpo y a la mente a la adaptación de situaciones adversas y la superación de las mismas, tal como lo plantea Salovey (2000) quien expresa que “el hecho de ser optimista y experimentar emociones positivas provee recursos para afrontar más exitosamente problemas de salud, motivando la realización de comportamientos más saludables.”(Quesada, Justicia, Romero y García, 2014, p.573), por lo tanto, la inteligencia emocional se hace importante en el enfrentamiento de momentos complejos de la vida como lo es la alteración del estado de salud, bien sea propio o de algún familiar, principalmente cuando se trata de una hospitalización o una enfermedad por un período prolongado.

Por consiguiente, la importancia de desarrollar la inteligencia socio-emocional radica en la necesidad de afrontar de la mejor forma posible los diferentes retos y situaciones que pongan a prueba las capacidades de quien los enfrenta, así a partir de conocer las emociones propias, controlarlas, movilizarlas y reflejarlas de forma asertiva se hace más fácil sobreponerse a las adversidades y comunicarse con los demás, algo que aunque nunca

es tarde para reforzar, se debe fortalecer desde las primeras edades por parte de los adultos significativos.

De acuerdo con lo anterior, se planteó que, para los niños y las niñas en situación de hospitalización, este tipo de inteligencia es vital a la hora de dejar su vida cotidiana y pasar un período de tiempo alejado de lo que comúnmente viven. Allí, no sólo ellos sino también sus familiares necesitan tener esa capacidad de transmitir, reconocer y emplear las emociones pertinentes que hagan el proceso menos tedioso y complejo, puesto que en medio de esta adversidad cualquier actitud o palabra que se exprese durante el acompañamiento familiar puede ser un medio influyente de recuperación en los niños y las niñas tal como es destacado por autores como Brophy y Erickson (1990), Davies (1984) Daniels (1987) y Wertlieb, Hauser y Jacobson (1986), los cuales encontraron relaciones entre la ansiedad y el estrés que presentan los familiares en el hospital, teniendo incidencia con la activación cardíaca, las alteraciones conductuales y la adaptación a la hospitalización de los niños y las niñas, por lo tanto en vez de ser figuras de apoyo, incrementan el estrés infantil al no expresar adecuadamente sus emociones. (Méndez, Ortigosa y Pedroche, 1996).

Igualmente, muchas veces se presentan algunas situaciones que no permiten resolver el conflicto socio afectivo que se vive durante la hospitalización generado por el estrés y los miedos que ocasiona la enfermedad del paciente y/o sus tratamientos, tales como la desinformación a la hora de tomar decisiones o buscar apoyo, la búsqueda de soledad o aislamiento para no recibir ayudas y/o comentarios y la falta de exploración de soluciones alternativas.

Ahora bien, entendiendo el papel de la incidencia de la inteligencia emocional en el proceso de hospitalización de los niños y las niñas se establece que la familia cumple

un papel importante en su desarrollo en la infancia, puesto que el contexto familiar es el más cercano y a la vez el más duradero, allí es el primer lugar donde los infantes inician su aprendizaje a través de los estímulos y las vivencias que padres y familiares le brindan, es decir que por medio de la estabilidad y el equilibrio que se presente en la relación con los padres y demás miembros de la familia se define el clima afectivo en el cual las niñas y los niños crecen, configurándose también el desarrollo emocional por medio de las pautas sociales para el tipo de emociones permitidas, toleradas o rechazadas (González, 2002).

Es por ello que se hace importante que los padres recuerden que toda actitud y postura que tomen incidirá directamente en las conductas y relaciones de los infantes consigo mismos y con su entorno.

Seguidamente, es necesario también tener en cuenta que en el desarrollo infantil interviene la escuela como contexto que permite la formación integral de las niñas y los niños y que, en conjunto con la familia, influye en la formación de conductas prosociales¹, interpersonales e intrapersonales, por lo tanto, aunque los infantes ingresen a la educación infantil, los padres siguen teniendo una marcada influencia en la autoestima, autoconcepto y motivación de los pequeños.

Con relación a lo anterior, se ubicó a la pedagogía como el medio facilitador del desarrollo y/o el potenciamiento de la inteligencia emocional en las familias, debido a que existe la necesidad de procesos formativos que aborden no sólo desde el contexto educativo la formación integral del ser, sino también desde otros ámbitos sociales que de

¹ Según Roche (1991) las conductas prosociales “son aquellos comportamientos que, sin buscar una recompensa externa, favorecen a otras personas o grupos sociales, según el criterio de éstos, y aumentan la probabilidad de generar una reciprocidad positiva de calidad y solidaridad en las relaciones interpersonales o sociales, preservando la identidad, creatividad y la iniciativa de los individuos o grupos implicados” (citado en Marín, 2009, pág. 61)

igual modo se ven enmarcados en distintas situaciones adversas. Por esta razón, es posible pensar en la pedagogía hospitalaria, en donde el hospital como escenario, abre sus puertas para replantear el sentido de la sensibilidad social y de la formación socio emocional.

Los hospitales han optado por plantear una alternativa educativa basada en la pedagogía hospitalaria, debido a que esta permite que los niños y las niñas mantengan sus hábitos de aprendizaje y su relación con los otros, en esta:

Se busca que la misma apunte más allá del mero currículo escolar. Por ello, se ha buscado proporcionar apoyo emocional al niño y a la familia, disminuir la ansiedad, mejorar su adaptación y ajuste a la hospitalización, fomentar la actividad procurando que el niño ocupe provechosamente su tiempo libre, cultivar la natural alegría infantil y las relaciones sociales y proporcionar confianza y seguridad al niño y a su familia (Alonso, García y Romero, 2006, p. 456)

Por ello, los hospitales, en el caso de los niños, las niñas y de sus familias, pueden ser un lugar que apoye el fortalecimiento de la inteligencia emocional generando espacios distintos a los del área clínica, en los que se trabaje sobre los sentires de las personas. Así, el Hospital Universitario San Vicente Fundación (HUSVF) tiene espacios como el Aula Hospitalaria en los cuales se puede potenciar este tipo de inteligencia tanto con los niños y las niñas como con sus familias. El Aula Hospitalaria es un espacio que permite que los pacientes del área infantil y sus familias puedan llevar procesos de vinculación con el desarrollo educativo, aunque se encuentren hospitalizados; además permite que las actividades sean un punto de apoyo para sobrellevar la estadía y la carga emocional que conlleva un quebranto de salud.

Por lo tanto, como futuras maestras, interesadas en la educación hospitalaria, consideramos importante diseñar e implementar propuestas que fortalezcan la inteligencia emocional de las familias en la hospitalización de las niñas y los niños; pues durante la práctica pedagógica llevada a cabo durante el período académico 2016-02 en el Aula Hospitalaria del HUSVF, pudimos observar como el manejo de las emociones (expresión o inhibición de miedos, temores, actitudes que evidenciaban ansiedad) por parte de los padres y demás familiares de los pacientes pediátricos hospitalizados, se veía reflejado en los niños y las niñas facilitando o no su proceso de recuperación y su disposición para participar en las actividades educativas planteadas en esta aula pedagógica.

Fue en ese momento que encontramos la oportunidad de llevar a cabo una propuesta basada en talleres lúdico pedagógicos, dirigida a los familiares de las niñas y los niños hospitalizados y orientada al fortalecimiento de su inteligencia emocional, y así mismo, fue posible precisar sus efectos sobre la vivencia de la hospitalización, de modo que pudiésemos dar respuesta a nuestra pregunta central de investigación:

¿Cómo incide en el manejo de la vivencia hospitalaria de seis grupos familiares de niños y niñas hospitalizados en el HUSVF, la implementación de un ciclo de talleres lúdico pedagógicos orientados a fortalecer su inteligencia emocional?

2. ESTADO DEL ARTE

La búsqueda de documentos que apoyaron nuestro proyecto se realizó centrándonos inicialmente en el idioma español y en términos bases como: pedagogía hospitalaria, familias (Henao y García, 2009), pediatría (Álvarez et al, 2010), hospitalización infantil (Méndez et al., 1996; López, 2011; Quesada et al., 2014;), inteligencia emocional (Atehortúa, Cardona y Vélez, 2008; Bedoya y Cadavid, 2006;) e intervenciones pedagógicas enmarcadas en la infancia y la familia (López, 2006; Rendón, Parra, Cuadros y Barragán, 2009; Garaigordobil, 2005; Hernández, 2015). Igualmente, se hizo uso de bibliotecas, páginas web (incluyendo blogs, bases de datos, entre otras) y centros de documentación, en los cuales se encontraron 12 documentos de períodos comprendidos entre los años 1996 y 2015.

A partir de allí se encontró que, la hospitalización pediátrica ha sido abordada por diversas ciencias sociales, entre ellas la psicología, la sociología, la educación, entre otras. Por un lado, se ha planteado la importancia de las emociones generadas en el contexto hospitalario con relación a los accidentes tenidos no sólo en los pacientes sino también en sus familias, en otra parte, la necesidad de la escolarización en otros contextos. Igualmente, también se evidenció que la inteligencia emocional es un concepto reciente y que ha sido abordado por psicólogos, investigadores y profesores, y, además, en el campo de la pedagogía hospitalaria se ve enmarcado en conocer las alteraciones emocionales y su control.

Así, en el campo de la psicología, Méndez, et al. (1996) realizaron una revisión de los programas de preparación psicológica a la hospitalización en los pacientes pediátricos, elaborando un artículo titulado “Preparación a la hospitalización infantil: afrontamiento del estrés”, considerando los factores de estrés y las repercusiones hacia los niños y sus padres. Por esto, nombraron algunas técnicas adaptadas para afrontar la

hospitalización como lo son: “relajación y respiración, imaginación/distracción, auto-verbalizaciones / auto-instrucciones, inoculación de estrés, disposición del ambiente físico, ensayo de conducta y reforzamiento positivo” (p. 193), y a modo de conclusión expusieron como la estrategia más importante para tratar el estrés dar información a los pacientes de pediatría sobre las sensaciones y situaciones por las que atravesarán, puesto que este mecanismo permite prepararles para la hospitalización.

López (2011) desarrolló su tesis doctoral titulada “Alteraciones emocionales en la hospitalización infantil: Análisis psicoevolutivo” realizada en España y aplicada en diferentes hospitales de la red de Servicio de Salud de Andalucía con muestras variables de niños, niñas y progenitores, y desarrollada con distintas fases e instrumentos como la revisión bibliográfica, la observación, las entrevistas, el análisis de variables, las escalas de valoración, y por último los resultados y conclusiones.

En su tesis planteó inicialmente que las interacciones del niño y/o la niña son afectadas por su proceso de hospitalización y que, por lo tanto, esta no puede tratarse sólo desde un ámbito biológico, sino también desde el psicológico y el social. Ahora bien, entre sus resultados también expresó que las emociones y comportamientos de los progenitores afectan las actitudes, los sentimientos e incluso la recuperación de los pacientes pediátricos, por consiguiente, insistió en la importancia de atender no sólo al paciente desde los aspectos psicológicos, sino también a las familias durante la estancia hospitalaria buscando reducir sus miedos, el estrés y la ansiedad.

Quesada, et al. (2014), analizaron las distintas referencias bibliográficas sobre las estrategias de afrontamiento emocional en la hospitalización en los pacientes y su círculo social, presentando su artículo “La enfermedad crónica infantil. Repercusiones emocionales

en el paciente y en la familia”, publicado en la revista *Psicología*, que tal como lo plantean Fernández y López (2006) la hospitalización desencadena una serie de estímulos que resultan estresantes e incluso amenazantes de la integridad física del niño y la niña y de todas las personas que forman parte de su círculo afectivo, además que la adaptación a estas circunstancias depende significativamente de tres factores: la enfermedad que padece, las características del niño o la niña y los factores ambientales.

Para el afrontamiento de la hospitalización analizaron los posibles mecanismos de defensa y los ambientes que se forman para crear conductas adaptativas que prevalecen sobre la situación desadaptativa, tales como negación de la realidad transitoria, la proyección, la auto culpabilidad, la regresión, la represión y la reparación, desde una perspectiva emocional. Esto con estrategias como recopilación de la información y apoyo en fuentes principales de literatura acerca de estrategias de intervención.

Desde un campo más cercano a la educación, López et al. (2006) realizaron una investigación titulada: “Hospitalización infantil y atención psico-educativa en contextos excepcionales de aprendizaje”, en donde expresaron la necesidad de la atención psicológica y educativa para los niños que se encuentran hospitalizados, por medio del análisis de planteamientos legislativos y metodologías de atenciones psicopedagógicas hospitalarias, al igual que las implicaciones acerca de la preparación de los profesionales que laboran allí. Entre las conclusiones a las que llegaron recomiendan tranquilizar y generar seguridad en el paciente para favorecer el aprendizaje conforme al contexto y la situación, buscando la adaptación o readaptación al medio escolar para quienes finalicen su estancia en el hospital.

En esta misma línea educativa y con relación a la inteligencia emocional Atehortúa, Cardona y Vélez (2008), asesoradas por la profesora Patricia Parra de la

Universidad de Antioquia, plantearon el proyecto de grado titulado: El fortalecimiento de la inteligencia emocional a través de la literatura infantil en los niños y niñas de las salas A, B y C de urgencias del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, en el cual, a través de una propuesta pedagógica basada en la literatura infantil, se pretendía potenciar aspectos de la inteligencia emocional de los niños que ingresaban a urgencias, dentro de sus resultados evidenciaron un fortalecimiento de la inteligencia emocional, debido a que los niños y las niñas lograron identificarse con los personajes, expresar sus sentimientos y tranquilizarse durante las sesiones.

De igual manera, Bedoya y Cadavid (2006), asesoradas por la profesora Duber Mary Echavarría, formularon su trabajo de grado pensado a partir de la pregunta ¿Cómo incide la implementación de estrategias como indagación, trabajo cooperativo y reflexiones morales en la potenciación de la inteligencia emocional en niños y niñas entre 3 y 11 años de edad pertenecientes a la sala de oncología del Hospital san Vicente de Paúl? proponiendo intervenciones de corte reflexivo a partir de técnicas artísticas como la pintura, el dibujo, entre otros, que permitan potencializar en los niños y niñas del Hospital San Vicente la inteligencia emocional. Como resultados se evidenció una importante mejora en los componentes característicos de la inteligencia emocional, gracias a actividades que favorecieron en los niños y las niñas el autoconocimiento tanto de sus aspectos físicos como en sus gustos y desacuerdos, la relación con otros enfatizando en la importancia de la empatía, facilidades en el autocontrol entre otros.

Con respecto a los pacientes de oncología, Álvarez, et al. (2010), asesoradas por la profesora Ángela Inés Palacio, realizaron su trabajo de grado con las niñas y los niños con tratamiento oncológico, el cual lleva por título Infancia y finitud: una lectura

fenomenológico-hermenéutica a los relatos de formación de un grupo de niños y niñas con cáncer, el cual buscaba utilizar la narrativa y las experiencias de los niños y niñas con cáncer, como medio para abordar la formación de estos. Este trabajo se llevó a cabo en la institución Medicancer, el cual no cuenta con espacios para el quehacer pedagógico. Durante el proceso se encontró con que la lectura fenomenológico-hermenéutica hecha desde los relatos de las experiencias de los niños y las niñas con cáncer frente a las temáticas como la muerte y el sentido de la vida, permite la construcción de saber pedagógico sobre la formación, evidenciando que este saber se forma de acuerdo a las interpretaciones que hace cada niño y niña de su situación.

Por su parte, Rendón, Parra, Cuadros y Barragán (2009), realizaron un proyecto de intervención pedagógica titulada “Aprender a pensar lo social: Programa de intervención pedagógica basado en habilidades del pensamiento crítico reflexivo y aprendizaje cooperativo para el desarrollo de la competencia socioemocional en el contexto escolar”, en donde basados en cinco componentes de la inteligencia emocional (el autoconocimiento o conciencia de sí mismo, el autodomínio o autocontrol, la empatía, la automotivación emocional y las habilidades sociales y de comunicación) y por medio de encuentros educativos, crearon grupos para potenciar estas habilidades. Establecieron como conclusión, la importancia y la necesidad de abordar la competencia socioemocional en el contexto escolar con los adolescentes, promoviendo una educación que tenga en cuenta el desarrollo integral, buscando mitigar el efecto de las adversidades, la incapacidad para adaptarse a otro tipo de situaciones, las respuestas violentas, la baja autoestima, entre otros.

Siguiendo la línea de proyectos de intervención, Garaigordobil (2005) desarrolló una propuesta llamada “Diseño y evaluación de un programa de intervención

socioemocional para promover la conducta prosocial y prevenir la violencia”, en la cual, como su título indica, se diseñó, implementó y evaluó un programa de intervención basado en el juego cooperativo- creativo para niños y niñas de los últimos grados de primaria, con el objetivo de promover la conducta prosocial, para esto se realizó el diseño experimental basado en el antes y el después o pretest- intervención- postest con grupos de control y un total de 86 personas del 10 y 11 años.

De este proyecto se evidenció un aumento de las conductas prosociales, de las conductas sociales de respeto por las normas, del liderazgo, de las conductas asertivas en la interacción con iguales, autocontrol de los impulsos y la popularidad.

Posteriormente, Hernández (2015) propuso el “Programa para la Promoción de Potencialidades Personales y Prevención de Conductas de Riesgo para la Salud en Escolares. “PILAS! mejores adultos, mejores niños”, programa desarrollado desde grupo de investigación Previva de la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, en el cual se pretendía potenciar habilidades sociales y competencias ciudadanas en los adultos y los maestros de la ciudad de Medellín, buscando que ellos promuevan estas mismas en las niñas y los niños. Para ello ofrecieron un corto proceso de intervención a padres y maestros a través de metodologías activas y asesorías acerca de temas de desarrollo personal orientado a niñas y niños y a su vez se promovió la deslegitimación de la violencia en las interacciones de la vida cotidiana.

En sus resultados se evidenció un mejoramiento de las estrategias de crianza y educación en padres y docentes, los cuales fomentan el desarrollo integral y saludable de los niños y las niñas, promoviendo así nuevas estrategias de autocontrol y aplicación de castigos

alternativos, además de presentar una mejoría en torno a los proyectos pedagógicos de las instituciones educativas.

Ya en relación con las familias, Henao y García (2009) realizaron una tesis doctoral de corte no experimental donde se presentó a la familia como pilar en la formación de componentes emocionales de los niños y las niñas el cual lleva por nombre “Interacción familiar y desarrollo emocional en niños y niñas”. El objetivo principal fue abordar los diferentes estilos de interacción de padres de niños y niñas en edad preescolar y la relación que tienen estas interacciones con el desarrollo de los componentes emocionales de los infantes. Esta investigación se realizó con 404 niños y niñas entre los 5 años y los 6 años de edad y sus respectivos padres por medio de unos test (PEF y EDEI)

De este proyecto se concluyó que de los cuatro tipos de interacción familiar (Autoritario, Equilibrado, permisivo y no implicado), el estilo de interacción equilibrado es aquel que genera conductas adecuadas y adaptativas en los niños y niñas y además posibilita un mayor nivel de comprensión emocional en estos.

A partir de la revisión de estos antecedentes se pudo concretar un punto crucial que le abre las puertas a este trabajo de grado, debido a que abordaron las situaciones emocionales en el contexto hospitalario, no sólo desde el paciente pediátrico sino también haciendo parte a su familia como factor potenciador de protección y recuperación. También, analizaron las implicaciones de la formación de los profesionales que se encuentran laborando en el hospital con relación a la atención socio afectiva que allí se brinda. De igual modo, plantearon estrategias para la adaptación a esta situación desde el campo artístico y educativo, entre ellas se destacaron la potenciación de la imaginación y la distracción, y reconocieron los procesos lúdico-pedagógicos como herramientas para minimizar los efectos

emocionales y comportamentales de la hospitalización. Sin embargo, poco se ha indagado acerca del fortalecimiento de la inteligencia emocional en las familias de los niños y niñas en situación de hospitalización, específicamente desde el campo de la educación; Si bien se han hecho acercamiento a este fortalecimiento, se dan principalmente en el ambiente escolar o desde otras áreas de las ciencias sociales como la psicología, por tanto, se consideró pertinente llevar a cabo este proyecto con énfasis investigativo.

