



# UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

## Facultad de Educación

CARACTERIZACIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR A NIÑAS Y NIÑOS  
HOSPITALIZADOS: APORTES PARA LA EDUCACIÓN INFANTIL

ALEJANDRA DAVID OSORIO  
YENIFER MONTOYA LÓPEZ

TRABAJO DE GRADO PARA OBTAR EL TÍTULO DE LICENCIADAS  
EN PEDAGOGÍA INFANTIL

Asesora:  
COLOMBIA HERNÁNDEZ ENRÍQUEZ

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD DE EDUCACIÓN

MEDELLÍN 2017



### CONTENIDO

	Pág.
<b>LÍNEA DE INVESTIGACIÓN EN QUE SE ENMARCA EL PROYECTO DE PRÁCTICA REALIZADO</b>	<b>3</b>
<b>RESUMEN</b>	<b>4</b>
<b>1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>7</b>
<b>2 ANTECEDENTES</b>	<b>12</b>
<b>3 OBJETIVOS</b>	<b>19</b>
OBJETIVO GENERAL	19
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
<b>4 MARCO REFERENCIAL</b>	<b>20</b>
<b>5 MARCO METODOLÓGICO</b>	<b>32</b>
<b>6 RESULTADOS</b>	<b>39</b>
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	39
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	47
<b>7 REFLEXIONES FINALES</b>	<b>56</b>
<b>REFERENCIAS</b>	<b>62</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>65</b>
INVITACIÓN	65
CARTEL DE ASOCIACIÓN	65
POEMA	65
CONSENTIMIENTO INFORMADO	66
CUESTIONARIO (VERSIÓN RESUMIDA DEL ROTAFOLIO)	68
HOJA DE RESPUESTAS	73
LISTA DE ASPECTOS A REVISAR	74
RESUMEN HOJAS DE VIDA	74

UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA

1 8 0 3

**TÍTULO DEL PROYECTO:**

**Caracterización del acompañamiento familiar a niñas y niños hospitalizados:  
aportes para la educación infantil**

**Línea de investigación en que se enmarca el proyecto de práctica realizado**

Este informe presenta los resultados más destacados de un trabajo de grado asesorado por profesores integrantes del *Grupo de Estudios en Pedagogía, Infancia y Desarrollo Humano –GEPIDH-*, al interior de la línea de trabajo *Resiliencia y Salud*, adelantado entre el segundo semestre del 2016 y el primer semestre del 2017 en la Universidad de Antioquia, en torno al bienestar y a la permanencia estudiantil de niños y niñas hospitalizados.

El informe da cuenta de un proceso de práctica pedagógica relacionado con el tema de hospitalización infantil, específicamente con las estrategias de apoyo socioeducativo para la atención de niños y niñas hospitalizados; con el interés de profundizar en torno a las características del acompañamiento de madres, padres y/o cuidadores en el proceso de hospitalización de las niñas y los niños atendidos en el Hospital Infantil San Vicente Fundación.

**Resumen**

El acompañamiento familiar constituye un derecho de los niños y niñas hospitalizados reconocido en el marco de los procesos de humanización de la atención en salud. Este derecho tiene como presupuesto que la compañía de personas significativas puede favorecer vivencias hospitalarias gratas y formativas que contribuyen al bienestar y a la recuperación de la salud de los pacientes pediátricos cuando se orientan de manera acertada. Identificar las características del acompañamiento familiar que favorecen la salud infantil contribuye al mejoramiento de los programas de atención en salud y educación hospitalaria y por ende al desarrollo integral de los niños y niñas hospitalizados. En consecuencia, con los aspectos mencionados, este proyecto de práctica pedagógica se propuso conocer las características del acompañamiento que brindaba un grupo de madres, padres y/o cuidadores en el proceso de hospitalización de las niñas y los niños atendidos en el Hospital Universitario San Vicente Fundación. El proyecto se propuso caracterizar el acompañamiento de 10 familiares de pacientes de Nefrología pediátrica del Hospital Universitario San Vicente Fundación. La propuesta comprendió cuatro momentos propuestos por diversos investigadores en el marco de la investigación cualitativa: el diseño, la formulación, la gestión -o intervención- y el cierre. Por medio de la interacción con los participantes y la observación durante las jornadas pedagógicas, la revisión documental relacionada con el contexto institucional y la consulta directa a los participantes (acompañantes) a través de un taller de relajación y conversación, en el que tuvo lugar un cuestionario sencillo y la aplicación de la estrategia de cartel de asociación.