2.1 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar la incidencia de un ciclo de talleres lúdico pedagógicos orientados a fortalecer la inteligencia emocional en el manejo de la vivencia hospitalaria de seis grupos familiares de niños y niñas hospitalizados en el HUSVF.

2.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Indagar el estado emocional y las formas de manejar las emociones de las familias ante la hospitalización de los niños y las niñas.
- Implementar con las familias los talleres lúdico pedagógicos orientados a fortalecer su inteligencia emocional.
- Recopilar con los grupos familiares a través de relatos, los aportes de los talleres realizados para afrontar la vivencia hospitalaria.

3. REFERENTES CONCEPTUALES

3.1 SALUD Y ENFERMEDAD

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948) citada en Alcántara, (2008, p. 96), define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, es decir, que no es una afección solo desde lo biológico, sino que también tiene influencia en los aspectos sociales y culturales. Por lo tanto, se entiende la enfermedad como una “alteración más o menos grave de la salud” (Real Academia -RAE, 2016), la cual tiene tres interpretaciones desde la patología, el padecimiento y la enfermedad como tal:

Entendiendo la patología como el mal funcionamiento de procesos biológicos o psicológicos, la cual designa las anomalías funcionales o estructurales de base orgánica; la enfermedad que se relaciona con las dimensiones sociales de la persona, en donde se insertan los procesos de la patología y a sus paradigmas ideológicas, sociopolíticas y económicas y; el padecimiento que incluye procesos de atención, percepción, respuesta afectiva, cognición y valoración directa ante la enfermedad y sus manifestaciones. (Kleinman, 1980, citado en Vergara, 2007, p. 43)

Esta alteración de la salud afecta no solamente a quien la padece, sino también a las personas que se encuentran cercanas al enfermo, pues, así como es planteado por Grau y Fernández (2010) “la hospitalización, los tratamientos y las secuelas constituyen un desafío para la familia” (p. 203), es decir, implican una reestructuración a una situación no cotidiana, la enfermedad, la cual puede ser impredecible y tiene fases que requieren de una adaptación:

Fase de crisis: comprende el periodo previo al diagnóstico. En esta fase se manifiestan los síntomas y existe la sospecha de que algo no va bien. En este periodo hay que

aprender a convivir con los síntomas, adaptarse al hospital y a las exigencias de los tratamientos, dar significado a la enfermedad, aceptar el cambio y reorganizarse.

Fase crónica: es intermedia entre el diagnóstico y la fase terminal. En esta fase hay que compatibilizar las necesidades de la enfermedad con las necesidades de la familia.

Fase terminal: la sensación de pérdida está presente. Hay que afrontar la muerte y el trabajar el duelo. (Grau y Fernández, 2010, p. 204)

Por estas situaciones, la enfermedad y la salud implica transformaciones en quienes la viven desde lo social, lo cultural, lo biológico y lo mental, pues requiere de adaptación, aceptación y cambios.

3.2 LA HOSPITALIZACIÓN INFANTIL

La hospitalización es entendida como el periodo de tiempo en el cual los pacientes con enfermedades se encuentran internados en el hospital. Igualmente, es considerada una situación que “contiene los suficientes elementos objetivos para que sea percibida como un acontecimiento traumático por muchos enfermos, y con magnitudes más significativas en el caso concreto de la infancia” (López, 2011, p. 51), por lo cual se ve envuelta en una serie de experiencias traumáticas, por los momentos potenciadores de estrés, temores, miedo y ansiedad.

Por consiguiente, el espacio hospitalario es un contexto que se hace ajeno a las rutinas y hábitos cotidianos principalmente en la infancia, suponiendo una serie de momentos estresantes al verse en compañía de personas no conocidas, al igual que de tratamientos algunas veces dolorosos. “Implica además situaciones desagradables como: la separación de sus padres y la pérdida del ambiente familiar y escolar” (Grau y Ortiz, 2001, citados en López, 2011, p. 46).

Todos estos momentos, pueden conllevar al hospitalismo o la depresión anaclítica, lo cual son conceptos abordados inicialmente por René Spitz durante los años 1945 y 1946 y hacen alusión a los efectos negativos en el ámbito afectivo, generados en los niños y las niñas internados en alguna institución debido a la separación de sus padres. Entre ellos, se hace evidente la lenta recuperación, el llanto sin razón específica, el despertar con angustias, la anorexia y el fuerte arraigo a la madre, entre otros. (Leal, Plata y Mendoza, 1997)

Seguidamente, Spitz (1946), citado en Leal, et al., (1997, p. 118) plantea que “la ausencia de cuidados maternos equivale a la indigencia emotiva” es decir, a la carencia de afectos y atenciones necesarias para que el hijo y/o la hija tenga bienestar, por lo que la presencia de los padres es no sólo importante, sino también necesaria a la hora de brindar procesos de recuperación en los niños y las niñas con enfermedades crónicas

De igual modo, es necesario tener en cuenta que en esta situación influyen diversas variables del ser humano para lograr o no su adaptación, es decir:

La forma particular en que cada niño y niña reacciona frente a la hospitalización depende de su edad, sexo, nivel de desarrollo cognitivo, de su forma de enfrentar las situaciones de separación o pérdida, de la información que haya recibido previamente en relación con la hospitalización, de la calidad de las relaciones con sus padres, de sus propias fantasías en relación con la enfermedad, de las reacciones de los padres al hecho mismo de la hospitalización y evidentemente de la actitud que encuentre en el personal que estará a su cargo. (Barrada y Cardona, 2005, p. 11)

Entonces, para hacer más llevadera la hospitalización infantil se expone como necesario tener en cuenta al paciente en todas sus dimensiones, es decir, brindar una atención

integral que lo cobije a él, su familia y su entorno en general, desde lo biológico, lo psicológico y lo social.

3.3 LA VIVENCIA HOSPITALARIA

Nietzsche entiende la vivencia como datos de la experiencia interior que se constituye en interpretaciones propias de la realidad (Parmeggiani, 2000), igualmente la RAE (2017) interpreta la palabra vivencia como la “experiencia que se tiene de algo”, así, las vivencias se conforman como propias de la subjetividad de cada sujeto y se enmarcan en los sucesos que pueda atravesar a lo largo de su vida.

Por consiguiente, la vivencia hospitalaria es una experiencia considerada en sí traumática, pues se hace ajena al contexto cotidiano de quienes se encuentran en esta situación, sin embargo tal como lo plantean autores como Quesada, et al. (2014), Hernández y Rabadán (2013) y Silva (2012), esta situación tiene diferentes grados de afectación de acuerdo a la enfermedad que se padece, las características personales del niño, la niña o la familia en general, tales como la edad, la capacidad de tolerancia a la frustración, el sentido del humor, la adaptabilidad a contextos y situaciones nuevas, entre otros.

Igualmente, es importante tener en cuenta que en la vivencia hospitalaria,

Aparece como relevante el tipo de vínculo que le es posible al paciente establecer con el personal que lo atiende y las características de las interacciones que se dan con ellos, lo cual es fundamental no sólo para su experiencia, sino también para su recuperación (Silva, 2012, p. 138).

Así entonces, la vivencia hospitalaria incide no sólo el momento de hospitalización, sino que se constituye como una experiencia para toda la vida tanto en el paciente pediátrico como en la familia.

3.4 LA FAMILIA

El concepto de familia ha sido dinámico y abordado por diversos autores de diferentes campos de saberes, según el momento histórico. Por consiguiente, se hace difícil establecer una sola definición que permita abordar todo lo que su estructura y funcionamiento conlleva. Sin embargo, seleccionando una explicación sobre este concepto, Poston, Turball, Park, Mannan, Marquis y Cnag (2004), citados en Úbeda (2009) exponen que: “una familia incluye aquellas personas que se considera que forman parte de ella, ya estén relacionadas por vínculos de sangre, matrimonio o no y que apoyen y se preocupen de las personas de forma habitual” (p. 25) es decir, un grupo de individuos que habitan o no juntos, pero se encuentran enlazados por vínculos afectivos o consanguíneos.

Es entonces, que por esta vinculación los procesos de hospitalización no solo afectan al paciente, sino también a las personas que forman parte de su vida, mayormente a la familia en sus dinámicas y roles, es por esto que “para los padres la hospitalización de un hijo, independientemente de la razón de esta, tiene un significado amenazante para la integridad física y emocional del niño, lo que les produce angustia” (Streisand, Braniecki, Tercyak y Kazak, 2001, citados en López, 2011, p. 31). Esta angustia, además de surgir por las múltiples dudas que acarrea la espera de un pronóstico o el alivio del paciente, se enfoca principalmente en la falta de adaptación a esta circunstancia, suponiendo esfuerzos imprevistos para la familia desde el ámbito emocional.

Esto se da en consecuencia a emociones o sentimientos inesperados, así como los que son planteados por Peña y Vera-Noriega, (2005), citados en López (2011):

Inseguridad, desorientación, dudas, falta de confianza en el desempeño de su rol, sentimientos de agobio ante la paternidad, dificultades en la toma de decisiones, falta

de colaboración en la rutina del hogar y/o en las visitas médicas o consecución de los tratamientos, etc. (p. 33)

Por lo tanto, el abordar adecuadamente estos sentimientos supone minimizar las alteraciones emocionales no sólo de la familia sino también del paciente, reduciendo los niveles de estrés y ansiedad en las dinámicas familiares con relación a la enfermedad y al proceso de hospitalización

3.5 INTELIGENCIAS

La inteligencia es un término que se ha acuñado a diferentes conceptos “desde los inicios de la psicología científica y hasta finales del siglo XX” (Molero, et al., 1998, p. 11) el cual, en su mayoría, ha sido relacionado con una perspectiva psicométrica y cognitiva, en la que se busca medir la capacidad mental del ser humano de acuerdo a ciertos componentes que consideran esenciales para calcular el nivel inteligencia.

Entre las tantas líneas de concepción de la inteligencia se encuentra la de Sternberg (1997), quien describe esta como una habilidad no meramente cognitiva, sino que además está permeada por el contexto sociocultural y planteada en varios tipos de inteligencia: la inteligencia analítica, sintética o creativa y práctica. Además, diferencia la inteligencia exitosa de la inteligencia académica o psicométrica (Hernández, et al, 2011).

La inteligencia analítica se refiere a la habilidad de pensar de manera abstracta y procesar la información de una manera eficaz, por tanto las personas que desarrollan dicha inteligencia poseen gran organización mental respecto al análisis, evaluación y juicios frente a las diferentes situaciones y problemas; por su parte la inteligencia sintética o creativa se encarga de realizar relaciones entre hechos e información que aparentemente no tienen relación alguna; y la inteligencia práctica es aquella que permite adaptarse a las diferentes

situaciones o contextos y modelarlos de forma que le permita destacar los puntos fuertes (Hernández, et al, 2011).

Asimismo Howard Gardner (1993) propone las inteligencias múltiples, nombre que surge a partir de la capacidad del ser humano para resolver problemas y a partir de las características que debe tener una inteligencia, una operatividad y una codificación, de aquí se desprenden siete inteligencias que generalmente trabajan a la par en el ser humano: inteligencia musical, inteligencia cinético-corporal, inteligencia lógico-matemática, inteligencia lingüística, inteligencia espacial, inteligencia interpersonal e inteligencia intrapersonal.

Gardner (1993) describe las inteligencias de la siguiente manera: la inteligencia musical como aquella capacidad que tienen las personas con todo lo relacionado a la música, ya sea el canto o la interpretación de un instrumento, donde se demuestra entre otras habilidades que la capacidad musical cumple con una independencia, un grado de vínculo biológico y además activa algunas zonas específicas del hemisferio derecho del cerebro.

La inteligencia cinético-corporal corresponde a la capacidad humana de realizar y perfeccionar los movimientos, permitiendo a través de estos realizar soluciones al problema, es así como con los movimientos transmitimos diferentes emociones, o para reconocer cual es el movimiento más adecuado para realizar en algún deporte, entre otros.

En cuanto a la inteligencia lógico- matemática, aquella descrita como la capacidad de resolver problemas pertenecientes a cualquier terreno, junto con la inteligencia lingüística son las capacidades más estudiadas y en las cuales se basan principalmente los test

de coeficiente intelectual; la inteligencia lingüística se refiere a esa capacidad universal de producir lenguaje, desarrollar frases gramaticales y comprenderlas acertadamente.

En la inteligencia espacial se hace referencia a la capacidad a la resolución de problemas de tipo locacional a partir, por ejemplo, de mapas con sistema notacional.

La inteligencia interpersonal y la inteligencia intrapersonal van ligadas, aunque tienen sus diferencias. La primera se refiere a la capacidad de reconocer distinciones entre las personas como lo son cambios de temperamento, motivaciones e intenciones las cuales permiten la interacción social humana. La segunda se concreta en el conocimiento de los aspectos internos de una persona, principalmente en cuanto al acceso a la propia vida emocional, la capacidad de distinguir entre las emociones, nombrarlas y recurrir a ellas para orientar su propia conducta.

3.5.1 INTELIGENCIA EMOCIONAL

De las dos últimas inteligencias planteadas por Gardner (1993) (la interpersonal e intrapersonal), derivan en la inteligencia emocional, la cual es un término popularizado por el autor Daniel Goleman (1996) quien en su libro “Inteligencia emocional”, explica cómo el mundo de lo afectivo carga de significado y tiene gran influencia en aspectos como la toma de decisiones.

Goleman (1996) describe la inteligencia emocional como una forma de interactuar con el mundo a través de los sentimientos, por lo tanto, el déficit de dicha inteligencia trae repercusiones en los aspectos de la vida cotidiana, incluyendo los trastornos en la salud. Además, propone una guía para fomentar y fortalecer los vínculos entre la inteligencia y la afectividad a partir de un modelamiento de circuitos cerebrales.

Es igualmente este autor, quien plantea las cinco características de la inteligencia emocional: autoconocimiento, autorregulación, motivación, empatía y habilidades sociales;

Características como la capacidad de motivarnos a nosotros mismos, de perseverar en el empeño a pesar de las posibles frustraciones, de controlar los impulsos, de diferir las gratificaciones, de regular nuestros propios estados de ánimo, de evitar que la angustia interfiera con nuestras facultades racionales y, por último —pero no por ello, menos importante—, la capacidad de empatizar y confiar en los demás. (Goleman, 1996, pp. 25-26)

Sin embargo, Salovey y Mayer (1990) ya habían hablado de esta inteligencia “como la capacidad de entender y controlar las emociones propias y ajenas, discriminar entre ellas y utilizar esta información para guiar el pensamiento y las acciones de uno” (Fernández y Montero, 2016, p.55) y Bar-On y Parker (2000) hablaban de esta como un conjunto de capacidades emocionales, personales e interpersonales que puede determinar el éxito en la vida e influir directamente en el bienestar emocional del individuo (Ferrando, 2006).

Igualmente, otros autores ya la habían planteado como inteligencia social, entre ellos Thorndike (1920) citado en Fernández y Montero (2016), quien planteó que esta inteligencia era “la habilidad para entender a las personas y cooperar con ellas” (p.55).

También se encuentran autores que se oponen a estas concepciones, entre ellos tenemos a Hedlund y Sternberg (2000), Davies et al. (1998) y McCrae (2000), citados en Tejjido (2010) quienes plantean que la construcción de la inteligencia emocional no es realmente una aptitud mental, sino más bien un aspecto de la personalidad. Sin embargo, pese a las posturas a favor o en contra, este concepto sigue vigente.

3.6 ATENCIÓN EDUCATIVA EN LOS CONTEXTOS HOSPITALARIOS

La atención educativa en los contextos hospitalarios tiene inicios en la II Guerra Mundial. “La razón fundamental estuvo en las frecuentes y severas alteraciones psicológicas que sufrían los niños que eran ingresados durante largos periodos en los hospitales, alejados de su entorno familiar” (Polaino y Lizasoán, 1992, p. 50). Su principal objetivo no ha cambiado hasta entonces, pues radica en involucrar a los niños y las niñas a la educación por medio de la pedagogía hospitalaria, y al mismo tiempo contribuir a mejorar la calidad de vida dentro del hospital y con ello su recuperación.

Es por ello que, la pedagogía hospitalaria no se basa sólo en la educación formal, sino que:

Se busca que la misma apunte más allá del mero currículo escolar. Por ello, se ha buscado proporcionar apoyo emocional al niño y a la familia, disminuir la ansiedad, mejorar su adaptación y ajuste a la hospitalización, fomentar la actividad procurando que el niño ocupe provechosamente su tiempo libre, cultivar la natural alegría infantil y las relaciones sociales y proporcionar confianza y seguridad al niño y a su familia. (Alonso, et al., 2006, p. 456)

Ahora bien, en el año 2000, el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, (llamado así en ese entonces, pero actualmente nombrado Hospital Universitario San Vicente Fundación), integra a la hospitalización de los niños y las niñas un nuevo programa denominado “Proceso Lúdico Pedagógico”, hoy “Aula hospitalaria”, el cual mediante diversas actividades ha buscado mantener y potenciar los distintos aprendizajes del contexto escolar y la vida cotidiana.

Estos procesos educativos están reglamentados por las leyes de Colombia, entre ellas la Ley de Infancia y Adolescencia (Ley 1098 del 2006) que garantiza el cumplimiento de derechos y libertades a las personas menores de 18 años, entre ellos el artículo 28 del Derecho a la educación y el artículo 29 del Derecho al desarrollo integral en la primera infancia, los cuales plantean la obligatoriedad de la educación de calidad y la educación inicial como derechos impostergables, sin embargo, esta ley no hace ninguna claridad sobre la importancia de generar espacios que respondan a las necesidades educativas especiales como lo son las hospitalización, entre otras.

También está el Decreto 1470 de 2013, que reglamenta el apoyo académico especial, haciendo mayor énfasis a la población con cáncer, pero establece como beneficiarios a:

La población menor de 18 años matriculada en un establecimiento educativo en los niveles de preescolar, básica y media que se encuentre en Instituciones Prestadoras de Salud o aulas hospitalarias públicas o privadas en alguna de las condiciones determinadas en el artículo 2 de la Ley 1388 de 2010. (Artículo 2, Decreto 1470 de 2013, Congreso de Colombia)

Ahora bien, es necesario tener presente que esta atención tiene obstáculos que obligan al maestro a repensar y estar en constante reflexión sobre su adecuada implementación, puesto que “entre las mayores dificultades con las que se encuentran los profesionales de este campo está el acomodar los planes educativos a las capacidades de los niños y a las condiciones especiales del trabajo en el hospital” (Polaino et al., 1992, p. 50).

Se espera entonces, que la atención educativa en los contextos hospitalarios, garantice la permanencia de los niños y las niñas en la educación, sin hacer distinciones

socioeconómicas, ideológicas o de género y raza², atendiendo a los principios de igualdad y de dignidad, para así contribuir al bienestar social e incidir en la recuperación de los pacientes pediátricos, priorizando en las necesidades e intereses de cada uno de los niños y las niñas y haciendo valer las leyes, decretos y derechos establecidos.



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA

1 8 0 3

² Entendemos el concepto de raza como “una extensa categoría de individuos que comparten ciertas características físicas heredadas similares como el color de la piel, formas cefálicas, nasales, labios, tipos de pelo y sangre” (Gilbert, 1197, p. 440)

4. METODOLOGÍA

El presente proyecto pedagógico con énfasis investigativo se enmarcó dentro del paradigma cualitativo dado que por medio de este:

Se busca comprender la perspectiva de los participantes (individuos o grupos pequeños de personas a los que se investigará) acerca de los fenómenos que los rodean, profundizar en sus experiencias, perspectivas, opiniones y significados, es decir, la forma en que los participantes perciben subjetivamente su realidad” (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p. 364).

Igualmente, recogió aportes del diseño narrativo, puesto que en este “el investigador recolecta datos sobre las historias de vida y experiencias de ciertas personas para describirlas y analizarlas. Resultan de interés los individuos en sí mismos y su entorno, incluyendo, desde luego, a otras personas” (Hernández, et al, 2010, p.504).

La propuesta comprendió tres fases o momentos: preparación, implementación y análisis. En un primer momento, se dio la preparación para la indagación del proyecto pedagógico la cual incluyó la observación participante, la selección del tema y construcción del planteamiento del problema y objetivos, el rastreo documental el cual permitió dar cuenta de los antecedentes y conceptos centrales, además del diseño de actividades, estrategias de trabajo e instrumentos. En un segundo momento, se realizó la implementación en la cual se llevaron a cabo las estrategias de indagación tales como la observación participante, los talleres lúdico-pedagógicos y la entrevista semi-estructurada a las familias, entendiendo estas estrategias como:

- Observación participante: la cual “implica tener en cuenta la existencia del observador, su subjetividad y reciprocidad en el acto de observar” (Hernández, et al, 2010,

p. 600). Este tipo de observación pretende reconocer al sujeto en su ambiente, atendiendo primordialmente al punto de vista de quienes se encuentran en ella.

Con la observación participante se busca la recolección de datos, allí el investigador procura por “pasar el mayor tiempo posible con los individuos que estudia, viviendo del modo que ellos” (Lara y Ballesteros 2007, p.277). Esta observación, por tanto, permite un doble objetivo, una implicación del investigador en las actividades que se realizan y un análisis de lo que sucede en esta actividad; de igual manera permite una experiencia doble tanto como miembro activo y como ajeno a la comunidad. (Lara y Ballesteros 2007)

- Talleres lúdico-pedagógicos: entendiendo los talleres como:
Un dispositivo de trabajo con grupos, que es limitado en el tiempo y se realiza con determinados objetivos particulares, permitiendo la activación de un proceso pedagógico sustentado en la integración de teoría y práctica, el protagonismo de los participantes, el diálogo de saberes, y la producción colectiva de aprendizajes, operando una transformación en las personas participantes y en la situación de partida. (Cano, 2012, p. 33).

De igual manera, se pretende hacer uso de un enfoque lúdico pedagógico propuesto por la pedagogía hospitalaria, pues este permite la utilización de:

Recursos para motivar al cambio; es decir, promueven experiencias vitales –en algunos casos–, a través de la música, la pintura, la danza, literatura, teatro; donde el paciente interactúa, toca, escucha, se expresa corporalmente, dice, codifica, decodifica, representa; siempre desde el plano de la creación, de su creación.

(Administración Federal de Servicios Educativos en el Distrito Federal, 2009, p. 99).

Entonces los talleres lúdico-pedagógicos vienen siendo una estrategia de participación grupal realizada a través de situaciones experienciales y artísticas que responden

a un objetivo, el cual se basa en las relaciones teoría- práctica, que permite que los participantes se expresen y entre ellos construyan conocimientos.

- Entrevista semi-estructurada: estas “se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados” (Hernández, et al, 2010, p. 418).

La entrevista tiene como finalidad dar cuenta -de manera rigurosa- acerca del pensar del otro, para esto se utiliza temáticas generales que permita recolectar ideas emergentes que faciliten para el entrevistador identificar aquello que la persona entrevistada piensa, cree, siente, opina acerca del tema tratado. (Tezanos, 1998)

Por su parte en la entrevista semi-estructurada el entrevistador tiene la potestad de modificar las preguntas a realizar de acuerdo a la situación particular del entrevistado y a la información recibida en preguntas anteriores, de manera tal que, si en una pregunta el participante da una respuesta suficiente para contestar otra, está en la decisión del entrevistador si ahonda más en dicha pregunta o puede considerar suficiente la respuesta de la pregunta anterior.

La información recopilada en la implementación de las estrategias de indagación fue registrada en los instrumentos diseñados para tal fin: diario pedagógico y guía de entrevista (Ver anexos), haciendo especial énfasis en los relatos de las familias como principal fuente de información y posterior unidad de análisis. Por último, en la fase de análisis se procedió a la construcción del sistema categorial, codificación de la información e interpretación de los datos y elaboración del informe final.

Finalmente, como estrategias de divulgación de los resultados se realizó la presentación del presente informe ante la comunidad académica: integrantes del grupo de investigación GEPIDH, el Comité de Carrera de la Licenciatura en Pedagogía Infantil, al Centro de Práctica.

En relación al contexto de aplicación, este ejercicio de investigación formativa se llevó a cabo como parte del proceso de Práctica Pedagógica desarrollada en los tres últimos semestres de la Licenciatura en Pedagogía Infantil de la Universidad de Antioquia, y cuyo centro de práctica fue el Hospital Universitario San Vicente Fundación, el cual se encuentra ubicado en la Calle 64 # 51 D - 154, en el sector de la Candelaria. Cuenta con un estrato predominante socioeconómico 4, además, este hospital brinda atención integral con un enfoque biopsicosocial mayormente a las personas del Sistema de Selección de Beneficiarios Para Programas Sociales (SISBEN) nivel 1 o 2.

El proceso de práctica, se situó con la población de Pediatría, la cual es una población fluctuante dentro del hospital debido a las diversas patologías atendidas y teniendo en cuenta que algunos de los pacientes requieren de tiempos más diversos de hospitalización, sin embargo, se atiende entre 50.000³ niñas y niños anualmente. Para la atención de esta población el HUSVF cuenta con un Aula Hospitalaria entendida como un espacio creado para estimular a niños y niñas hospitalizados, evitando la apatía y el desinterés por los procesos de aprendizaje, fortaleciendo la autoimagen y la autoestima mediante la realización de

³ Los datos estadísticos que aparecen en este párrafo fueron proporcionados por las docentes del Aula Hospitalaria del HUSVF, durante la inducción general de práctica.

actividades que les permitan reincorporarse a su año escolar cuando recuperen la salud,⁴ asisten anualmente 13.000 niñas y niños entre los 0 y los 17 años.

Ahora bien, los participantes directos del presente ejercicio de investigación formativa fueron seis familias de niñas y niños hospitalizados en la Sala de Quemados del HUSVF, procedentes de diferentes partes del país, (atendiendo a una muestra representativa de esta como lo son el padre, la madre o un cuidador), que hayan sido intervenidos por quemaduras. Esta población fue seleccionada debido a que su permanencia en el hospital es por un periodo más prolongado, igualmente debido a que, se observó que las familias se sienten muy afectadas y experimentan emociones como culpabilidad, inseguridad, desorientación, falta de colaboración en la rutina del hogar y/o en las visitas médicas, entre otros. (Peña y Vera-Noriega, 2005, citados en López, 2011), debido a que esta situación no es dada como una enfermedad sino como un accidente que se presenta a manera de “lesiones que afectan a la piel y tejidos vivos producidas por agentes físicos o químicos” y pueden ser causadas en cualquier momento. (López y Expósito, 2016, p. 197).

Y como participantes indirectos se contó con: una asesora académica del proyecto pedagógico investigativo y dos maestras cooperadoras licenciadas en pedagogía infantil, las cuales desarrollaron las jornadas pedagógicas del Aula Hospitalaria.

4.1 CONSIDERACIONES ÉTICAS

En el desarrollo de este proyecto investigativo, se consideró inicialmente el aval de las maestras cooperadoras para desarrollar el proyecto con los y las participantes de la

⁴Información recuperada de la página del Hospital Universitario San Vicente Fundación: <http://hospitaluniversitario.sanvicentefundacion.com/index.php/servicios-medicos/hospital-infantil/aula-hospitalaria>, el 07 de marzo de 2017

sala de quemados, reivindicando nuestro compromiso con el proceso del ejercicio investigativo a desarrollar y el respeto por los derechos de autor realizando la debida referenciación de las fuentes.

Otro aspecto que se tuvo en cuenta fue el principio de la confidencialidad y protección de la intimidad de los y las participantes, a quienes se les indicó que la participación era voluntaria y anónima. Se solicitó de manera formal su participación mediante su autorización a partir de un consentimiento informado (Anexo 1) en donde se hizo énfasis en el respeto al derecho de la privacidad de los datos personales, igualmente se les presentaron los propósitos y objetivos de la investigación y la necesidad de contar con ellos en el proceso del proyecto, expresándoles claramente que toda la información recolectada sería usada exclusivamente con fines académicos y la privacidad de sus comentarios sería mantenida con absoluto rigor, al igual que se omitirían la toma de imágenes que expusieran sus identidades. También se explicó a los participantes de la investigación que la información recolectada y las acciones y comentarios no serían juzgados ni tendrían algún tipo de connotación evaluativa. Igualmente, se realizó la presentación de la propuesta a el área de Gestión Académica y a las maestras cooperadoras del Aula Hospitalaria del HUSVF, y se realizó la devolución de los resultados por medio de la jornada de socialización dispuesta desde el programa de Licenciatura en Pedagogía Infantil.

5. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Para el análisis de los relatos recogidos durante la implementación de los ciclos de talleres (Anexo 2) con las familias de los niños y niñas hospitalizados en la Unidad de Quemados, fue necesario detallar las observaciones realizadas a través de diarios pedagógicos (Anexo 3), y registrar las respuestas dadas a las preguntas de la entrevista (Anexo 4), para posteriormente pasar a la codificación de los mismos.

Para el análisis se construyó un Sistema Categorical preliminar (Ver anexo 5) el cual contó con dos categorías principales: Inteligencia Emocional y Vivencia Hospitalaria, las cuales a su vez articularon unas subcategorías y categorías de tercer orden. Este análisis, realizado con base en los relatos de las familias tuvo en cuenta el derecho a la confidencialidad, por lo tanto, no se hizo uso de los nombres. Además, es importante precisar que estas descripciones sólo fueron utilizadas e interpretadas con fines académicos.

Ahora bien, estos relatos dieron un acercamiento directo a las experiencias y los aprendizajes de los y las participantes, permitiendo dar cuenta de cómo los ciclos de talleres lúdico pedagógicos fortalecen la inteligencia emocional en las familias de los niños y las niñas hospitalizados, lo cual se presentará en los siguientes apartados.

5.1 VIVENCIA HOSPITALARIA DESDE LAS FAMILIAS

El presente ejercicio de investigación formativa se realizó en las instalaciones del Hospital Universitario San Vicente Fundación, principalmente en el bloque de pediatría en la sala de quemados, como aporte de la práctica pedagógica a la formación de maestros y maestras; dicha práctica se llevó a cabo realizando diferentes tipos de actividades con las familias de niñas y niños que se encontraban en proceso de recuperación por lesiones causadas por quemaduras, buscando fortalecer en estas familias características de la

inteligencia emocional.

De acuerdo con Goleman (1996), citado en Costa y Seoane (2013), la inteligencia emocional se entiende como:

La forma de interactuar con el mundo que tiene muy en cuenta los sentimientos, y engloba habilidades tales como el control de los impulsos, la autoconciencia, la motivación, el entusiasmo, la perseverancia, la empatía, la agilidad mental. Ellas configuran rasgos de carácter como la autodisciplina, la compasión o el altruismo que resultan indispensables para una buena y creativa adaptación social. (párr.3)

Por su parte, Salovey y Mayer (1990) plantean la inteligencia emocional como aquella capacidad en la cual las personas comprenden sus propias emociones y las de los demás y, a partir de allí expresarlas buscando que estas sean beneficiosas tanto para él como para la sociedad que lo rodea. De aquí surgen características como “la evaluación verbal y no verbal, la expresión emocional, la regulación de la emoción en uno mismo y en los otros y la utilización del contenido emocional en la solución de problemas” (citados en Morelo, Saiz y Esteban, 1998, p.25)

Estas habilidades planteadas en la definición anterior son evidentes cuando los sujetos son puestos a prueba por diferentes situaciones que deben atravesar a lo largo de la vida, una de esas situaciones es la hospitalización, ya sea de sí mismos o de algún cercano, la cual les exige un cambio en la rutina de su vida diaria, como es el caso de las familia de los niños y niñas hospitalizados, las cuales deben dejar sus hogares, sus actividades diarias e incluso a sus otros hijos y sus trabajos, para poder acompañar a aquel niño o niñas que se encuentra internado en el hospital.

A partir de esto, uno de los objetivos específicos planteados en el presente

ejercicio de investigación formativa, estuvo orientado a indagar por el estado emocional y las formas de manejar las emociones de las familias ante la hospitalización de los niños y las niñas participantes del primer taller lúdico pedagógico. Para dar cuenta de lo anterior se recurrió a la realización de una entrevista semiestructurada, la cual, si bien en un inicio se diseñó para ser aplicada a cada familia de forma individual, los y las participantes prefirieron que ésta se realizara de forma grupal, argumentando que así se sentían más cómodos, así cada participante fue libre de responder solo si se sentían confiados a hacerlo.

De acuerdo con lo anterior se aplicó la entrevista semiestructurada a un grupo de seis familias - cuatro mujeres madres de dos niños y dos niñas respectivamente, y dos hombres, uno padre de un niño y el otro tío de otro de los niños- con el propósito de recolectar información que permitiera un acercamiento a su estado emocional y conocer como éstas manejan sus emociones de cara a la situación de hospitalización de sus hijos e hijas o familiar pediátrico. Dicha entrevista fue previamente revisada y aprobada por las maestras cooperadoras de forma escrita y presencial.

Durante la entrevista realizada se encontró que los y las participantes reconocen los sentimientos que los embargan en su paso por la vivencia hospitalaria resaltando principalmente sentimientos de culpa, tranquilidad, tristeza, incertidumbre e incluso venganza. Molero, Sainz y Esteban (1998) expresan que este reconocimiento de emociones propias es “la piedra angular de la inteligencia emocional [y] nos da un mayor control sobre nuestras vidas,” (p.26)

Ante la pregunta *¿Cómo se siente usted en su paso por esta situación?*, los y las participantes expresaron:

- *“¿Por qué a mí?, ¿por qué me pasa esto a mí?, ¿por qué a mi niño?, ¿por qué?, ¿por*

qué?” A uno le preocupa porque es el niño de uno.

- *“Me siento tranquilo porque Dios está conmigo”*
- *“Que de lo malo también se aprende, de lo maluco”*
- *“Uno no asimila las cosas”*

Este tipo de emociones que las familias experimentan hacen parte de las experiencias de la hospitalización debido a que esta es considerada como un suceso traumático tanto para el niño o la niña como para la familia, pues los temores y angustias de los pacientes pediátricos afectan directamente el núcleo familiar, generando así niveles de estrés: “la súbita aparición de la enfermedad hace al paciente plantearse por qué le ha “tocado” a él y por qué en ese preciso momento” (Hernández y Rabadán, 2013, p. 168), preguntas que también sus allegados se hacen constantemente por los sentimientos de tristeza o culpa que los embargan, tal como se encuentra en las respuestas de algunas de las familias, en la cual expresan que constantemente se preguntan el por qué ellos están pasando por esta situación.

De igual manera se evidenció un fuerte acercamiento religioso y de aprendizaje durante las respuestas de las familias, donde los participantes toman la situación vivida como una experiencia para aprender y se refieren a la hospitalización como “lo malo”, lo cual hace énfasis en que la hospitalización se entiende como una mala situación, como un suceso traumático, aun así se apoyan en sus creencias religiosas como ese acompañamiento que necesitan para sobreponerse a la hospitalización de los niños y las niñas.

Seguidamente se indagó acerca de sentimientos de culpa y tristeza a través de la pregunta: ¿Ha sentido responsabilidad de la hospitalización del paciente pediátrico o sentimientos de culpa o tristeza?, ¿por qué?

En las respuestas se halló cómo algunas familias se sienten culpables por lo sucedido a los niños y las niñas, ya sea porque ellos se lo recuerdan o porque sienten responsabilidad frente a la situación que provocó la estadía hospitalaria, esto fue visible mediante respuestas como:

- *“Obvio, si ellos (refiriéndose a los niños) le dicen a cada ratito eso a uno”*
- *Desde que se quemó.*
- *Yo sí, porque en parte yo lo incité para que fuera a la cocina.*
- *“A veces uno si piensa, si no hubiera entrado a la iglesia eso no le hubiera pasado a mi niña”*

Dentro de las respuestas de las familias se encontró que aquellos que dicen sentirse culpables expresaron que no debieron realizar algo como entrar a la iglesia o enviar al niño o niña a la cocina, es decir, tienden a sentirse responsables de lo que les ha sucedido a sus niños, de esto Fernández (2010) afirma que:

Los padres suelen creer que pueden controlar todo lo que les sucede a sus hijos y así protegerlos contra todo mal, frente a la enfermedad esta creencia hace que surjan sentimientos de culpa. La existencia de dichos sentimientos es independiente de sí en realidad son o no responsables de la enfermedad, es decir que muchas veces los sentimientos de culpa son irracionales. (p.8)

Por otro lado, se encontraron familias que afirman no sentirse culpable, ya sea porque acepten las circunstancias como “una situación que pasó” o como una responsabilidad del colegio

- *“Triste sí, pero culpable no, porque yo mandé al niño sano y salvo para el colegio”*
- *“Yo no me siento culpable y sé que mi esposa tampoco, porque yo sé que él es muy*

activo... fue una situación que pasó, pero me queda la seguridad de que tengo que tomar más precaución”

Aquí se evidencia que los padres son conscientes de no ser los responsables de los accidentes que sufrieron sus hijos e hijas, ya sea porque durante ese momento no se encontraba bajo su cuidado o porque consideran haber hecho todo lo necesario para la protección del niño o la niña.

Adicional a esto se indagó acerca del reconocimiento de los sentimientos o emociones que los han embargado a partir de lo ocurrido y la forma cómo los ha manejado, de esto se halló que en ocasiones los padres además de los sentimientos de culpa mencionados anteriormente expresan que sienten *“venganza, también a veces”*, esto tiene lugar principalmente cuando el niño o la niña sufrió el accidente bajo el cuidado de alguien más. Por otra parte, algunas familias reconocen que no pueden sentir venganza expresando que *“yo no puedo sentir que yo tengo venganza porque es un poste”*, es decir que, según lo expresado por esta familia, la venganza es un sentimiento que no puede dirigirse hacia un objeto.

En las respuestas de las anteriores preguntas se puede evidenciar una retrospectiva por parte de las familias frente a los sentimientos que los han embargado durante la hospitalización de los niños y las niñas, esto es lo que Goleman (1996) llama conciencia de uno mismo y la describe como *“Esa conciencia auto reflexiva en la que la mente se ocupa de observar e investigar la experiencia misma, incluidas las emociones. [El ser consciente de sí mismo también] es estar atento a los estados internos sin reaccionar ante ellos y sin juzgarlos.”* (p.34). En otras palabras, el reconocer y darle nombre a los procesos emocionales que cada persona pasa, es decir el autoconocimiento emocional, permite indagar

inicialmente que es lo que sucede al interior de sí mismo.

Por otra parte, se evidencia dentro de estas afirmaciones que los participantes no sólo nombran las emociones que los embargan, sino que además buscan la forma de manejarlas, a esto se le conoce como autorregulación o en palabras de Goleman (1996) “la capacidad de controlar las emociones” (p.31) Sin embargo, cabe resaltar que hablar de controlar no se refiere a suprimir las emociones, sino a darles un “Equilibrio” (p. 40). Por tanto, cuando se evidencia que uno de los participantes expresa: *“Yo no puedo sentir que yo tengo venganza porque es un poste”*⁵, estamos en presencia de estas dos características de la inteligencia emocional (Autoconocimiento y autorregulación), pues reconoce que él puede o no sentir algunos sentimientos frente a su situación particular y redirige sus sentimientos a un nivel más reflexivo que permite comprender lo que sucede y darle un argumento, allí mismo se evidencia un equilibrio entre lo que siente y la dirección que le da a sus sentimientos a través de sus propias acciones.

Durante la entrevista también se manifestaron aspectos de empatía, principalmente con lo que sienten los niños y las niñas a los cuales acompañan, y con las relaciones con ellos y con otras personas, dentro de esto se encontraron las siguientes respuestas basadas en preguntas como:

¿Ha tenido dificultades para relacionarse con el otro (niño/niña, otras personas de la familia, otras familias de la sala.) debido al accidente?

⁵ El poste hace referencia a un elemento o columna que soporta líneas de transmisión o de señales de telefonía, que dependiendo su necesidad varía en tamaño y material. En este caso se habla de un soporte de líneas eléctricas causante de las quemaduras del niño.