La información recolectada se procesó a partir de categorías de análisis derivadas de la revisión de antecedentes y de referentes conceptuales, tales como: presencialidad y

continuidad del acompañamiento, capacidad de calmar o tranquilizar a la niña o el niño, atención y compromisos con los cuidados de la salud, capacidad de promover la continuidad de la educación y el buen trato y la promoción del bienestar infantil.

El trabajo de indagación reveló que, el Hospital Universitario San Vicente Fundación, en concordancia con su modelo de atención biopsicosocial, reconoce el acompañamiento como un derecho fundamental de las niñas y los niños hospitalizados y se interesa por crear condiciones que favorezcan que los pacientes de las salas de Nefrología puedan permanecer con un o una acompañante durante su proceso de hospitalización, permiten que estas personas puedan ajustar su permanencia a las posibilidades, de manera que si bien algunos parientes pasan todo el tiempo con sus niños o niñas, al menos uno o dos acompañantes por semana, se ausentan por periodos significativos del hospital para realizar alguna actividad en el centro de la ciudad, o para regresar por unas horas a sus hogares.

Particularmente, en cuanto a las salas de Nefrología Pediátrica del Hospital Universitario San Vicente Fundación, durante el periodo de realización de esta práctica, el acompañamiento tuvo predominancia femenina, fue realizado por miembros de la familia, la mayoría de estos acompañantes se encontraban entre los dieciocho y treintaicinco años de edad, la mitad de ellos era solteros y la otra mitad se encontraban casados.

En cuanto a la presencialidad y continuidad en el acompañamiento se encontró que de diez acompañantes diez cuidaban al paciente desde el momento del diagnóstico, la mitad de la población participante llevaba de uno a seis meses como cuidadores, y la mitad restante alrededor un año. Cinco de las personas acompañantes eran únicos cuidadores y los cinco restantes recibían apoyo de otros familiares. En cuanto al buen trato y la promoción del bienestar

infantil en el trabajo se encontró que cinco de las y los participantes llevaban a cabo juegos con sus hijas e hijos mientras se encontraban en las habitaciones, mientras que los cinco participantes restantes realizaban otro tipo de actividades. En lo concerniente a los compromisos con los cuidados en salud este trabajo de indagación halló que la mayor parte de las y los participantes atendían las instrucciones del personal de salud, así mismo cuando la niña o el niño se alteraban o sentían dolor, las y los acompañantes recurrían a diferentes estrategias como hacer llamados a las enfermeras, darles tiempo y espacio a las niñas y niños, y seguir las instrucciones del personal médico.

Respecto a las competencias de las y los acompañantes para promover la continuidad de la educación infantil se identificó que, de los diez acompañantes, siete acudían con sus niñas y niños al Aula Hospitalaria, cinco de las cuales participaron activamente en las diferentes jornadas educativas desarrolladas en este espacio. Igualmente, la práctica permitió conocer que la mayoría de las y los pacientes pediátricos de Nefrología que se encontraron autorizados para participar de las experiencias promovidas en el Aula, asistieron a ellas y lo hicieron, en su mayoría, con al menos un acompañante y que la mayoría de ellos y ellas eran menores de doce años. Como resultado general, la práctica resaltó que los y las acompañantes asociaron su rol con la promoción de tres aspectos formativos en sus niños y niñas: acciones, afectos y valores. Sin embargo, el énfasis en uno u otro aspecto variaba según el momento del acompañamiento y las características del acompañante.

## **1 Planteamiento del problema**

Acompañar es la facultad de estar con el otro en los diversos procesos o momentos a los que esta persona puede enfrentarse. Tiene que ver con la posibilidad de servir de apoyo, ayudar o sostener al otro en situaciones favorables o adversas. En este sentido, se acompaña a los amigos, los pacientes, los alumnos, los hijos, la familia, entre otros, buscando su bienestar y su desarrollo. No obstante, no todos los acompañamientos son significativos o enriquecedores porque “acompañar requiere no solo actitud y carisma sino sobre todo compromiso, buscando favorecer el desarrollo individual, social y emocional del sujeto” (2011). En otras palabras, acompañar va más allá del estar presente, implica estar en pro del acompañado, reconocer el otro como un sujeto importante, apoyarlo con amor y ayudarlo a crecer en todas sus dimensiones como persona. Es el arte de estar con el otro, apoyarlo con amor y respeto en el encuentro consigo mismo, estableciendo relaciones que permitan crear y compartir recíprocamente; así pues, el acompañamiento reúne todas aquellas acciones e intencionalidades que buscan enriquecer y servir de apoyo para la superación de la adversidad.