- “Yo no, antes me han apoyado más”
- “Yo sí con él (refiriéndose al niño), porque yo quiero que él haga las cosas y él no las hace, pero como él dice que a mí no me duele, yo quiero que él las haga más para podernos ir más ligero y él no me entiende, entonces con él yo he tenido mucho choque”

En estas respuestas se puede ver claramente los dos factores relacionados con lo que se conoce como empatía, es decir, “la capacidad para sintonizar emocionalmente con los demás” (Goleman 1996, p.65). En la primera, se refleja cómo, durante la estancia Hospitalaria se reconoce un acercamiento de las otras personas que rodean a la familia para apoyarlos en un momento de dificultad. Y en la segunda se encuentra que el niño no se siente comprendido y cree que su acompañante no entiende lo que él está sintiendo durante la hospitalización y por tanto expresa que *“va a seguir lastimado para seguir en el hospital, debido a que en casa la que manda es la señora y en el hospital esa autoridad se pierde”*; por su parte la acompañante dice no sentirse comprendida frente a la necesidad de volver a su hogar y por tanto se genera una incomprensión mutua a la cual se refiere como “choque”. A esto se añade que “no es frecuente que las personas formulen verbalmente sus emociones y éstas, en consecuencia, suelen expresarse a través de otros medios” (Goleman, 1996, p. 65) y por tanto aquellas personas que no comprenden las emociones del otro expresadas a través de dichos medios “son, por así decirlo, sordos a las emociones y carecen de la sensibilidad necesaria para percibirse de las notas y los acordes emocionales que transmiten las palabras y las acciones de sus semejantes” (Goleman, 1996, p.65). Como en este caso, que el niño expresa mediante sus acciones, que no quiere irse del hospital para no encontrarse en casa bajo la autoridad de su madre.

Otro aspecto a resaltar durante la entrevista fueron aquellos factores que según expresaron, alentaban o preocupaban a los niños, niñas y acompañantes, y que cobran una importancia incalculable tales como la religión, la familia, las situaciones económicas y de la distancia entre sus lugares de residencia y el Hospital. Esto se evidencia en respuestas como:

- *“Nos esperan cosas muy duras, porque para viajar desde tan lejos, tantos gastos (para seguir los tratamientos), el tiempo, las citas con las EPS son muy difíciles. Los que somos de un pueblo, estamos más jodidos que los que están acá”*

Aquí se encontró que no sólo la situación emocional, es decir el cómo se sienten durante el paso de sus hijos e hijas por la hospitalización, se ve afectado por el hecho de ser una situación atípica, sino que sus ánimos y emociones se ven permeados por factores económicos y sociales, como lo son los gastos de transporte para aquellas personas que no residen en la ciudad y las complicaciones que presenta el sistema de salud, aquí se hace evidente una fuerte preocupación por la forma como las familias se van a desenvolver una vez le den de alta al niño o la niña y deban continuar con los tratamientos; estos factores le aportan una carga adicional a la forma como las familias se sienten frente al suceso que los convoca en el hospital.

Frente a las relaciones con los demás miembros de la familia durante la vivencia hospitalaria, a los participantes se les preguntó por ¿Cómo es su relación con el resto de la familia? ¿Alguien más le está ayudando durante su estadía en el hospital? A lo que se obtuvo por respuesta:

- *“Mi Dios”*
- *El tío ha sido muy entregado.*

- *Mis hermanas que se habían separado porque yo soy de otra religión se han unido más.*
- *“Mi esposo y una señora que nos colabora con la otra niña”*
- *Todos, mi papá, mi mamá, mis hermanas, mi novio.*

La forma cómo los participantes encuentran apoyo o soluciones a sus dificultades, el apego a la religión cuando las familias se refieren a Dios como apoyo en esta situación, a la familia y allegados, es decir madres, hermanos y parejas de los padres de los niños y las niñas que se encuentran hospitalizados, y el pensar la manera de continuar con los tratamientos o con el desplazamiento desde su lugar de residencia hasta el Hospital, son un conjunto de habilidades necesarias para las relaciones sociales y por tanto para la inteligencia emocional. Según Goleman (1996), estas habilidades interpersonales “son las aptitudes sociales que garantizan la eficacia en el trato con los demás y cuya falta conduce a la ineptitud social o al fracaso interpersonal reiterado.” (p.75). Cabe anotar que, dentro de dichas habilidades, también se encuentra la empatía como ese pilar o cimiento para las relaciones con los demás, la cual fue descrita en párrafos anteriores.

Por último, se evidenció dentro de las respuestas en las entrevistas, una inclinación por el juego como medio motivador frente a la estancia hospitalaria encontrando ante la pregunta ¿Qué hace para hacer menos aburrida la hospitalización?, respuestas como:

- *“Salir a jugar, ver televisión, jugar fútbol, parques” “Traer juegos didácticos”.*
- *“Distraerse en otras cosas”*
- *“Entretenerlos a ellos nos entretiene”*
- *“Conversar, dialogar, compartir experiencias”*

Frente a esto Goleman (1996) aporta diciendo que “el control de la vida

emocional y su subordinación a un objetivo resulta esencial para espolear y mantener la atención, la motivación y la creatividad.” (p.32). Por consiguiente, podríamos afirmar que el realizar actividades como jugar, dialogar, relacionarse con los demás y concentrarse en su objetivo permite movilizar aquellas situaciones “atípicas” como la hospitalización y por tanto dirigir la atención a otro tipo de actividades que a la persona le causen satisfacción, promoviendo así lo que podríamos llamar motivación.

Al final de la entrevista se pudo concluir que las familias se encuentran en un estado de conmoción, donde en su mayoría están permeados por emociones como la tristeza, la culpa y el dolor de ver a sus hijos e hijas lastimados a causa de las quemaduras; sin embargo se mostraron optimistas, movilizándolo sus emociones hacia la esperanza de ver a los niños y las niñas recuperados; aquí se desligan aspectos claves de la inteligencia emocional, la cual “enfatisa la participación de las emociones en la solución inteligente de las tareas que impone la vida.” (Bello, Rionda y Rodríguez, 2010, p.36)

Finalmente se hizo evidente cada dimensión que incluye dicha inteligencia con relación a las respuestas que las familias dieron en la entrevista, organizados en diferentes subtemas como: “La autoconciencia; autovaloración realista y autoconfianza. La autorregulación; autocontrol emocional, adaptabilidad, iniciativa y perseverancia en obtención de metas. Habilidades sociales; empatía, mediación de conflictos, liderazgo, persuasión, promover cambios.” (Bello, Rionda y Rodríguez, 2010, p.40), los cuales sirvieron de base para orientar los procesos siguientes a la entrevista realizada.

5.2 LOS TALLERES LÚDICO PEDAGÓGICOS: UNA HERRAMIENTA PARA FORTALECER LA INTELIGENCIA EMOCIONAL

Como una de las técnicas empleadas para fortalecer la inteligencia

emocional en las familias de los niños y niñas hospitalizadas, se emplearon talleres Lúdico-Pedagógicos, los cuales fueron realizados en tres sesiones, cada una de las cuales se encontraba orientada a los aspectos principales planteados por Daniel Goleman (1996) como características básicas de la inteligencia emocional: Autorregulación, Autoconocimiento, motivación, empatía y habilidades sociales.

Las sesiones se dividieron de la siguiente forma: la primera sesión llamada “Conociendo más de mí: una manera de fortalecerme y expresarme en la adversidad” tuvo como enfoques principales el autoconocimiento y la autorregulación, la segunda sesión llevó por nombre “Motivación: la oportunidad de tomar iniciativas” y tal como su nombre lo indica estaba dirigida hacia la motivación como característica de la inteligencia emocional, por último se realizó la sesión “Poniéndome en el lugar del otro”, dirigida hacia el fortalecimiento de la empatía y las habilidades sociales.

En este orden, la primera sesión se llevó a cabo con el objetivo de fomentar el autoconocimiento y la autorregulación por medio del reconocimiento de fortalezas, debilidades, capacidades propias, emociones y el manejo de las mismas por parte de los participantes. Para esto durante cada una de las actividades se realizaron preguntas orientadoras como: ¿Ha tenido alguna situación difícil?, ¿Cómo se han enfrentado a esta situación?, ¿Qué aprendieron de esta situación?, ¿Qué emociones se presentaron en el momento de la hospitalización del niño o la niña? con el fin de que los participantes se expresaran libremente frente a sus sentires.

De estas preguntas orientadoras encontramos que para todos los participantes la situación más difícil por la que han pasado es la hospitalización de los niños y las niñas, ya sea actual o anterior a esta:

- *“Para mí la situación más difícil fue la hospitalización de mis dos hijos gemelos con dos días de nacidos, recién nacidos, arrancar con uno ir a Sura para que lo trasladaran y lo mandaron para la Clínica del Rosario en el Poblado, recién nacidos, muy duro tener que dejarlo, y después de llegar ver que el niño tenía lo mismo ir al hospital y esperar que lo examinen hasta que a las 3 de la mañana lo mandan por allá por el aeropuerto y el otro por allá en el Poblado, entonces uno tenía que repartirse, la mamá tenía que repartirse para ir a darle alimento a los dos, en la mañana a uno y en la tarde al otro, mientras ella estaba allá yo en el otro, estaba yo en una empresa donde yo no tenía la posibilidad que tengo ahorita en la casa, me dieron los tres días de calamidad entonces no podía ayudar a mi esposa, entonces yo no me quedaba tranquilo sabiendo que tenía a mis dos hijos hospitalizados, mientras que yo aquí la semana santa me ayudó mucho, porque tres días de calamidad más otros tres días que se corren por los festivos de semana santa, cuando pasen los ocho días ya el niño va a estar recuperado, entonces esto ya me ha servido mucho, porque ya he estado en una escuela, para mí eso fue una enseñanza muy grande que me permitió afrontar esta y otra cosa es lo que sucede sucedió, ya no nos podemos latigar por eso, ya hay que mirar cómo se puede avanzar en esto, porque yo ya no puedo devolver el tiempo porque no soy tiempo, hay que afrontar esta situación, no es una situación buena o mala, es una situación, que en todo momento va a acompañar al niño”*

En esta respuesta se evidenció cómo las familias tienen que pasar por situaciones estresantes que se salen de las manos frente a las decisiones de los servicios de salud en enviar a los dos bebés a diferentes centros asistenciales, lo cual implica para los

padres, mayores gastos económicos para movilizarse entre uno y otro hospital, además de tenerse que turnar y en ocasiones dejar a uno de los bebés solo para poder atender las necesidades del otro. Adicional a esto se encuentra el poco apoyo por parte de la empresa en la cual laboraba el padre, pues él debía quedarse en el trabajo mientras su esposa debía tratar de repartirse entre los dos hospitales. En general esta situación conlleva una carga emocional muy grande que tal como lo menciona la familia “*hay que afrontar*”. El aprendizaje frente a una situación anterior de hospitalización y las diferentes características de la condición actual en sus vidas cotidianas permite que la familia haga frente a la vivencia hospitalaria de este momento de una manera diferente; pues en esto se ve cómo una vivencia anterior puede fortalecer aspectos diferentes de la inteligencia emocional como la autorregulación y el autoconocimiento, al tomar esta nueva hospitalización con mayor tranquilidad.

Además de esto, se encontraron factores que influyen fuertemente en la estabilidad de acompañantes y pacientes pediátricos que van más allá de la enfermedad o lesión que acontece al niño o la niña. Según Martins Faria Faddul et al (2013) citado en Herrero (2014):

Los cambios a los que las familias se enfrentan cuando esta situación ocurre son:

- Estructurales por cambio de domicilio o ciudad
- Económicos, por las dificultades para conciliar el cuidado de su hijo enfermo con el trabajo, o la obligación de abandonar el trabajo durante un período, con el fin de ocuparse del niño enfermo.
- Sociales, propiciado por la pérdida o descuido de las relaciones personales.
- Emocionales, debido a la aparición de sentimientos de miedo, preocupación, inseguridad y soledad. (p.9)

Este tipo de cambios se evidenció en el relato de una familia cuando expresaron que:

- *“Los que no somos de aquí, el traslado, dejar a los otros allá, por ejemplo yo me tuve que venir con él así de sorpresa, dejar a otros tres jóvenes allá que no tienen papá, entonces es una situación muy dura, uno dejar todo allá, yo me vine con él dejando los otros tres en el colegio, entonces ya, ese mismo día tuve que volver porque tenía que ir a acomodar a los otros allá, a mirar para donde los mandaba, quien los iba a cuidar, qué iba a hacer, donde colocaba a estos, donde colocaba a ellos, yo aquí que no conozco, porque yo soy de un pueblo, a mí la ciudad nunca me ha gustado, entonces yo nunca vengo, entonces yo aquí no conozco, entonces puro taxi, entonces gaste plata, y como yo tuve una experiencia también aquí con una niña que se me quemó, entonces era muy distinto porque yo solo la veía una hora, entonces yo venía preparada como para eso, cuando me dicen que me tengo que quedar de siete y media a seis de la tarde, yo casi me muero, no que susto y yo dije ¿y entonces?, los otros allá, pero entonces sí, el tiempo, pero Dios sabe cómo va haciendo las cosas, por ejemplo hoy yo ya veo la vida más distinta de hace ocho días, todo se va organizando, pero en el momento del accidente todo fue una catástrofe, porque uno solo con otros cuatro niños ”*

En este relato, además de estos factores estresantes, evidenciamos al final la forma cómo la familia sortea estas dificultades, reconociendo cuales emociones los acompañan, como incertidumbre, miedo, entre otras, es decir auto conociéndose, y también realiza un “manejo adecuado de estas emociones perturbadoras” (Bello, Rionda y Rodríguez, 2010, p. 40), asimilando la situación, esto es visible cuando indica que *“pero Dios sabe cómo*

va haciendo las cosas, por ejemplo hoy yo ya veo la vida más distinta de hace ocho días, todo se va organizando". Igualmente se evidenció que las experiencias vividas les sirven a las personas para fortalecer aspectos de la inteligencia emocional, permitiendo que las familias se hagan conscientes de lo que está sucediendo, tanto en sí mismo como a su alrededor, y vayan reorganizando sus actividades diarias de acuerdo a la situación atípica y temporal por la que vienen atravesando.

Además de lo planteado en el relato anterior, las otras familias participantes expresaron que:

- (La hospitalización) *“Ha sido muy duro porque es mi primera vez”*
- (La hospitalización) *“La situación es muy dura por tener que dejarlo después de las seis de la tarde, y más que él es hijo único, pero porque a mí ya se me murió un bebé, esa situación fue la más difícil para mí, sin embargo, él no se queda llorando, él se queda jugando, peleando o por ahí entretenido, he aprendido a que él es muy independiente, me ha tocado a la fuerza aprender de la independencia de él”*
- *Es muy duro la impresión de verlos quemados.*

Dentro de sus respuestas podemos encontrar, tal como lo plantean Torquato et al (2012) citado en Herrero (2014) que “la hospitalización de un hijo, conlleva a la reorganización de las familias y el drástico ajuste en varios aspectos de su vida” (p.9), puesto que, como se observa, es necesario que tanto padres como allegados estén en constante acercamiento a las estancias hospitalarias donde se encuentra el niño o la niña internado para estar al tanto de los procedimientos y tratamientos que se le practicarán a los menores, aunque esto suponga para ellos cambios en su diario vivir. Esto permite que por medio del conocimiento de las circunstancias que los acompañan durante la hospitalización, las familias

movilicen las emociones “perturbantes o negativas” rumbo a emociones que les permitan regularse y encontrar un equilibrio que impida que dicha situación tome el control de su vida, y en cambio, sean las mismas familias las que tomen el control de la situación.

De igual manera se encuentra que la hospitalización se entiende como una situación que “contiene los suficientes elementos objetivos para que sea percibida como un acontecimiento traumático por muchos enfermos, y con magnitudes más significativas en el caso concreto de la infancia” (López, 2011, p. 51) y no solamente para los enfermos, sino también para quienes acompañan el proceso y expresan que es terrible y los desestabiliza, expresiones que efectivamente se acercan al autoconocimiento, partiendo de qué sienten frente a esta situación. Esto fue evidente en relatos como:

- *“Para mí la hospitalización es terrible, uno ha pasado por otras situaciones difíciles, pero son más llevaderas, esta situación también desestabiliza a los niños y las niñas, a nadie se le desea esto”*
- (La hospitalización) *“Es muy duro porque uno no quiere ver a los niños así”*

Además de las complicaciones que conlleva la vivencia hospitalaria, los participantes expresaron que durante ésta se encontraron con diversas emociones que los embargan tales como:

Miedo

- *“El miedo que alguien se equivoque en el tratamiento, que haya bacterias...”*

Culpa

- *“Culpa, dolor intenso, rabia, depresión”*
- *“Sentimiento de culpa, porque no se quemó conmigo, pero uno se pregunta ¿yo por qué lo llevé para allá?, ¿yo por qué no lo dejé conmigo?”*

Confianza

- *“A mi esposa de todo, yo confié en el Señor”*
- *“Confianza, yo al niño le tengo que transmitir seguridad, tranquilidad, para afrontar la vida”*

Rabia

- *“Rabia y más cuando no está con uno”- “De todas, rabia, alegría, tristeza, dolor”*
- *“De furia”*

Emociones negativas

- *“Ninguna emoción buena”.*

Respecto a estas emociones planteadas, Asorey (s.f.) citado en EFE

REPORTAJES (2015) expresa que “no debemos considerarlas negativas directamente solo por su naturaleza desagradable, dado que, en su función primaria, ayudan a dar respuesta a una situación determinada y a adaptarse” (párr. 4), en el caso de las familias, esta situación negativa sería el hecho de que sus niños y niñas fueron víctimas de un suceso que compromete la salud, las actividades cotidianas y los enfrenta a una vivencia hospitalaria, pero que igualmente permite que la familia, los niños y las niñas, habiendo pasado por estas emociones asimilen la enfermedad y la hospitalización y aprendan de ello.

Adicional a esto, se encontró en los relatos que aun con estas emociones que se consideran “negativas” y tras estos primeros momentos de desconcierto y enfado, emerge la depresión, aflorando sentimientos de culpa. Finalmente, subyace la fase de aceptación, según la cual se reconoce la gravedad de la enfermedad, las posibilidades de curación y las secuelas, y, consecuentemente, se implican en los tratamientos (Hernández y Rabadán, 2013, p. 177)

El hecho de hallar respuestas de emociones concretas lleva a pensar que los participantes a partir de las preguntas que se les plantean realizan una retrospectiva de la forma cómo se han sentido durante su estadía en el hospital, llevando a cabo así procesos de autoconocimiento y autorregulación, en palabras de Goleman (1996) el autoconocimiento referido a “la piedra angular de la inteligencia emocional [y la define como] la capacidad de seguir momento a momento nuestros sentimientos resulta crucial para la introspección psicológica y para la comprensión de uno mismo.” (p.31), evidenciando allí que los participantes reconocen con facilidad aquellas emociones que los impactan con mayor intensidad durante la hospitalización y por tanto se recurre principalmente a palabras como, tristeza, dolor, rabia e incluso culpa.

De igual manera se entiende la autorregulación del mismo autor (Goleman,1996) como:

La capacidad de tranquilizarse a uno mismo, de desembarazarse de la ansiedad, de la tristeza, de la irritabilidad exageradas y de las consecuencias que acarrea su ausencia. Las personas que carecen de esta habilidad tienen que batallar constantemente con las tensiones desagradables mientras que, por el contrario, quienes destacan en el ejercicio de esta capacidad se recuperan mucho más rápidamente de los reveses y contratiempos de la vida. (p.31)

En frases expresadas por las familias tales como “*por ejemplo hoy yo ya veo la vida más distinta de hace ocho días, todo se va organizando, pero en el momento del accidente todo fue una catástrofe, porque uno solo con otros cuatro niños*”, se puede evidenciar como cada persona se va regulando a sí misma, encontrando un equilibrio entre las emociones que le acontecen durante esta situación.

Siguiendo las sesiones se hallaron aspectos positivos y negativos que los participantes resaltan acerca de su vivencia en el hospital, aquellas cosas que los han marcado de una u otra forma, muestra de ello es que durante la actividad escribieron frases y palabras como:

Aspectos positivos:

- Buena atención, calidad humana.
- “La buena atención que le brindan a uno en las curaciones y la alimentación que es muy buena”
- “Buena atención y los cuidan mucho”
- Compartir con mi hijo, la unión de la familia, comida buena, aprendizajes de cómo manejar una persona enferma, asesorías, las terapias, atención, “voy a resaltar lo positivo para salir adelante”

Aspectos negativos:

- “Proceso largo, costoso y doloroso”
- Estrés, encierro, aburrimiento.
- Impiden la entrada
- “Lo negativo es que cansa mucho la estadía acá”
- El dolor del niño
- La angustia, el tiempo no pasa.