En esencia, el acompañamiento constituye un elemento primordial en la vida de todo individuo en tanto le posibilita herramientas para enfrentarse a situaciones desfavorables o adversas y favorece su apropiación de pautas, prácticas y creencias sociales y culturales, que resultan especialmente importantes en los primeros años de vida. En otras palabras, el acompañamiento es uno de los medios más importantes para la constitución de todo ser humano, en la medida en que le permiten construir sus maneras de ser, pensar, sentir e interactuar en el mundo.

Las formas de acompañar son diversas, multidimensionales y dinámicas. Ellas pueden variar según el contexto, el momento, las situaciones y los participantes de la relación, entre otros factores. Hay acompañamientos familiares, educativos, psicológicos, terapéuticos, sociales, no obstante, el de tipo familiar es uno de los más importantes en las diferentes etapas de desarrollo de todo ser humano en tanto la familia es el primer agente que posibilita o inhibe condiciones y experiencias enriquecedoras para la formación de niñas y niños, de esta manera “en los primeros años la familia es un vehículo mediador en la relación del niño con el entorno, jugando un papel clave que incidirá en el desarrollo personal y social” ( Bolívar, 2006).

Cabe precisar que el acompañamiento familiar responde también a las variaciones que el concepto de familia ha tenido a través de los tiempos. En la actualidad, la definición de familia trasciende los vínculos consanguíneos y las estructuras nucleares conformadas por padre, madre e hijos. Ella se reconoce como una unidad social de cuidado, protección y formación, cambiante y compleja, que puede tener múltiples estructuras, entre las cuales se destacan: nuclear, monoparental, reconstruida, extensa, fraterna, comunitaria, extendida, entre otras.

Independientemente de su estructura, la familia se reconoce como un sistema que integra un conjunto de reglas y principios relacionados entre sí para contribuir a un fin determinado. Sus miembros son todas las personas que participan en la vida familiar y cumplen con las funciones básicas que el grupo establece, entre ellas: la comunicación, la afectividad, el apoyo, la adaptabilidad, la autonomía y el establecimiento de reglas y normas Zomeño (2015).

En este sentido, la noción de familia abarca a todas aquellas personas significativas que acompañan de manera activa los procesos de formación, socialización, construcción de identidad e ideales y sirven de apoyo a los niños y las niñas en las diversas etapas o periodos de la vida que comprenden su desarrollo y crecimiento.

Gómez, Ripoll y Panchón (2004) consideran la familia como una unidad de cooperación, basada en la convivencia, y cuyo objetivo es garantizar a cada uno de sus miembros el desarrollo y la supervivencia física y emocional. La familia, tiene como uno de sus principios básicos la solidaridad en momentos difíciles, como por ejemplo durante el afrontamiento de la enfermedad de uno de sus integrantes, especialmente si esta se realiza en un contexto distinto o lejano al entorno de vida del paciente, es prolongada e impone una ruptura forzosa y dolorosa de los ritmos habituales de vida de las personas (Henao. 2007).

Si bien la hospitalización y el tiempo de la misma varía acorde a la edad del paciente, la complejidad de su enfermedad, el tipo de tratamientos que requiera, entre otros factores, el tipo de cuidados que reciba por parte de la familia y del personal de salud va a incidir de modo importante en la manera como el asuma la vivencia. Poder contar con la presencia y el apoyo de sus personas significativas a lo largo de su hospitalización es determinante en ese proceso de reconocimiento, enfrentamiento y superación de las dificultades que la situación de hospitalización conlleva, especialmente durante periodos críticos de la vida como es la infancia.

Reconocer a las familias como personas claves de la atención de los niños y niñas hospitalizados y crear condiciones que les ayude a acompañarles de manera acorde a sus necesidades y potencialidades, exige conocer las maneras en que ellos entienden y llevan a cabo

su papel como acompañantes, es decir, caracterizar dichos acompañamientos familiares durante la hospitalización.

Los procesos de caracterización buscan conocer las particularidades o atributos de un grupo, un entorno, un objeto o un proceso. Usualmente se asocian con la identificación de factores sociales, demográficos, poblacionales que permiten tener un mejor conocimiento de los individuos y sus dinámicas. Se trata de una “fase descriptiva con fines de identificación de los componentes, acontecimientos -cronología e hitos-, actores, procesos y contexto de una experiencia, un hecho o un proceso” (Sánchez. 2010). La “descripción e identificación de necesidades y motivaciones del usuario” (Mintic. 2011), que facilita determinar sus necesidades e implementar acciones o estrategias a futuro que posibiliten el mejoramiento de las interrelaciones y la comunicación entre éstos.

Considerando que el Hospital Universitario San Vicente Fundación no ha llevado a cabo un ejercicio de caracterización del acompañamiento que ofrecen las familias a los niños y niñas hospitalizados en las salas de Pediatría, iniciar un proceso de caracterización de este tipo de relacionamientos puede aportar al desarrollo de propuestas de formación orientadas a promover prácticas de acompañamiento familiar que favorezcan la capacidad infantil de enfrentar positivamente la hospitalización.

En el marco de una nación que establece la salud y la educación como derechos fundamentales que deben garantizarse a todas las personas a partir de principios fundamentales como la equidad, la universalidad, el respeto a la diferencia, entre otros; resulta pertinente que las instituciones de salud diseñen sus propuestas de atención y formación reconociendo las características particulares de las personas a quienes debe ir dirigida (MINSALUD, 2017).

Siendo el Hospital Universitario San Vicente Fundación, una institución orientada por un modelo de atención biopsicosocial, cruzado por tres ejes principales: hospital seguro, rehabilitador y humanizado, tiene el compromiso de promover el cumplimiento de los **derechos de los niños y niñas hospitalizados<sup>1</sup>**, entre ellos el derecho a “contar con el acompañamiento de personas significativas, el mayor tiempo posible de su hospitalización, no como espectadores pasivos sino como elementos activos de la vida hospitalaria” (Serradas, M. 2008).

En concordancia con aspectos mencionados, el proyecto de práctica pedagógica llevado a cabo pretendió caracterizar el acompañamiento brindado por 10 familias de la sala de Nefrología Pediátrica del Hospital Universitario San Vicente Fundación, buscando dar respuesta a los interrogantes: ¿Qué caracteriza las formas de acompañamiento que establecen los familiares con los niños y las niñas hospitalizados en las salas de Nefrología del Hospital Universitario San Vicente Fundación? y ¿Qué aportes brinda a la educación de niños y niñas hospitalizados la revisión de éstas formas de acompañamiento?.

---

<sup>1</sup> Entre estos derechos, se destaca el derecho del niño a proseguir con su formación escolar durante la hospitalización, y a beneficiarse de las enseñanzas de los profesionales de la educación y del material didáctico; igualmente tiene derecho al juego, actividades recreativas y educativas adecuadas a su edad y acceder a condiciones adecuadas para su estadía allí, derecho a que la enseñanza sobrepase el contenido específico del currículo, atendiendo temas relacionados con las necesidades específicas de la hospitalización y contar con el acompañamiento de personas significativas, de sus padres o de la persona que los sustituya, el mayor tiempo posible durante su hospitalización, no como espectadores pasivos sino como elementos activos de la vida hospitalaria (SERRADAS, M. 2008).

## **2 Antecedentes**

Con relación a la pregunta orientadora de esta práctica pedagógica resumida en el presente informe de trabajo de grado, se rastrearon algunos trabajos que, si bien no eran del todo afines al problema de éste proyecto, estuvieron relacionados con el acompañamiento familiar en los procesos de hospitalización infantil. Por un lado, el trabajo de IBARDO, B. *et al*, **diseño e implementación de una propuesta lúdico-pedagógica, orientada a minimizar los efectos de la hospitalización en niñas y niños, en el Hospital Universitario San Vicente Fundación**, llevado a cabo en año 2001; en el que se retomó la historia del Hospital en cuanto al acompañamiento familiar se refiere, y por otro lado se expone el acompañamiento familiar como un factor positivo en la recuperación de la niña y el niño hospitalizado. Así mismo, se destaca el trabajo realizado por BAENA, E. *et al*: **Estrategias de acompañamiento pedagógico para el niño y la niña hospitalizados** (2007) y el implementado por Henao, Y. *et al* en el 2007: **Aportes de la pedagogía infantil y de la promoción de la resiliencia para potenciar la hospitalización como una experiencia enriquecedora del aprendizaje**. En ambos trabajos se concibe una dualidad en el acompañamiento a niñas y niños durante la hospitalización; se percibe como un factor positivo en la recuperación de la niña y el niño, y a su vez exponen que pueden hallarse casos en los que dicho acompañamiento no sea “muy positivo” o sea negativo.