Estos aspectos que ellos y ellas expresan dan cuenta de aquellas emociones y sentimientos que permean la vivencia hospitalaria, asimismo Goleman (1996) indica que:

Las emociones dificultan o favorecen nuestra capacidad de pensar, de planificar, de acometer el adiestramiento necesario para alcanzar un objetivo a largo plazo, de solucionar problemas,

etcétera, y, en este mismo sentido, establecen los límites de nuestras capacidades mentales innatas y determinan así los logros que podremos alcanzar en nuestra vida. (p.55)

Atendiendo a esto, se podría afirmar que dependiendo de las emociones que más presentan las personas que pasan por una situación de hospitalización, pueden encaminarse o no a un objetivo particular que los mueve para llegar a su meta, en este caso, la recuperación puede ser esa meta que los sintonice en un mismo camino, a esto es a lo que llamamos motivación, en palabras de Molero, Saiz y Esteban (1998) se entiende que “El motivarse a uno mismo [es] la capacidad de auto motivarse, es decir, de regular las emociones al servicio de una meta es fundamental para prestar atención, conseguir dominar una dificultad y para la creatividad.”(p.26)

Por su parte Goleman (1996) indica que:

El control de la vida emocional y su subordinación a un objetivo resulta esencial para espolear y mantener la atención, la motivación y la creatividad. El autocontrol emocional —la capacidad de demorar la gratificación y sofocar la impulsividad— constituye un imponderable que subyace a todo logro. Y si somos capaces de sumergimos en el estado de «flujo» estaremos más capacitados para lograr resultados sobresalientes en cualquier área de la vida. (p.32).

En este orden de ideas durante las diferentes actividades realizadas, se encontraron frases que dan pie a comprender qué es lo que motiva a los participantes, frases que permiten comprender cómo ven ellos la motivación; dentro de estas se encuentran:

- *Que uno no se puede dejar desmotivar por los comentarios negativos de los otros.*
- *“Uno tiene que aprender a luchar y olvidar lo negativo”*
- *“Uno no debe quedarse ahí, debe levantarse para salir adelante”*

- “Hay alguien que me motiva a mí y nos debe motivar a todos que Dios está con nosotros”
- “Orar y pedir para otras personas oración”

En este grupo de relatos encontramos que las familias tienen como objetivo “salir adelante”, esto se entendió como el hecho de buscar alternativas para superar la situación que se encuentran viviendo, y por tanto lo que hacen es “ordenar las emociones” (Bello, Rionda y Rodríguez, 2010, p.40) frente a este objetivo, lo que implica como las mismas familias lo expresan “olvidar lo negativo”. Se considera que cuando las familias hablan acerca de “no quedarse ahí”, hacen referencia a no estancarse en los problemas, sino hallarles solución y evitar solamente fijarse en lo que obstaculiza el curso que llevaban en la vida.

De igual forma se encuentra un acercamiento a la dimensión espiritual, donde se puede definir espiritualidad como “una experiencia esencialmente personal y subjetiva, que incluye tanto elementos de la religión, como de lo mágico y lo secular o no sagrado, para lograr la armonización con uno mismo, con los demás, con la naturaleza y el cosmos” (Rodríguez, M et al, 2011, p.29). De acuerdo a esta definición, se evidenció que la dimensión espiritual del ser humano influye significativamente en aspectos relacionados con la inteligencia emocional, tanto en las relaciones interpersonales como intrapersonales, pues la espiritualidad permite una conexión con sí mismo, y un equilibrio en las relaciones con los demás. Por su parte la creencia religiosa se muestra como un motivador, como un impulso para las personas durante las situaciones adversas, en ella encuentran un punto de apoyo para las dificultades.

Es así, como dentro de estos relatos se evidenciaron dos tipos de

motivación, la motivación intrínseca y extrínseca que Ajello (2003) citado en Naranjo (2009) refiere como:

La motivación intrínseca se refiere a aquellas situaciones donde la persona realiza actividades por el gusto de hacerlas, independientemente de si obtiene un reconocimiento o no. La motivación extrínseca, por su parte, obedece a situaciones donde la persona se implica en actividades principalmente con fines instrumentales o por motivos externos a la actividad misma, como podría ser obtener una recompensa. (p. 166)

Un ejemplo más concreto de esto es aquel en el que se evidencia la satisfacción que siente una madre cuando nota que su hija se está recuperando, ella manifiesta que:

- *“Yo me siento bien, porque mi hija está en recuperación”*

Aquí, se ve claramente cómo funciona la motivación extrínseca la cual provee un parte de tranquilidad a la acompañante, pues sus esfuerzos se ven recompensados con la recuperación de su hija.

Igualmente, los mismos participantes reconocen en ellos qué tipo de motivación poseen durante la vivencia hospitalaria, esto se hace evidente cuando responden con frases como:

- *“Externa, que la vida tiene que seguir, uno no se puede dejar vencer” y también luchar por los otros hijos que se tienen*
- *“Internamente a mí me motiva la fe que tengo” hay que resaltar lo bueno, porque resaltar lo malo es muy fácil. “Y pa’ delante, y vamos a salir adelante”, “darle gracias a Dios por este momento”, “porque no pongo la motivación en lo externo, porque las cosas externas cambian”*

Aquí vale precisar que cuando hablan de externa e interna, se realiza una asociación directa con motivación extrínseca e intrínseca respectivamente, de las cuales se habla con anterioridad.

Además de lo ya planteado, en la última sesión se recogen experiencias de los participantes en sus relaciones con otras personas, aclarando que en esta sesión la mayoría de los que habían participado de las sesiones anteriores ya no se encontraban en el espacio, debido a que ya les habían dado de alta, por tanto, no fue posible hacer una conexión con las sesiones anteriores.

Sin embargo, dentro de este grupo de participantes se logró encontrar factores que apuntan precisamente a la empatía y las habilidades sociales, entendidas como ese conjunto de acciones que permiten las relaciones con los demás, ellos expresaron frases como:

- *“Aquí todos somos como de la familia”*
- *“No tenemos preferidos, porque todos somos un grupo en la misma situación”.*
- *“Uno siente más empatía con las personas que comparten la misma habitación”*

Frente al término empatía, Goleman (1996) afirma que es “otra capacidad que se asienta en la conciencia emocional de uno mismo, constituye la *«habilidad popular»* fundamental. [...]Las personas empáticas suelen sintonizar con las señales sociales sutiles que indican que necesitan o qué quieren los demás.” (p.32)

Por su parte Bel (s.f) se refiere a la empatía en las personas afirmando que “Ser empático es algo natural en el ser humano: cuando vemos alguien que sufre surge espontáneamente en nosotros el deseo de ayudar, simplemente, porque en esos momentos reconocemos en el otro a alguien como nosotros y nos identificamos con él.” (p.1), sin

embargo, existen excepciones en las cuales la empatía no surge como algo innato e incluso no se desarrolla durante la vida del ser humano.

Respecto a la empatía se halló que los participantes dicen ponerse en el lugar del otro, principalmente con los niños y con personas que se encuentren sufriendo la misma situación por la que ellos pasan, igualmente con sus compañeros de habitación, de sala e incluso las demás personas que se encuentran hospitalizadas. De acuerdo a esto y frente a la propuesta de escribir en que momentos las familias se han puesto en el lugar de otros los participantes expresaron que:

- *“Se puso en el lugar de José cuando se quemó”*
- *“Cuando el niño se quemó, me hubiera gustado que hubiese sido yo”*
- *“Cuando alguien más estuvo hospitalizado” (un amigo)*
- *“Uno se siente culpable, ¿qué por qué no le paso eso a uno?, no se encuentra uno mismo, sino que entra en shock”*
- *“Solo con la oración nos fortalecemos”*

Aquí se evidenció lo expresado en párrafos anteriores, donde las familias encuentran afinidad emocional con los niños y las niñas, pues preferirían que fueran ellos y no sus hijos e hijas los que se encontraran en dicha situación. Esta afinidad, es decir la empatía que tiene con otros, supone un manejo de las emociones con el cual “se vuelve posible regular y manejar las emociones propias y las de los otros, así como fomentar las metas sociales y personales propias y de los otros.” (Ferrando, 2006, p.172)

Finalmente, durante la sesión se evidenció no sólo características de la empatía, sino también una categoría más amplia a la cual se le nombra como habilidades sociales, las cuales hacen referencia a:

La habilidad para relacionarnos adecuadamente con las emociones ajenas. Éstas son las habilidades que subyacen a la popularidad, el liderazgo y la eficacia interpersonal. Las personas que sobresalen en este tipo de habilidades suelen ser auténticas «estrellas» que tienen éxito en todas las actividades vinculadas a la relación interpersonal. (Goleman, 1996, p. 32)

Dentro de estas habilidades se encuentran las habilidades sociales básicas, las cuales incluyen saludar y despedirse, escuchar, agradecer, disculparse, entre otras; de igual manera se incluye el respeto por los demás, haciendo énfasis en la aceptación de las diferencias de cada persona. La comunicación, tanto expresiva como receptiva; el comportamiento prosocial y la cooperación, como la capacidad de ser amables con los demás. la asertividad o equilibrio entre la agresividad y la pasividad, la capacidad para resolver conflictos y gestionar las situaciones emocionales (Bisquerra y Pérez, 2007, p. 72)

Estas habilidades sociales corresponden a un factor vital dentro de las relaciones interpersonales, es importante aclarar que en un principio para las familias fue difícil establecer relación entre estas habilidades sociales y sus relaciones con las demás personas, es decir, entre sus actos y la influencia de estos en las emociones de aquellas personas con las que entablan relaciones, pero al final expresaron las siguientes frases:

- *“Necesitamos alguien en quien desahogarnos sobre lo que llevamos dentro, porque si no sufrimos más”*
- *“Uno a veces no busca ayuda en otros por tímido”*
- *“Formas de ser escuchados”*
- *Interactuar entre familias y pacientes*
- *Saber escuchar a los demás*

- *Expresarse con los demás*
- *Ponerse en el lugar del otro*
- *“Para mejorar y sufrir menos, escuche y déjate escuchar”*

Dentro de las habilidades sociales que se destacan en las expresiones de las familias está la comunicación, es decir la verbalización de las situaciones, emociones y sucesos que de una u otra forma marcan su día, su semana e incluso su vida, tales como “*Expresarse con los demás*”, “*Escuche y déjate escuchar*” “*Saber escuchar a los demás*” ,aquí se evidenció una gran importancia frente a la necesidad de hablar, escuchar y ser escuchados cuando tienen una situación que los aflige, como en el caso de los participantes frente a la hospitalización de los niños y las niñas.

Respecto a esto Goleman (1996) complementa indicando que “en cada encuentro que sostenemos emitimos señales emocionales y esas señales afectan a las personas que nos rodean. (p.76). Por tanto, se puede afirmar que la frase expresada por los participantes “*Expresarse con los demás*” no alude únicamente a la comunicación verbal, es decir aquella mediada por las palabras, sino que incluye también la comunicación no verbal, aquella que se rige por gestos, tonos y posturas.

Al final, dentro del ciclo de talleres se observó que en cada sesión las familias se hacían más consciente la forma cómo han llevado emocionalmente la vivencia hospitalaria, lo que les permite evaluarse a ellos mismos y movilizar sus emociones en pro de la pronta recuperación de los niños y las niñas.

Es de esta manera que aspectos como la autorregulación, se hicieron más evidentes cuando alguien de afuera, en este caso las maestras en formación, incitaron por un momento, a hacer un alto en la carrera de la vida y revisar los aspectos de las capacidades

interpersonales e intrapersonales, entendiendo interpersonal como la capacidad de reconocer distinciones entre las personas como lo son cambios de temperamento, motivaciones e intenciones las cuales permiten la interacción social humana, y los aspectos intrapersonales, referida como los aspectos internos de una persona, principalmente en cuanto al acceso a la propia vida emocional, la capacidad de distinguir entre las emociones, nombrarlas y recurrir a ellas para orientar su propia conducta. (Gardner, 1993). A partir de estos aspectos, hacerse consciente de todo lo que sucede en sí mismo y en sus relaciones con los demás, es una forma de fortalecer la inteligencia emocional.

5.3 EFECTO DE LOS TALLERES LÚDICO PEDAGÓGICOS SOBRE LA VIVENCIA HOSPITALARIA

Debido a la fluctuación de las personas que se encontraban en sala de quemados, producto de varias altas y a la ausencia de algunos durante el horario de los talleres, no fue posible realizar durante la última sesión un espacio que permitiera recopilar con los participantes de los tres talleres aquellos aportes que les dejaron a nivel del fortalecimiento de la inteligencia emocional; sin embargo durante las sesiones se realizaron preguntas orientadas a recoger aspectos tratados durante las mismas, de allí los y las participantes expresaron ideas que permitieron evidenciar cómo los talleres se constituyeron en un espacio de aprendizaje y acompañamiento durante la estadía hospitalaria. Entre sus aportes se encuentran aspectos como:

Algunas familias consideraron que el espacio no era el adecuado para llevar a cabo este tipo de actividades, expresando que este tipo de actividades se deberían realizar en otros lugares que no fueran el hospital, pues debido a que debían estar pendientes de los niños y niñas, indicaron que no prestaron la atención que el ciclo de talleres ameritaba, esto lo

expresaron por medio de relatos como:

- *“Uno cree que no es el lugar, pues uno ve que ustedes son muy buenas, que van a ser muy buenas en su profesión, pero aquí en el ambiente que ellos son enfermos, con el dolor, uno le da pena y todo no poderles prestar la atención que ustedes se merecen, pero es que como la abejita de conavi, estamos en el lugar equivocado...”, “uno le da pena no ponerles cuidado, pero aquí con el dolor de ellos”, uno espera encontrarlas en otra parte a ustedes, no acá.*
- *“No viviendo esta situación”.*

No obstante, algunas familias expresaron lo contrario al plantear que: *“Yo al contrario pienso que este es el lugar, porque aquí es donde estamos tristes, estamos solos, necesitamos que estén con nosotros”*; es decir que ve la situación y sus emociones como una oportunidad para participar y abrirle las puertas a la concientización de sus emociones a través de los aspectos tratados en los talleres

Otras familias, por su parte, plantearon la importancia de los talleres como un elemento que les permitía distraerse de la rutina en el hospital y también como aporte al manejo del dolor: *“necesitamos distracción, con distracción el dolor lo van perdiendo.”* Esto hace referencia a los talleres como un elemento en el cual se enfocan, movilizandolos sus sentimientos y emociones hacia la actividad propuesta y no hacia la situación vivida, se puede afirmar entonces que el ciclo de talleres promovió la motivación de las familias, alejándolos del dolor y acercándolos al conocimiento de sus emociones. Esto también se evidencia en expresiones como

- *“Es de admirarlas a ellas (refiriéndose a las maestras en formación) porque verlas en una situación tan difícil acá, trabajar con personas adultas, y ustedes venir a*

entretenernos a uno, uno como que se le olvida este momento, se le olvida que ellos están enfermos.... como que le dan otro ánimo a uno, que no miremos hacia atrás sino hacia delante”

Aquí vemos igualmente que los talleres influyeron en la motivación personal de las familias, permitiéndoles animarse a seguir sus metas, además de demostrar empatía con las maestras en formación, procurando entender la intención con la cual hacen presencia dentro de la sala de quemados, y el compromiso que se necesita para llevar hasta ellos experiencias que les permita comprender y aprender de la situación en la cual se encuentran.

De acuerdo con lo planteado anteriormente por los participantes se puede encontrar una dicotomía frente a la pertinencia de estos talleres en el espacio hospitalario, sin embargo, se puede afirmar que como tal, el contexto hospitalario sí es un espacio propicio para toda actividad que involucre procesos para el fortalecimiento de la inteligencia emocional, pues la atención educativa hospitalaria pretende “proporcionar apoyo emocional al niño y a la familia, disminuir la ansiedad, mejorar su adaptación y ajuste a la hospitalización”(Alonso, et al., 2006, p. 456), por tanto, se puede constatar que los talleres implementados se prestan como un espacio donde las familias pueden, precisamente, expresar y reconocer los sentimientos que los embargan en la situación de hospitalización y por lo tanto movilizarlos con miras a promover ambientes propicios para la pronta recuperación de los niños y las niñas. En otras palabras, permitirles a las familias reconocer la vivencia hospitalaria como una experiencia que les enseña acerca de ellos mismos y de sus hijos e hijas, es el mayor ejemplo que demuestra que por medio de diferentes vivencias lúdico pedagógicas las personas se hacen conscientes de sus procesos emocionales, y como tal se

fortalece la inteligencia emocional.



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA

1 8 0 3

6. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

EL FORTALECIMIENTO DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL: UNA AYUDA PARA EL MANEJO DE LA VIVENCIA HOSPITALARIA EN LAS FAMILIAS.

Teniendo en cuenta algunos autores como Goleman (1996), quien plantea la inteligencia emocional como la manera que tienen las personas para interactuar con el mundo por medio de sus emociones y sentimientos, Salovey y Mayer (1990) quienes hablan de esta “como un tipo de inteligencia social, que engloba la habilidad de controlar nuestras propias emociones y las de los demás, así como de discriminar entre ellas y utilizar la información que nos proporcionan para guiar nuestro pensamiento y nuestras acciones” (Citados en Morelo, Saiz y Esteban, p.25), o Ferrando (2006) quien se dirige a esta inteligencia como la capacidad mental y las habilidades para procesar la información afectiva.

Y, haciendo énfasis en trabajos elaborados con aportes significativos con relación a la vivencia hospitalaria de las familias de pacientes pediátricos, como el de Méndez, et al. (1996) en donde se observan los factores de estrés y las repercusiones hacia los niños y sus padres, o López (2011) en donde plantea que las interacciones del niño y/o la niña son afectadas por su proceso de hospitalización y que las emociones y comportamientos de los progenitores afectan las actitudes, los sentimientos e incluso la recuperación de los pacientes pediátricos; se evidencia una relación importante basada en que el fortalecimiento de la inteligencia emocional en las familias tiene una gran incidencia en todo el acompañamiento y proceso de recuperación en los niños y las niñas, puesto que:

Dentro de los procesos físicos y mentales que una persona vive se involucran agentes de diversa índole, uno de los principales y más importantes es el de las emociones. [...] Dentro de

toda actividad humana intervienen las emociones y sentimientos como parte de una reacción ante las situaciones que en nuestra vida diaria atravesamos, lo que influye de manera directa o indirecta en nuestra salud (Carrillo y Gómez, 2011, p. 119).

Con base a estas emociones y sentimientos que influyen en la salud, se entiende entonces que es importante generar conciencia sobre las relaciones afectivas y emocionales en la familia, para ayudar así a la recuperación del niño o de la niña. Por lo tanto, se evidenció que los componentes de la inteligencia emocional que afectan directamente a la salud de los pacientes pediátricos pueden ser fortalecidos; por ejemplo, el autoconocimiento y la autorregulación de los participantes, se da desde el reconocimiento, la toma de conciencia y la gestión de sus emociones en la hospitalización, así las familias expresaban que debían equilibrar sus sentimientos y emociones negativas para no afectar la recuperación de los niños y las niñas con relación a generar indisposición u estrés en ellos, así a la pregunta sobre ¿qué emociones se presentaron en el momento de la hospitalización del niño o la niña?, las familias ya hacían énfasis en la transmisión de emociones positivas: *“Confianza, yo al niño le tengo que transmitir seguridad, tranquilidad, para afrontar la vida”*.

Igualmente, la motivación se observa fuertemente en expresiones de los participantes como: *“uno no debe quedarse ahí, debe levantarse para salir adelante”*, lo cual permite establecer que los participantes hacían uso de *“la habilidad para motivarse a sí mismo [lo cual] constituye un elemento esencial para impulsar la acción hacia el logro de objetivos, tomar decisiones, ser más eficaces y mantener la perseverancia frente a contratiempos y frustraciones”* (Lorenzo, 2006, p. 3).