En este sentido IBARDO, B. *et al*, en su trabajo para optar el título de Licenciados en Educación Preescolar; implementan un plan de acción que consta de tres etapas: durante el primer semestre el acompañamiento por servicios y presentación del anteproyecto, en el segundo semestre la apertura del Aula Lúdica- pedagógica (con padres, y niñas y niños de todas las edades), la tercera etapa tuvo lugar durante el último semestre de práctica y comprendió

un trabajo personalizado, por rangos de edad, a través de proyectos de aula. Empleando una metodología de carácter lúdico-pedagógica con estrategias que variaban según la edad de las niñas y los niños.

Acerca del efecto de la hospitalización en las niñas y los niños existen diferentes hallazgos; Ibarido, *et al* exponen el concepto de enfermedad como una alteración de la salud, que tiene efectos negativos sobre la cotidianidad del sujeto, las relaciones familiares, escolares y sociales, metas en su desarrollo, entre otros. La hospitalización según esta investigación, es una experiencia negativa, pues desde el ingreso al hospital, el niño y la niña experimentan muchas situaciones inesperadas; el entorno no es familiar y ello causa en el niño y la niña desasosiego y estrés, se produce una pérdida de la autonomía, separación forzada, procedimientos dolorosos, desconocimiento de la situación y la misma enfermedad, miedo al daño y a la muerte, afectación de la imagen corporal, entre otros.

Ibarido *et al* (2001), afirman que entre los factores que afectan o fortalecen el proceso de hospitalización se encuentran los factores a nivel cognitivo, que permite comprender o no, la hospitalización, pues algunos niños y niñas pueden verla como un castigo o un abandono por parte de su familia. Para estos autores, el temperamento y las experiencias previas también son un factor determinante en el proceso de aceptación y asimilación de la hospitalización. Ellos encontraron que la niña y el niño tiene una respuesta positiva al proceso de hospitalización si existen vínculos afectivos; así la niña o el niño se adapta con mayor facilidad al contexto hospitalario. En su rastreo de antecedentes hallaron que en el departamento de pediatría del Hospital Universitario San Vicente Fundación se llevaban a cabo en un inicio, procesos de acompañamiento familiar a las niñas y los niños hospitalizados, a través de visitas diarias de

cuatro horas de duración, autorizadas a través de “permisos especiales” (p. 36) los cuales podrían ser ampliados en pacientes con estados críticos y de lugares de procedencia alejados. Igualmente, estos autores mencionan como años después se vincula al hospital una enfermera llamada Libertad Cadavid, quien contaba con estudios sobre “estimulación temprana” (p. 36) y sustentó la importancia de la visita de familiares en la recuperación de las niñas y los niños. Así se encargó de gestionar y organizar un espacio en el hospital en el que las niñas y los niños pudieran jugar y tener más tiempo para compartir con sus madres. Tiempo después, entre 1977 y 1979 se implementó el trabajo con voluntarias/os y alfabetizadoras/es, éste consistió en tener un espacio en el que trabajasen cinco aspectos esenciales: motricidad, arte, lenguaje, estimulación y recreación. Posteriormente, en el servicio de lactancia materna se permitió la estadía de un acompañante durante todo el día, con lo que tiempo después se consolidó el programa “madre participante” que, con el aval de algunas instituciones, después se convirtió en “familia participante” (p. 37). Éste proyecto se detiene durante un cambio de administración, pero evoluciona y en el año 2000 se vincula la Facultad de Educación de la Universidad de Antioquia con un proyecto de estimulación y pedagogía social preventiva.

El trabajo de Ibaro *et al* concluye que entre los aspectos que influyen en la manera como el niño y la niña perciben la hospitalización, se encuentra la habilidad de los padres para apoyar adecuadamente a la niña o el niño. Entre las causas que afectan la respuesta de las niñas y los niños a la hospitalización, se encuentran factores propios de la niña y el niño (cognitivos, temperamentales, etc.) y factores familiares como la ansiedad de los padres, la poca experiencia de los mismos y la emocionalidad. Dentro de los antecedentes psicosociales que conducen a alteraciones emocionales, Ibaro *et al* encontraron algunas propias del entorno

familiar como: una familia sin red de apoyo, divorcio reciente, violencia familiar, comunicación familiar negativa y los pocos recursos.