Ahora bien, hablar de las habilidades sociales es hablar de un medio facilitador

de socialización y expresión, y por ende, de ayuda para los pacientes pediátricos y sus familias, puesto que las habilidades sociales son respuestas específicas y adecuadas a situaciones concretas en donde intervienen un otro y permiten emplear y transformar información de manera activa, además fomentar la empatía (entendida como ponerse en el lugar del otro) y así, potenciar la resolución de problemas en un contexto social.

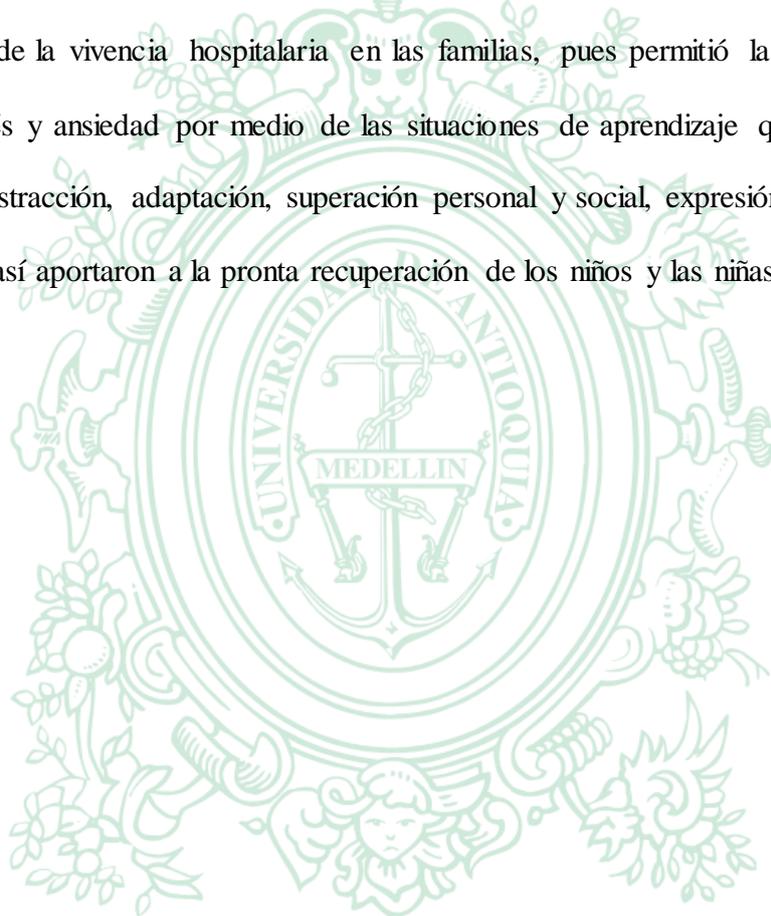
Estas habilidades sociales, permitieron minimizar el impacto de esta vivencia hospitalaria, pues estas competencias sociales influyen en el medio también desde las estructuras cognitivas abordando: las experiencias negativas, la percepción sobre esta y lo que se aprende de ella. Igualmente, influye desde el medio con expresiones afectivas, emocionales y verbales en donde la familia establece preferencias, valores subjetivos, expectativas, sistemas y planes de autorregulación, adoptando un rol activo para seleccionar en qué ambiente entrar y para decidir qué hacer y qué no hacer. (Peñafiel y Serrano, 2010)

Con relación a la empatía, las familias otorgan un lugar especial a las emociones de los niños y las niñas, además de las otras personas que hacen parte de la sala en la que se encuentran pues expresan frases como: *“aquí todos somos como de la familia”* o *“no tenemos preferidos, porque todos somos un grupo en la misma situación”*, lo cual permitió establecer que el reconocer estas emociones de forma empática y manejarlas adecuadamente conlleva a establecer lazos de comunicación y confianza con los demás.

Lo anterior permite visualizar la relación entre la inteligencia emocional y la recuperación de los niños y las niñas, pues tal como lo plantea Ortiz (1999) es necesario una reeducación emocional en donde la enfermedad sea vista como “una experiencia de crecimiento interior, de catarsis, de autoconocimiento”. Por ende, hablar de la catarsis es remitirnos a un término psicológico, que bien puede ser abordado desde la educación misma,

pues éste ayuda a que las familias afronten la situación, compartan sus miedos y angustias y así aminoren los sentimientos negativos ocasionados por la vivencia hospitalaria.

Así, el fortalecimiento de la inteligencia emocional se configuró en una ayuda para el manejo de la vivencia hospitalaria en las familias, pues permitió la minimización de factores de estrés y ansiedad por medio de las situaciones de aprendizaje que permitieron la socialización, distracción, adaptación, superación personal y social, expresión de sentimientos y emociones, y así aportaron a la pronta recuperación de los niños y las niñas.



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

1 8 0 3

7. CONCLUSIONES

Dentro de los aspectos que tuvieron relevancia en el desarrollo de los talleres lúdico pedagógicos, se observó en los participantes la necesidad de hablar y de expresar a través de la voz y de las palabras sus sentimientos y emociones, más que de realizar manualidades o expresarse a través del arte, lo cual dio pie para pensar en la importancia de llevar a cabo procesos narrativos en tanto les permitiera hablar desde sus sentires, saberes y experiencias, sin embargo también planteaban como necesario realizar actividades diferentes para distraerse, por lo que es importante que el espacio hospitalario propenda por establecer espacios y climas de confianza en donde las familias puedan minimizar su estrés y angustia ocasionadas por los tratamientos y síntomas que el paciente pediátrico pueda presentar.

Otro aspecto importante que se evidencia es que la situación de la hospitalización se vuelve más llevadera cuando ya se han tenido experiencias previas traumáticas con relación a la salud o cuando se tiene un apoyo espiritual basado en la fe hacia alguna creencia religiosa, pues estos aspectos se vuelven factores determinantes y esclarecedores para ayudar a superar esta situación.

También, partiendo de la población y del contexto de la investigación, se encontraron algunas dificultades que limitaron la investigación, pues fueron impedimentos para recoger y establecer datos claros, uno de ello fue el tiempo el cual fue limitado y atravesado por distintas situaciones y distracciones, igualmente el tamaño de la muestra seleccionado con anterioridad se vio afectado dado que la población fue fluctuante, pues se dieron altas⁶ hospitalarias constantemente, lo cual limitó el llevar una coherencia en las

⁶ Las Altas hospitalarias son entendidas como la “salida del enfermo del hospital, dejando de ocupar una cama en el centro, independientemente de la forma de salida (traslado, alta, fuga...) o estado del paciente

narraciones de los participantes que iniciaron los talleres y aquellos que finalizaron. Otro aspecto tiene que ver con que, si bien para asuntos propios de este ejercicio de investigación formativa se hizo énfasis en las seis familias representadas en los seis adultos significativos, participó población diversa en el encuentro: niños, niñas, jóvenes, adultos, ancianos, enfermeras, doctores, lo cual requirió realizar ajustes a las actividades del ciclo de talleres teniendo en cuenta las necesidades e intereses de la población.

Del mismo modo, se dieron distracciones como el televisor con alto volumen o programas elegidos por los participantes, alimentos en el momento de llevar a cabo las actividades, toma de medicamentos, niños y niñas llorando, gritando y jugando, lo cual se evidenciaba como manifestaciones de conductas del estrés infantil, además de llamadas a los teléfonos móviles de los participantes. También se observó que algunas personas expresaban gestualmente un desinterés por las actividades llevadas a cabo, además de dolor en los niños participantes, preocupación de los cuidadores por los dolores de los niños y preocupación por familiares en cuidados intensivos.

Estas dificultades, restringieron la ejecución de algunas actividades y, por lo tanto, la recolección de datos basados en las narraciones de las familias.

Ahora bien, partiendo de la descripción, los hallazgos y las limitaciones, es posible decir que se ha dado respuesta a cada uno de los objetivos específicos, pues al iniciar con la indagación del estado emocional de las familias, (planteado en el objetivo específico uno) se pudo constatar por medio de la entrevista participante que en medio de la vivencia hospitalaria los embargan sentimientos como la culpa, el odio, la venganza, etc., al igual que

(curación, mejoría, éxitus)" (Álvarez, 1998, p.10)

emociones como la ira, la tristeza, el miedo, entre otros.

Igualmente, la implementación de las intervenciones pedagógicas, lúdicas y artísticas con las familias ponen en evidencia la influencia que tiene esta sobre la recuperación de los pacientes pediátricos, debido a que el fortalecimiento de la inteligencia emocional por medio de experiencias específicas, (planteado en el objetivo específico dos), no sólo transforma a la persona que lo está elaborando, sino también a su contexto inmediato y a quienes le rodean, pues es un proceso individual, cognitivo, emocional y social.

Así, tal como es planteado por López (2011):

Parece fuera de toda duda que los padres desempeñan un importante papel en la hospitalización infantil. Su comportamiento puede ser un referente para los niños, por lo que un repertorio de conductas paternas adecuado contribuye el bienestar psicológico del hijo. Los padres que se presenten estresados, o ansiosos durante la hospitalización de un hijo, podrán generar en los niños sentimientos de inquietud, preocupación y estrés, debido al contagio o interacción encubierta de actitudes y emociones. (p. 184-185)

Así, las actividades y experiencias abordadas dan cuenta de la necesidad de intervenir no solo con los niños y las niñas, sino también con las familias (planteado en el objetivo específico tres), pues es preciso “proporcionar de manera más integral ese otro elemento asistencial –la educación– que mejore la calidad de vida de todos los agentes que conviven en el centro hospitalario” (Castañeda, 2006, citado en Hernández y Rabadán, 2013, p. 178)

De la misma maneras, las intervenciones lúdico pedagógicas realizadas en el contexto hospitalario, dan cuenta que las actividades permiten la distracción y el aprendizaje de los participantes de manera positiva, puesto que permiten la socialización con sus pares, la

adaptación al hospital, la expresión de emociones y sentimientos, la superación personal y social al realizar actividades conjuntas con los niños y las niñas, el disfrute del arte y así, la minimización de la carga negativa ocasionada por los factores estresantes de la vivencia hospitalaria.

Por lo tanto, los aportes que este ejercicio investigativo nos deja como maestras en formación radican en la posibilidad de implementar propuestas innovadoras de aprendizaje y enseñanza, que partan de los intereses y necesidades de cada contexto, promoviendo una constante reflexión sobre nuestro quehacer educativo y nuestra misión como promotoras de los sueños e ilusiones desde la infancia, en un trabajo conjunto con la familia, y claro está con los demás agentes educativos de la sociedad.

Por consiguiente, consideramos interesante analizar la incidencia de la inteligencia emocional, no sólo desde la familia en el contexto hospitalario, sino también del personal médico basados en una atención interdisciplinaria, pues constituye un reto seguir implementando acciones educativas que vinculen la integralidad del ser no sólo desde su individualidad, sino también desde su contexto y de quienes se hacen partícipes de él.

Del mismo modo, se sugiere llevar a cabo futuras investigaciones enmarcadas en la línea de la pedagogía infantil en otras salas de pediatría para comparar posibles hallazgos y limitaciones, con relación a las necesidades específicas de cada paciente, es decir, teniendo en cuenta su condición de enfermedad, su edad e intereses, entre otros factores.

Así también queremos recomendar y enfatizar en la importancia de valorar los derechos de los niños y las niñas en cualquier contexto y bajo cualquier situación, reflexionando sobre la necesidad de implementar estrategias y proyectos que permitan mejorar la calidad de vida de la sociedad desde la infancia misma.

Finalmente soñamos con políticas que incluyan intervenciones lúdico pedagógicas en contextos hospitalarios de manera permanente y que esta no se quede solo en el papel, pues es necesario una atención integral en la recuperación de los niños y las niñas.



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

1 8 0 3

8. REFERENCIAS:

- Administración Federal de Servicios Educativos en el Distrito Federal (2009). *Apuntes de pedagogía hospitalaria*. (Memoria del primer diplomado en pedagogía hospitalaria). México. Recuperado de https://www2.sepdef.gob.mx/pedagogia_hospitalaria/archivos-acciones/apuntesph_digital-v3.pdf
- Alcántara Moreno, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad Sapiens. *Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93-107. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf>
- Alonso, L., García, D., & Romero, K. (2006). Una experiencia de pedagogía hospitalaria con niños en edad preescolar. *Educere*, 10(34), 455-462. Recuperado de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-49102006000300008&lng=es&tlng=es
- Álvarez Nebreda, C. (1998) *Glosario de términos para la administración y gestión de los servicios sanitarios*. Diaz de Santos, España.
- Álvarez Torres, E; Areiza Vera, C; Diaz, J; Giraldo Agudelo, A; Leal Matta, S; Parra Ochoa, M y Zuluaga Pulgarín, G (2010) *Infancia y finitud: una lectura fenomenológico-hermeneutica a los relatos de formación de un grupo de niños y niñas con cáncer*. (Tesis de grado) Universidad de Antioquia, Medellín. Recuperada de <http://ayura.udea.edu.co:8080/jspui/bitstream/123456789/1088/1/CA0533.pdf>
- Atehortúa Rojas, L; Cardona Cardona, E y Vélez Tobón, M (2010) El fortalecimiento de la inteligencia emocional a través de la literatura infantil en los niños y niñas de las salas A, B y C de urgencias del Hospital Universitario San Vicente de Paúl. (Tesis de grado) Universidad de Antioquia, Medellín.

- Barrada Bedoya, C. E. y Cardona Castrillón, J. A. (2005). *Alternativas para la continuidad de procesos formativos con niños y niñas hospitalizados*. (Tesis de grado, Universidad de Antioquia) Recuperada de <http://ayura.udea.edu.co:8080/jspui/bitstream/123456789/845/1/CA0069.pdf>
- Bedoya, S. M., & Cadavid Vargas, C. (2005). *¿Cómo incide la implementación de estrategias como la indagación, el trabajo cooperativo y las reflexiones morales en la potenciación de la inteligencia emocional en niños y niñas entre los 3 y los 11 años de edad pertenecientes a la sala de oncología del Hospital San Vicente de Paúl?* (Tesis de grado) Universidad de Antioquia, Medellín.
- Bel, C (s.f) *Empatía: una actitud naturalmente sabia y compasiva*. Brasil. Recuperado de <http://www.lgpt.net/friends/bel/spanish/Empatia.pdf>
- Bello Dávila, Z., Rionda Sánchez, H. D. y Rodríguez Pérez, M. E. (2010). La inteligencia emocional y su educación. *VARONA*, (51), 36-43.
- Bisquerra Alzina, R. y Pérez Escoda, N. (2007). Las competencias emocionales. *Educación XXI* (10), 61-82.
- Cano, A. (2012) La metodología de taller en los procesos de educación popular. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 2(2), 22-52. Recuperado de http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/26946/Documento_completo.pdf?sequence=1
- Carrillo Esper, R. y Gómez Hernández, K. (2011). La importancia de la psicología de enlace en la unidad de terapia intensiva. *Rev. Invest Med Sur Mex*, 18 (3): 118-127. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/medsur/ms-2011/ms113d.pdf>

- Congreso de Colombia. (8 de noviembre de 2006) Código de la Infancia y la Adolescencia [Ley 1098 de 2006]. Recuperado de <http://www.ins.gov.co:81/normatividad/Leyes/LEY%201098%20DE%202006.pdf>
- Costa, L. y Seoane, S. (2013) La inteligencia emocional según Goleman. [Entrada de blog] Recuperado de: <https://sobretodola vida.com/2013/07/03/la-inteligencia-emocional-segun-goleman/>
- EFE REPORTAJES (17 de enero de 2015) Así nos benefician las emociones positivas: Alegría, interés, amor, inspiración. Psicólogo explica por qué hay que estimular estas emociones. *El tiempo*. Recuperado de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-15111755>
- Fernández, G. (2010). *Paciente pediátrico hospitalizado*. Departamento de Psicología Médica. Área Materno Infantil. Facultad de Medicina UDELAR.
- Fernández Martínez, A. M. y Montero García, I. (2016). Aportes para la educación de la Inteligencia Emocional desde la Educación Infantil. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14(1), 53-66.
- Ferrando Prieto, M. (2006) Modelos de la inteligencia emocional. En: *Creatividad e inteligencia emocional: un estudio empírico en alumnos con altas habilidades*. (pp. 164-192) (Tesis doctoral) Murcia, Universidad de Murcia
- Garaigordobil Landazábal, M. (2005). *Diseño y evaluación de un programa de intervención socioemocional para promover la conducta prosocial y prevenir la violencia*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia C. 1 8 0 3
- Gardner, H (1993). *Inteligencias múltiples, la teoría en la práctica*. Barcelona: Paidós
- Gilbert Ceballos, J. (1997) *Introducción a la sociología*. Santiago de Chile, Lom Ediciones.

Goleman, D. (1996) *Inteligencia Emocional*. Barcelona, Kairós

González, E. (2002). *Educación en la afectividad*. Recuperado de

<http://www.surgam.org/articulos/504/12%20EDUCAR%20EN%20LA%20AFECTIVIDAD.pdf>

Grau Rubio, C. y Fernández Hawrylak, M. (2010). Familia y enfermedad crónica pediátrica.

An. Sist. Sanit. Navar., 33 (22), 203-212. Recuperado de

<http://scielo.isciii.es/pdf/asina/v33n2/revision2.pdf>

Hena López, G. C., & García Vesga, M. C. (2009). Interacción familiar y desarrollo emocional en niños y niñas. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, niñez y juventud*, 7(2), 785-802.

Hernández, D. M. (2015). Programa para la Promoción de Potencialidades Personales y Prevención de Conductas de Riesgo para la Salud en Escolares. “PILAS! mejores adultos, mejores niños”. En: Baquero A, Correa A, Rodríguez L. Montenegro P, Guiomar S. (Eds.). *Experiencias significativas en psicología y salud mental*. (pp. 108-112) Bogotá, Colegio Colombiano de Psicólogos

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio M. del P. (2010).

Metodología de la investigación. México, Interamericana Editores, S.A. De C.V.

Hernández, D., Ferrándiz, C., Prieto, M. D., Sainz, M., Ferrando, M., & Bermejo, R. (2011).

Inteligencia exitosa y atención a la diversidad del alumno de alta habilidad. *Aula Abierta*, 39(2), 103-112.

Hernández Pérez, E. y Rabadán Rubio J. A. (2013). La hospitalización: un paréntesis en la vida del niño. Atención educativa en población infantil hospitalizada. *Perspectiva Educativa*, 52 (1), 167-181.

Herrero Fernández, N. (2014). *Hospitalización infantil: El niño y su familia*. (Tesis de grado)

Universidad de Cantabria, España.

Lara Guijarro, E., Ballesteros Velázquez, B. (2007). *Métodos de investigación en educación social*. Madrid. UNED

Leal Quevedo, F., Plata Rueda, E. y Mendoza Vega, J. (1997). *Hacia una medicina más humana*. Bogotá, Editorial Médica Panamericana.

López Fernández, F. J. y Expósito Gázquez, A. (2016). *Salud y prevención*. Madrid, ACCI Ediciones

López Naranjo, I. (2011) *Alteraciones emocionales en la hospitalización infantil: Análisis psicoevolutivo* (Tesis doctoral, Universidad de Granada). Recuperado de:

http://www.apega.org/attachments/article/943/Alteraciones_Emocionales_Hospitalizacion_infantil.pdf

López Naranjo, I. y Fernández Castillo, A. (2006) Hospitalización infantil y atención psico-educativa en contextos excepcionales de aprendizaje. *Revista de Educación*, 341. 553-577. Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/28132773>

Lorenzo Moreno, J, M. (2006) La educación emocional: inteligencia emocional, habilidades sociales y habilidades comunicativas. En: Calvo Rodríguez, A. R. et al. *Habilidades sociales para la mejora de la convivencia en los centros*. (pp. 16-23) España, Gráficas Ríos

Marín Escobar, J. C. (2009) Conductas prosociales en el barrio Los Pinos de la ciudad de Barranquilla, Colombia. *CES Psicología*, 2(2), 60-75.

Méndez F. X., Ortigosa J. M. y Pedroche S. (1996) Preparación a la hospitalización infantil: afrontamiento del estrés. *Psicología Conductual*, 4(2). 193-209. Recuperado de:

<http://www.behavioralpsycho.com/PDFespanol/1996/art03.2.04.pdf>

Ministerio de Educación Nacional. (12 de julio de 2013). "Por medio del cual se reglamenta el Apoyo Académico Especial regulado en la Ley 1384 de 2010 Y Ley 1388 de 2010 para la población menor de 18 años." [Decreto 1470 de 2013]

Molero Moreno, C., Saiz Vicente, E., & Esteban Martínez, C. (1998). Revisión histórica del concepto de inteligencia: una aproximación a la inteligencia emocional. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 30(1), 11-30. Recuperado de

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80530101>

Naranjo Pereira, M. L. (2009). Motivación: perspectivas teóricas y algunas consideraciones de su importancia en el ámbito educativo. *Revista Educación*, 33(2), 153-170.

Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/440/44012058010.pdf>

Ortiz, C. (1999). Formación de los profesionales del contexto hospitalario. *Profesorado: Revista de currículum y formación del profesorado*, 3 (2). Recuperado de

<https://www.ugr.es/~recfpro/rev32ART5.pdf>

Parmeggiani, M. (2000). Vivencias, instintos y emociones: Nietzsche y la génesis de la experiencia interior. *Emociones Thémata*, 25, 305-312.

Peñafiel Pedrosa, E. y Serrano García, C. (2010) *Habilidades sociales*. Madrid, Editex

Polaino-Lorente, A., & Lizasoain, O. (1992). La Pedagogía Hospitalaria en Europa: la historia reciente de un movimiento pedagógico innovador. *Psicothema*, 4(1), 49-67.

Quesada Conde, A. B., Justicia Díaz, M. D., Romero López, M., & García Berbén, M. T.

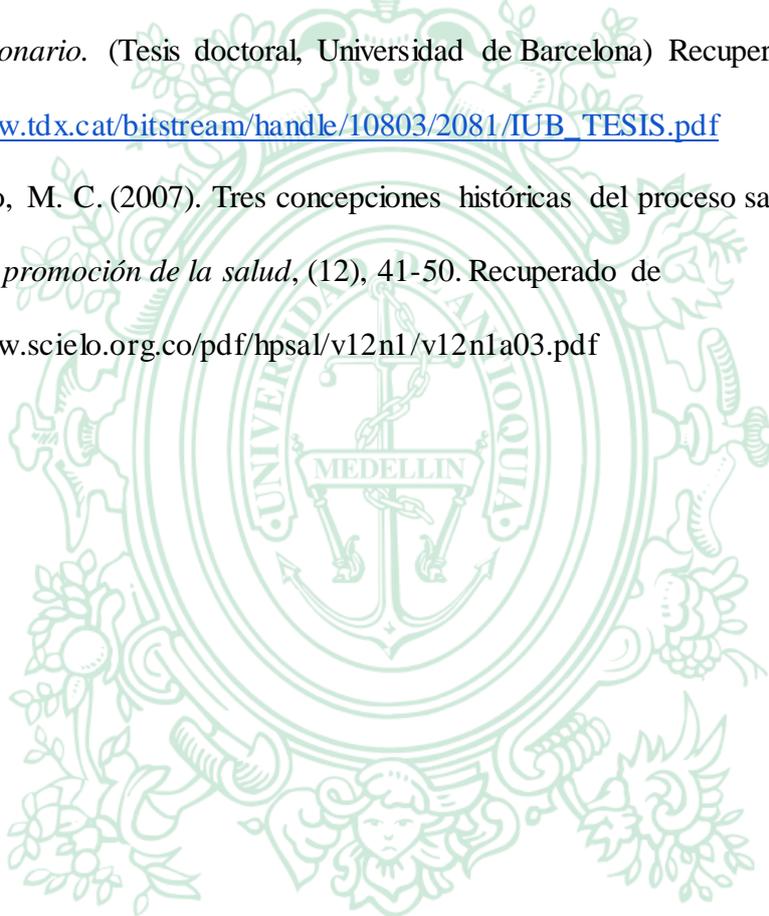
(2014). Enfermedad crónica infantil. Repercusiones emocionales en el paciente y la

- familia. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD*, 4 (1), 569-576. Recuperado de http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/1410/0214-9877_2014_1_4_569.pdf?sequence=1
- Real Academia Española (2016). *Enfermedad*. En: Diccionario de la lengua española, Madrid. Recuperado de <http://dle.rae.es/?id=FHA3D3L>
- Real Academia Española (2017). *Vivencia*. En: Diccionario de la lengua española, Madrid. Recuperado de <http://dle.rae.es/?id=bxm9WKu>
- Rendón Uribe, M. A., Parra Moncada, P., Cuadros Jiménez, O. E. y Barragán Castrillón, B. (2009) *Aprender a pensar lo social: Programa de intervención pedagógica basado en habilidades del pensamiento crítico reflexivo y aprendizaje cooperativo para el desarrollo de la competencia socioemocional en el contexto escolar*. Colombia, Litoimpresos y servicios Ltda.
- Rodríguez, M; Fernández, M, L; Pérez, M, L y Noriega, R (2011). Espiritualidad variable asociada a la resiliencia. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología* 11(2). 24-49
- Silva Panez, G. (2012). *Las vivencias de los niños hospitalizados desde sus dibujos y testimonios*. Perú, Fundación telefónica.
- Sternberg, R.J. (1997). *Inteligencia exitosa. Cómo una inteligencia práctica y creativa determinan el éxito en la vida*. Barcelona, Paidós.
- Tejjido Pérez, M. M. (2010). *La inteligencia emocional: Marco teórico e investigación*. [Boletín electrónico] Recuperado de <http://www.redem.org/boletin/files/Marta%20Tejjido%20%20-%20inteligencia%20emocional.pdf>

Tezanos, Araceli. (1998). *Una etnografía de la etnografía*. Bogotá. Colección Pedagogía siglo XXI

Úbeda Bonet, I. (2009). *Calidad de vida de los cuidadores familiares: Evaluación mediante un cuestionario*. (Tesis doctoral, Universidad de Barcelona) Recuperado de http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/2081/IUB_TESIS.pdf

Vergara Quintero, M. C. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Hacia la promoción de la salud*, (12), 41-50. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a03.pdf>



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA

1 8 0 3

ANEXOS

ANEXO 1 CONSENTIMIENTO INFORMADO



En el marco del proyecto investigativo: “Fortalecer su inteligencia emocional: un reto para las familias de niñas y niños hospitalizados”, se busca resaltar la importancia de desarrollar las habilidades de la inteligencia emocional debido a la necesidad de afrontar las diferentes situaciones adversas, partiendo de conocer las emociones propias, controlarlas, movilizarlas y reflejarlas de forma asertiva, así se hace más fácil sobreponerse a las adversidades y comunicarse con los demás.

Por lo tanto, en el desarrollo de esta entrevista se pretende la recolección de la información sobre el estado de sus emociones actualmente y la forma en que las maneja debido a la hospitalización del paciente pediátrico, buscando contribuir al trabajo en curso.

La información que usted nos permita conocer es totalmente reservada y será usada solamente con fines académicos, por consiguiente, le solicitamos contestar con la mayor veracidad posible.

Ciudad y fecha: _____

Nombre participante: _____

Firma participante: _____

Nombre maestra en formación: _____

Firma maestra en formación: _____

Nombre maestra en formación: _____

Firma maestra en formación: _____

ANEXO 2 CICLO DE TALLERES

 <p>SAN VICENTE fundación Fundación Hospitalaria San Vicente de Paúl - 1913</p>	<p>PLANEADOR AULA HOSPITALARIA HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE FUNDACIÓN</p>	 <p>AULA HOSPITALARIA</p>
<p>PLANEACIÓN PARA CICLO DE TALLERES LÚDICO PEDAGÓGICOS</p>		
<p>DATOS GENERALES</p>		
<p>Maestras en formación: Jessica Catherine Calle Agudelo y Lady Catalina Serna Tamayo</p>		
<p>Nombre del proyecto: Fortalecer su inteligencia emocional: un reto para las familias de niñas y niños hospitalizados</p>		
<p>Fecha: abril de 2017</p>		
<p>RAZONES QUE JUSTIFICAN EL TRABAJO DE ESTE TEMA</p>		
<p>Este ciclo de talleres surge como una propuesta de intervención mediada por la educación en el contexto hospitalario, debido a que se ha observado la necesidad del afianzamiento de la inteligencia emocional en situaciones adversas para las familias de las niñas y los niños hospitalizados, es por ello que, remitiéndonos al autor Goleman (1996) se hace un especial énfasis en desarrollar “la capacidad de motivarnos a nosotros mismos, de perseverar en el empeño a pesar de las posibles frustraciones, de controlar los impulsos, de diferir las gratificaciones, de regular nuestros propios estados de ánimo, de evitar que la angustia interfiera con nuestras facultades racionales y, por último —pero no por ello, menos importante—, la capacidad de empatizar y confiar en los demás.” (p. 25), puesto que cuando una niña o un niño hospitalizado está con un acompañante que refleja una actitud positiva y propositiva, se evidencia una mejoría debido a que asimila mejor los tratamientos sintiéndose más seguro y cómodo, pero en aquellos que sus acompañantes muestran actitudes y sentimientos como angustia, aburrimiento, tristeza, estrés y actitudes de aislamiento, se ve una disminución en la parte emocional del paciente y así, en su salud, tal como es destacado por autores como Brophy y Erickson (1990), Davies (1984) Daniels (1987) y Wertlieb, Hauser y Jacobson (1986) citados en Méndez, Ortigosa y Pedroche (1996), los cuales encontraron que la ansiedad y el estrés que presentan los familiares de los pacientes pediátricos, incide en la activación cardíaca, las alteraciones conductuales y la adaptación a la hospitalización de los niños y las niñas, por lo tanto, “un afrontamiento inadecuado de la experiencia hospitalaria por parte de los padres complica el problema, porque en vez de desempeñar el papel de eficaces figuras de apoyo para el niño, incrementan el estrés infantil” (Méndez et al., 1996, p. 195)</p> <p>Ahora bien, estos talleres se realizarán en el Hospital Universitario San Vicente Fundación, en la Sala de Quemados debido a que se ha observado durante los encuentros realizados en esta sala por medio de la Práctica Pedagógica, que las familias se sienten muy afectadas y representan emociones como culpabilidad, inseguridad, desorientación, falta de colaboración en la rutina del hogar y/o en las visitas médicas, entre otros, (Peña y Vera-Noriega, 2005, citados en López, 2011), porque se encuentran atravesando por esta situación de hospitalización de manera repentina, debido a que esta no es dada como una enfermedad progresiva que altere de manera leve o grave la salud de los niños y las niñas, sino que se presenta como “lesiones que afectan a la piel y tejidos vivos producidas por agentes físicos o químicos” (López y Gázquez, 2016, p. 197) y pueden ser causadas en cualquier momento por un descuido o una excesiva exposición a una fuente de calor.</p>		
<p>OBJETIVOS</p>		

<p>Objetivo General: Propiciar el afianzamiento de la inteligencia emocional en las familias de los pacientes pediátricos hospitalizados en la Sala de Quemados del Hospital Universitario San Vicente Fundación, a través de un ciclo de talleres lúdico pedagógicos como un medio para afrontar la hospitalización.</p>	
<p>Objetivos específicos</p>	<p>Fomentar el autoconocimiento y la autorregulación por medio del reconocimiento de fortalezas, debilidades, capacidades propias, emociones y el manejo de las mismas por parte de los participantes.</p>
	<p>Promover la motivación en medio del conocimiento de las emociones o sentimientos que impulsan a los participantes a tomar sus decisiones.</p>
	<p>Generar espacios para la comprensión y el reconocimiento de las emociones y sentimientos de los demás, por parte de los participantes, para que así reconozcan la empatía y sus habilidades sociales.</p>
	<p>Recopilar con los grupos familiares los aportes de los talleres realizados con relación a los aspectos abordados de la inteligencia emocional.</p>
<p>FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA</p>	
<p>Dimensión temática</p>	<p>La inteligencia interpersonal e intrapersonal derivan la inteligencia emocional, la cual es un término introducido por “Salovey y Mayer en el año 1990 y definida por estos autores como un tipo de inteligencia social, que engloba la habilidad de controlar nuestras propias emociones y las de los demás, así como de discriminar entre ellas y utilizar la información que nos proporcionan para guiar nuestro pensamiento y nuestras acciones” (Morelo, Saiz y Esteban, 1998, p.25), no obstante, el autor Goleman (1996) plantea el concepto como tal recientemente en su libro “Inteligencia emocional”, explicando cómo el mundo de lo afectivo carga de significado y tiene gran influencia en aspectos como la toma de decisiones.</p> <p>Goleman (1996) describe la inteligencia emocional como una forma de interactuar con el mundo a través de los sentimientos y las emociones, además de ser “la capacidad de motivarnos a nosotros mismos, de perseverar en el empeño a pesar de las posibles frustraciones, de controlar los impulsos, de diferir las gratificaciones, de regular nuestros propios estados de ánimo, de evitar que la angustia interfiera con nuestras facultades racionales y, por último —pero no por ello, menos importante—, la capacidad de empatizar y confiar en los demás” (p. 25) por lo tanto, el déficit de dicha inteligencia trae repercusiones en los aspectos de la vida cotidiana como por ejemplo en el momento de la toma de decisiones o de relacionarse con el otro de una manera asertiva, e incluyendo también incidencias en los trastornos de la salud al no expresar adecuadamente las emociones o los sentimientos. Igualmente, cuando las emociones y los sentimientos son manejados adecuadamente, se evidencia que dichas personas “saben interpretar y relacionarse efectivamente con los sentimientos de los demás, disfrutan de una situación ventajosa en todos los dominios de la vida” (Goleman, 1996, p.27)</p> <p>Sin embargo, también se encuentran autores que se oponen a estas concepciones, entre ellos tenemos a Hedlund y Sternberg (2000), Davies et al. (1998) y McCrae (2000), citados en Teijido (2010) quienes plantean que la construcción de la inteligencia emocional no es realmente una aptitud mental, sino más bien un aspecto de la personalidad. Sin embargo, pese a las posturas a favor o en contra, este concepto sigue en constante cambio.</p>
<p>Dimensión Pedagógica</p>	<p>“La pedagogía hospitalaria busca que la misma apunte más allá del mero currículo escolar. Por ello, se ha buscado proporcionar apoyo emocional al niño y a la familia, disminuir la ansiedad, mejorar su adaptación y ajuste a la hospitalización, fomentar la actividad procurando que el niño ocupe provechosamente su tiempo libre, cultivar la natural alegría infantil y las relaciones sociales y proporcionar confianza y seguridad al niño y a su familia” (Alonso, García y Romero, 2006, p. 456), esta pedagogía se enmarca en una metodología que atiende la diversidad, la flexibilidad de los tiempos y</p>

	<p>las condiciones hospitalarias del paciente, con adaptaciones curriculares basados en el arte, el juego y las nuevas tecnologías, con un enfoque lúdico que incide directamente en lo emocional y en el desarrollo de las competencias de los pacientes pediátricos (Administración Federal de Servicios Educativos en el Distrito Federal, 2009), junto a ella, la pedagogía del arte como rectora de la didáctica de esta planeación “busca lenguajes más activos, creativos y participativos” (Ruíz, 2005, p. 528), en donde los participantes obtengan por medio del arte un instrumento que permita expresar su parte emocional y cognitiva, así mismo, “ofrece la posibilidad de comprender y pensar, interpretar, inventar y crear, expresar y comunicar” (Malvasi, 2005, p. 3).</p>
Dimensión didáctica	<p>Los aprendizajes serán dados a través de los talleres como medios de expresión, creación e interacción e igualmente como “un dispositivo de trabajo con grupos, que es limitado en el tiempo y se realiza con determinados objetivos particulares, permitiendo la activación de un proceso pedagógico sustentado en la integración de teoría y práctica, el protagonismo de los participantes, el diálogo de saberes, y la producción colectiva de aprendizajes, operando una transformación en las personas participantes y en la situación de partida”(Cano, 2012, p. 33) por lo tanto, estos talleres permitirán compartir el conocimiento y la experiencia de los participantes formando así saberes comunes. Se tendrá en cuenta un enfoque lúdico basado en el arte “pues pone en alerta nuestra percepción a través de los sentidos, libre y creativamente; ya que, el enfrentar nuevos retos y situaciones permite una actitud de apertura y experimentación al que otro enfoque no da cabida” (Administración Federal de Servicios Educativos en el Distrito Federal, 2009, p. 84) e igualmente basado en el juego pues se enmarca en procesos relacionados con “la creatividad en la solución de problemas, a través de actividades que estimulan el desarrollo social, físico y cognitivo; ya que el juego plantea también la necesidad de ceñirse a reglas, toma de decisiones, el logro de metas y muchas veces propicia el trabajo colaborativo”(Administración Federal de Servicios Educativos en el Distrito Federal, 2009, p. 84). Estas dos estrategias, el arte y el juego, son “recursos para motivar al cambio; es decir, promueven experiencias vitales –en algunos casos–, a través de la música, la pintura, la danza, literatura, teatro; donde el paciente interactúa, toca, escucha, se expresa corporalmente, dice, codifica, decodifica, representa; siempre desde el plano de la creación, de su creación” (Administración Federal de Servicios Educativos en el Distrito Federal, 2009, p. 99).</p>
BIBLIOGRAFÍA	
Del tema	<p>Carr, A. (2004) <i>Psicología positiva: la ciencia de la felicidad</i>. Barcelona, Paidós.</p> <p>Educapeques (2015) <i>Habilidades sociales: Educar para las relaciones sociales</i>. Recuperado de http://www.educapeques.com/escuela-de-padres/habilidades-sociales-educar-para-las-relaciones-sociales.html</p> <p>Goleman, D. (1996) <i>Inteligencia Emocional</i>. Barcelona, Kairós</p> <p>González, E. (2002). <i>Educación en la afectividad</i>. Recuperado de http://www.surgam.org/articulos/504/12%20EDUCAR%20EN%20LA%20AFECTIVIDAD.pdf</p> <p>Kotliarenco, M. A., Cáceres, I. y Fontecilla, M. (1996). <i>Estado del arte en resiliencia</i>. Washington, Centro de Estudios y Atención del Niño y la Mujer: C E A N I M</p> <p>López Fernández, F. J. y Expósito Gázquez, A. (2016) <i>Salud y prevención</i>. Madrid, ACCI Ediciones</p> <p>López Naranjo, I. (2011) <i>Alteraciones emocionales en la hospitalización infantil: Análisis psicoevolutivo</i> (Tesis doctoral, Universidad de Granada). Recuperado de: http://www.apega.org/attachments/article/943/Alteraciones_Emocionales_Hospitalizacion_infantil.pdf</p> <p>Molero Moreno, C., Saiz Vicente, E., y Esteban Martínez, C. (1998). Revisión histórica del concepto de inteligencia: una aproximación a la inteligencia emocional. <i>Revista Latinoamericana de Psicología</i>, 30(1), 11-30. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80530101</p>

	<p>Méndez F. X., Ortigosa J. M. y Pedroche S. (1996) Preparación a la hospitalización infantil: afrontamiento del estrés. <i>Psicología Conductual</i>, 4(2), 193-209. Recuperado de: http://www.behavioralpsycho.com/PDFespanol/1996/art03.2.04.pdf</p> <p>Tejido Pérez, M. M. (2010) <i>La inteligencia emocional: Marco teórico e investigación</i>. [Boletín electrónico] Recuperado de http://www.redem.org/boletin/files/Marta%20Tejido%20%20-%20inteligencia%20emocional.pdf</p>
De su dimensión pedagógica	<p>Administración Federal de Servicios Educativos en el Distrito Federal (2009) <i>Apuntes de pedagogía hospitalaria</i>. (Memoria del primer diplomado en pedagogía hospitalaria). México. Recuperado de https://www2.sepdf.gob.mx/pedagogia_hospitalaria/archivos-acciones/apuntesph_digital-v3.pdf</p> <p>Alonso, L., García, D., & Romero, K. (2006). Una experiencia de pedagogía hospitalaria con niños en edad preescolar. <i>Educere</i>, 10(34), 455-462. Recuperado de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-49102006000300008&lng=es&tlng=es</p> <p>Malavasi Reyes, A. P. (2005) <i>Goce estético en la escuela: una estrategia metodológica para la enseñanza de las artes plásticas</i>. San José, Editorial EUNED</p>
De su dimensión didáctica	<p>Administración Federal de Servicios Educativos en el Distrito Federal (2009) <i>Apuntes de pedagogía hospitalaria</i>. (Memoria del primer diplomado en pedagogía hospitalaria). México. Recuperado de https://www2.sepdf.gob.mx/pedagogia_hospitalaria/archivos-acciones/apuntesph_digital-v3.pdf</p> <p>Cano, A. (2012) La metodología de taller en los procesos de educación popular. <i>Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales</i>, 2(2), 22-52. Recuperado de http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/26946/Documento_completo.pdf?sequence=1</p>

ACTIVIDADES PROPUESTAS PEDIATRÍA
Contenidos:

- Autoconocimiento
- Autorregulación
- Motivación
- Empatía
- Habilidades sociales

Sesión 1: Autoconocimiento y autorregulación: Conociendo más de mí. Una manera de fortalecerme y expresarme en la adversidad.

Fecha: 10 de abril

Actividad básica cotidiana: para iniciar se realizará la presentación sobre las personas participantes y las docentes en formación seguido a ello, se hará la contextualización sobre el trabajo a desarrollar en el ciclo de talleres lúdico pedagógicos, entregando una invitación con el horario establecido para los encuentros.

Motivación y exploración de conocimientos relacionado con el tema: se invitará a cada participante a realizar un eslogan, entendiendo este como una frase corta, que comunica sobre un tema haciéndolo fácil de recordar, este tendrá la presentación de cada uno a modo de mensaje publicitario, destacando los aprendizajes descubiertos en situaciones adversas*. Las maestras en formación harán preguntas orientadoras durante la realización de la actividad como: ¿han tenido alguna situación difícil?, ¿Cuál?, ¿en dónde?, ¿cómo la enfrentaron?, ¿qué aprendieron de esa situación?, ¿qué dificultad presentó en el momento de pensar su slogan?, ¿qué pensó en el momento de retomar alguna situación adversa?, ¿le fue fácil pensar en los aprendizajes

que obtuvo/construyó al enfrentar en esa situación adversa?, ¿reconoció sus emociones, sentimientos y estados de ánimo en esta situación adversa?, ¿distingue entre estos conceptos?*, ¿qué siente el cuerpo con estas emociones, sentimientos, pasiones y estados de ánimo?

*Situación adversa: entendiéndose como un momento o acontecimiento de la vida que “trae consigo diversos factores de riesgo específicos, los [cuales] están presentes tanto en el plano de lo físico, como de lo mental y lo social”, (Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla, 1996, p. 4) es decir, se presenta el riesgo de padecer enfermedades físicas o psicológicas, estrés, depresión, apoyo social insuficiente, entre otras, causadas por un acontecimiento estresor o amenazante.

*“Las emociones, son estados afectivos que sobrevienen súbita y bruscamente en forma de crisis más o menos violentas y más o menos pasajeras. Los sentimientos, son estados afectivos complejos, estables, más duraderos que las emociones, pero menos intensos. Las pasiones, serían estados afectivos que participan en las características de las emociones y de los sentimientos en cuanto que poseen la intensidad de la emoción y la estabilidad del sentimiento.” (González, 2002, p.5)

Actividad de profundización: posteriormente se les presentará un video llamado “El puente”, el cual tiene una duración de 2:45 min., durante la proyección de este se preguntará ¿cómo creen que reaccionarán los personajes? ¿Qué hubieras hecho en su lugar?, al finalizar el video se preguntará por ¿cuál de los personajes actuó de manera adecuada? ¿Cómo se sentían al inicio del video los personajes?, ¿todas las emociones que se evidenciaron fueron positivas o negativas? *, ¿todas las emociones son útiles, valiosas y necesarias?, ¿en qué otros momentos aparecen estas emociones?, y seguido a estas preguntas se propone realizar una tarjeta, carta o dibujo que permita dar respuesta a los siguientes interrogantes: ¿este tipo de emociones han aparecido en su vida?, ¿en qué momento? ¿Qué tipo de emociones se presentaron en el momento de la hospitalización del niño o la niña? para luego poner en común sus respuestas y experiencias por medio de la socialización y la conversación grupal.

*Martin Seligman (2002) citado en Carr (2004), distingue entre las emociones negativas y positivas en “la medida en que nos preparan para realizar transacciones ganar-perder o ganar-ganar”, (p. 35) por ejemplo, las emociones negativas responden como defensas contra las amenazas, lo que llamaría el autor “perder” y las emociones positivas responden al placer o la satisfacción de que está sucediendo algo bueno, lo que el autor llama “ganar”. Por ejemplo:

Emociones negativas: frustración, decepción, enfado, indignación, etc.

Emociones positivas: alegría, satisfacción, complacencia, etc.

Evaluación y despedida: para finalizar se propone realizar una tarjeta de un tamaño mediano con diversos papeles de colores que puedan ser doblados fácilmente, allí plasmarán aquellas emociones, sentimientos y estados de ánimo negativos que han tenido en un momento difícil como la hospitalización de los niños y/o niñas e igualmente, los pensamientos y/o acciones positivas que han tenido para enfrentarlas, esto con el fin que la puedan conservar en un lugar donde puedan llevarla fácilmente (bolsillo, billetera, bolso, etc.) y remitirse a ella en un momento de dificultad o inquietud. Se realizará la socialización de estas tarjetas por medio de un conversatorio y se terminará con la despedida y recordando la invitación a la próxima sesión.

Materiales: hojas iris, tijeras, colbón, marcadores

Audiovisual: televisor, computador o video Beam, Video el puente: <https://www.youtube.com/watch?v=LAOICltn3MM>

Sesión 2: Motivación: La oportunidad de tomar iniciativas.

Fecha: 11 de abril

Actividad básica cotidiana: se iniciará la sesión dándoles la bienvenida a ese espacio e indagando por cómo se siente el día de hoy, para esta indagación se propone entregarles una hoja en forma de nube y de sol para que las familias plasmen allí lo que han sentido en el transcurso de la hospitalización, en las nubes aquellas emociones que consideren han sido negativas y en el sol aquellas positivas.

Motivación y exploración de conocimientos relacionado con el tema: se presentará un video de la fábula “la Rana Sorda” con la cual se da paso a las apreciaciones que los participantes hagan acerca de dicha fábula. Se indagará acerca de ¿qué se evidencia en la rana sorda, ¿qué valores, actitudes hacen que la rana salga del agujero al que cayó? y se dará un momento para pensar y responder: si ellos estuvieran sumidos en ese agujero ¿qué los llevaría a seguir intentando salir de ahí?, ¿cómo entienden la motivación?, ¿qué los motiva, tanto interna como externamente? Luego, se entregarán papeles con palabras correspondientes a dos frases acerca de la motivación las cuales deberán armar y tener presente no solo para la sesión sino para su diario vivir.

Frases:

“Quizás hoy no he llegado a mi meta, pero estoy más cerca de lo que estaba ayer” (Anónimo)

“Yo puedo, yo quiero, yo voy a lograrlo” (Tony Meléndez)

“La acción más pequeña, es mejor que la intención más grande” (John Mason)

“Si el plan no funciona, cambia el plan, pero no cambies la meta” (Anónimo)

Actividad de profundización: luego de esta actividad, se pondrá en una mesa revistas, periódicos e imágenes de todo tipo. Las y los participantes deben acercarse a la mesa y formar en una hoja un collage de los sueños propios, con imágenes y palabras que encuentren en el material dispuesto, incluso pueden formar las palabras con diferentes letras y en caso de que no encuentren imágenes que le permitan representar sus sueños pueden realizar algunos dibujos, los sueños pueden ser a corto, mediano o largo plazo. Terminando se socializará y hablarán acerca de esos sueños y cómo planean lograrlos.

Evaluación y despedida: para finalizar se realiza un mural en papel periódico o kraft, en el cual previamente se encontrará la representación del agujero de la fábula “la rana sorda” y al final del agujero varias ranas que representan a los participantes, por fuera del agujero se pondrán los collages de los sueños y por encima de estos sueños se pondrán los soles y las nubes que se hicieron al inicio de la sesión. Luego se entregarán tiras de papel en las cuales los participantes escribirán palabras que los impulse a salir del agujero y llegar a sus sueños. (La idea de las nubes y los soles es que igualmente identifiquen qué emociones iluminan u oscurecen esos saltos para lograr sus sueños). Por último, ubicarán en el mural las dos frases que fueron armadas en la actividad de motivación, se les pedirá que hablen sobre lo que entendieron del tema en general, cómo lo aplicarían en sus vidas y lo que les queda de la actividad, permitiendo resaltar aspectos positivos y negativos de ésta. Se les agradece la participación y se les invita a que asistan a la siguiente sesión.

Materiales: papel periódico o Kraft, nubes y Soles, Revistas, periódicos, imágenes, pegamento, tijeras, colores, marcadores, hojas de papel, tiras de papel, ranas de papel, palabras de las frases, cinta.

Audiovisual: televisor, computador o video Beam, Video la rana sorda: <https://www.youtube.com/watch?v=bjF7VZMzs>

Sesión 3: Empatía y habilidades sociales: Poniéndome en el lugar del otro.

Fecha: 17 de abril

Actividad básica cotidiana: se da inicio a la sesión dándoles una calurosa bienvenida y agradeciéndoles su asistencia a este espacio, se propondrá para iniciar realizar un saludo de todos con todos, sin decir “hola”, sin repetir saludos y de preferencia moviéndose por el espacio, no puede quedar ningún asistente sin saludar. Al finalizar del saludo hablaremos acerca de ¿qué creen que sintió el otro cuando yo lo saludé?, ¿a quién saludé con mayor ánimo y confianza?, y ¿por qué creen que se saludaron así?

Motivación y exploración de conocimientos relacionado con el tema: se presentará el cortometraje “Boundin’ la oveja rapada” el cual tiene una duración de 5 minutos, al finalizar se harán preguntas respecto al tema a abordar en esta sesión tales como: ¿qué sucedió en el corto? ¿cómo reaccionaron los personajes?, ¿qué cualidades pueden ver en los personajes?, ¿qué harías tú en lugar del protagonista y de los diferentes personajes del corto?

Actividad de profundización: se propondrá a los y las participantes realizar unos zapatos, dentro de los cuales los participantes escriban cuando se han puesto en los zapatos de otras personas, es decir en el lugar del otro en alguna situación específica. Como acto seguido se propondrá compartir los zapatos realizados con el compañero o compañera que tenga a su lado y así se propone que no sea el dueño/a de la tarjeta quien socialice, sino que sea su compañero/a de la derecha quien nos cuente en qué momentos su compañero del lado izquierdo se ha puesto en los zapatos de otro, haciendo una interpretación de lo que logra observar en esta tarjeta y de algunos detalles que le puedan dar por medio de la conversación, permitiendo así hablar desde la postura del otro y contar si encuentra algo que le llame la atención en lo que escribió el compañero.

Posteriormente, se pide formar dos grupos y escoger uno de los integrantes de cada grupo el cual será aislado de los demás por 5 minutos. A los demás integrantes se les entregará una imagen compuesta por un dibujo en figuras geométricas, el cual (durante los 5 minutos que el integrante esté fuera) deberán describir en una hoja de papel. Cuando el otro integrante ingrese deben darle las indicaciones para que este realice el dibujo en un pliego de papel periódico que le será entregado si no que este vea el dibujo que le fue entregado al grupo, la idea es que quede lo más parecido al dibujo original.

Al final se pedirá que opinen acerca de las actividades a partir de preguntas orientadoras como: ¿qué fue lo más difícil de las actividades?, ¿por qué creen que fue difícil?, ¿es fácil escuchar a los demás? ¿que percibimos en nuestro compañero/a durante las actividades?, ¿cómo se sintieron quienes escucharon al compañero/a hablar de sus experiencias?, ¿cómo se sintieron

quienes hablaron de las experiencias del otro?, ¿Se pusieron en el lugar de sus compañeros/as?, ¿en qué momento?, buscando dar a conocer las habilidades sociales. *

Evaluación y despedida: para finalizar se les entregará un rompecabezas en forma de zapatos que deberán armar, donde se encuentra la siguiente frase, la cual representa los zapatos de nosotras las maestras y la frase es un regalo que hacemos a los participantes:

“Lo más importante es que necesitamos ser entendidos. Necesitamos alguien que sea capaz de escucharnos y entendernos. Entonces, sufrimos menos”. -Thich Nhat Hanh.

Se invitará a que los y las participantes nos cuenten sobre qué les deja esta frase y estas sesiones trabajadas, y de igual manera lo escriban a modo de reflexión para ser entregados a las docentes en formación.

Para cerrar el ciclo las maestras en formación realizarán preguntas como: ¿qué aprendieron con relación a los temas tratados? ¿cómo les puede servir la empatía, la autorregulación, el autoconocimiento, tanto a ellos como a sus hijos? ¿son importantes estos temas, por qué?, ¿qué les gustó?, ¿qué no les gustó?, ¿qué otras cosas les hubiera gustado abordar?, ¿cómo se sintieron? Luego se reunirán en grupos y realizarán un afiche grupal en donde plasmarán lo aprendido y lo entendido en el desarrollo de todas las sesiones y por último cada grupo expondrá lo realizado y nos contarán las razones por las que estos aprendizajes son importantes y que se proponen para seguir aplicándolas y para transmitir las a los demás integrantes de la familia, permitiendo así poner en común los saberes de todos los participantes.

*Habilidades sociales Básicas:

- Apego: capacidad de establecer lazos afectivos con otras personas.
- Empatía: capacidad de ponerse en el lugar del otro y entenderle.
- Asertividad: capacidad de defender los propios derechos y opiniones sin dañar a los demás.
- Cooperación: capacidad de colaborar con los demás para lograr un objetivo común.
- Comunicación: capacidad de expresar y escuchar. Sentimientos, emociones, ideas, etc.
- Autocontrol: capacidad de interpretar las creencias y sentimientos propios y controlar los impulsos.
- Comprensión de situaciones: capacidad para entender las situaciones sociales y no tomarlas como algo personal, o culparse de determinadas cosas.
- Resolución de conflictos: capacidad para interpretar un conflicto y sacar alternativas de solución al mismo. (Educapeques, 2015)

Materiales: Cartulina, marcadores, lápices, pintura, papel, rompecabezas

Audiovisual: Televisor, computador o video Beam, Video “Boundin’ la oveja rapada”:
https://www.youtube.com/watch?v=bF4_Xm6RIQQ

RECURSOS

Humanos: asesora, dos maestras cooperadoras, dos maestras en formación, participantes.

Materiales: lápices de colores, cartulina, marcadores, papel, rompecabezas, pintura, papel periódico o Kraft, nubes y Soles, revistas, periódicos, imágenes, pegamento, tijeras, tiras de papel, ranas de papel, palabras de las frases, cinta.

Audiovisual: Televisor, computador o video Beam, cámara fotográfica.

Video el puente: <https://www.youtube.com/watch?v=LAOICltn3MM>

Video “Boundin’ la oveja rapada”: https://www.youtube.com/watch?v=bF4_Xm6RIQQ

Video la rana sorda: https://www.youtube.com/watch?v=_bjtF7VZMzs

ANEXO 3 DIARIO PEDAGÓGICO

 <p>UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA 1803</p>	<p>UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA FACULTAD DE EDUCACIÓN LICENCIATURA EN PEDAGOGÍA INFANTIL</p>	 <p>SAN VICENTE fundación</p>
DIARIO PEDAGÓGICO		
Institución		
Maestra en formación		
Sesión #		
Fecha		
Tema		
Objetivo para la sesión		
Número de asistentes.		
Descripción de la situación.		
Componente teórico.		
Reflexión personal.		
Bibliografía.		

ANEXO 4 ENTREVISTA



1803

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE EDUCACIÓN
PROGRAMA DE PEDAGOGÍA INFANTIL**

**FORTALECER SU INTELIGENCIA EMOCIONAL: UN RETO PARA LAS
FAMILIAS DE NIÑAS Y NIÑOS HOSPITALIZADOS**

Entrevista

Nombre y edad del entrevistado

Nombre y edad del paciente:

1. ¿Cómo se siente usted en su paso por esta situación? (Autoconocimiento)
2. ¿Reconoce los sentimientos que lo han embargado a partir de lo ocurrido? ¿Cómo los ha manejado? (autorregulación)
3. ¿Ha sentido responsabilidad de la hospitalización del paciente pediátrico o sentimientos de culpa o tristeza?, ¿por qué? (Autoconocimiento)
4. ¿Ha tenido dificultades para relacionarse con el otro (niño/niña, otras personas de la familia, otras familias de la sala.) debido al accidente? (Empatía y habilidades sociales)
5. ¿Cómo percibe su presente y su futuro en relación a lo ocurrido?, ¿considera esta situación como un error o un aprendizaje? (Motivación)
6. ¿Cómo cree se siente el niño o niña? ¿Le ha preguntado? (Empatía)
7. ¿Cómo es su relación con el resto de la familia? ¿alguien más le está ayudando durante su estadía en el hospital? (habilidades sociales)
8. ¿Qué hace para hacer menos aburrida la hospitalización? (motivación)

Observaciones:

**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

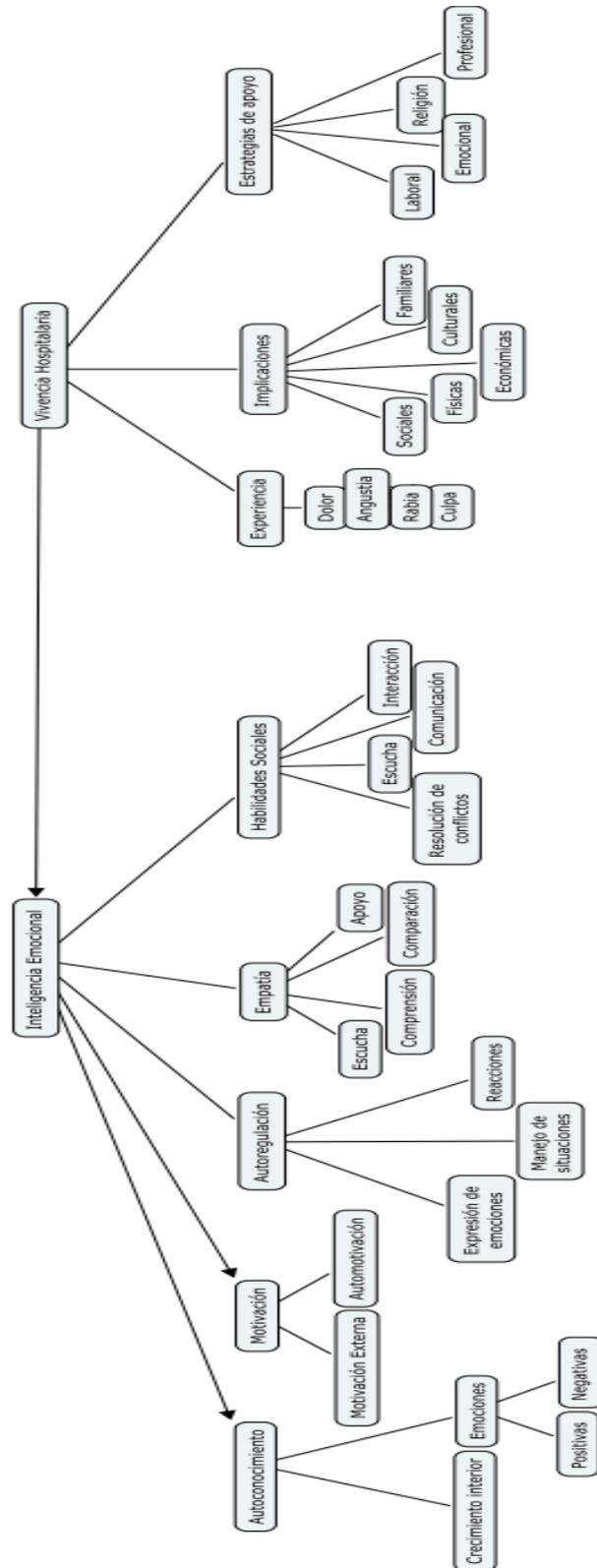
1 8 0 3

ANEXO 5 ILUSTRACIÓN 1 SISTEMA CATEGORIAL



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

1 8 0 3



U
D]

AD
IA