En síntesis, el trabajo propuesto por Ibaro *et al*, se encuentra esencial para iniciar un trabajo de indagación sobre las características del acompañamiento familiar, puesto que pone en evidencia las concepciones y prácticas del hospital, en años atrás, acerca del mismo. De igual forma éste trabajo orienta y da luces sobre la manera en la que se ha dado el acompañamiento (concretamente en el HUSVF), que en su trabajo se presenta como un factor positivo para la recuperación de las niñas y los niños hospitalizados.

Sin embargo, existen varios trabajos de investigación que también destacan el papel negativo o no muy positivo del acompañamiento, como los que se mencionan a continuación.

En primera instancia, en el 2007, BAENA *et al*, en su tesis para optar el título de licenciadas en pedagogía infantil: **Estrategias de acompañamiento pedagógico para el niño y la niña hospitalizados**, realizan una investigación cualitativa en la línea de prevención temprana de la agresión a través de la observación participante, entrevistas semi-estructuradas, entrevistas a profundidad y grupos focales, basadas en categorías de análisis: concepto de niño, reacciones del niño, estrategias pedagógicas, entre otras. Con la participación de 320 niñas y niños entre ellos 12 niñas y niños pacientes de nefrología; estas investigadoras orientaron talleres pedagógicos con el objetivo de identificar las estrategias pedagógicas que ayudan a regular las reacciones de ansiedad, miedo y agresión en niñas y niños hospitalizados. Los hallazgos de la indagación revelan que solo el hecho de estar enfermo, produce en la niña y el niño cambios en la experimentación de su esquema corporal como el cansancio, las molestias, la irritabilidad, la

dependencia, entre otros. Al igual que otros investigadores, Baena *et al* señalan que la forma como se asume la hospitalización varía según diversos factores, como la personalidad, edad, experiencias previas, entre otros.

Por su parte, Grist, citado por Baena *et al*, plantea cuatro etapas por las que pasan una niña y un niño durante su hospitalización, a saber: la protesta, desesperación, negación y habituación. Para estos autores, las niñas y los niños reaccionan con miedo, depresión, frustración y agresividad, pues la enfermedad dificulta la satisfacción de las propias necesidades, llegar al hospital los enfrenta con un mundo desconocido, con rutinas, procedimientos y relaciones muy distintas a las que viven en su medio escolar y familiar.

En éste trabajo investigativo se encuentra que, para minimizar los efectos negativos del proceso de hospitalización, es necesario un trabajo en equipo con los padres de las niñas y los niños hospitalizados, promover en ellos herramientas útiles para realizar intervenciones significativas con sus hijas e hijos. Además, este trabajo señala que las reacciones de niñas y niños a la hospitalización están directamente relacionadas con el acompañamiento que brinde la familia, creen indispensable el acompañamiento familiar, y advierten que éste puede hacerles sentir apoyados, confiados y tranquilos o puede generarles inquietud e inestabilidad, si los padres expresan angustia, miedo o estrés. En este sentido Baena *et al* recomiendan brindar a la familia orientación, buscando que interioricen y tengan claro su papel fundamental en la recuperación de la niña o el niño.

Por otra parte, en el año 2007 Henao, Y. *et al* en su trabajo de grado, llevaron a cabo un trabajo con niñas y niños entre los cuatro y doce años, pacientes de Nefrología y Hemato-Oncología del Hospital Infantil San Vicente Fundación, con el objetivo de potenciar el

proceso de hospitalización como una experiencia enriquecedora. Este trabajo siguió una metodología de investigación cualitativa y comprendió el diseño, implementación y evaluación de tres estrategias pedagógicas orientadas a promover la resiliencia infantil. En sus resultados, este trabajo reveló que en las salas de Nefrología de los 28 niños y niñas participantes diecisiete se encontraban acompañados por sus madres durante el proceso y la implementación de las actividades, cuatro por sus padres, cuatro niñas y niños estuvieron acompañados por ambos padres, seis por otros familiares como abuelos y tíos, y de los tres niños restantes no se obtuvo información acerca de sus acompañantes. Durante la implementación de ésta estrategia pedagógica Henao *et al* hallaron que en algunos casos la presencia del acompañante fue positiva para el desarrollo de las actividades puesto que se evidenció apoyo, sugerencias, recomendaciones, motivación y respeto por parte de los acompañantes a los trabajos de las niñas y los niños; promoviendo la resiliencia con amor, aceptación, apoyo a la superación de la adversidad. Sin embargo, en situaciones particulares la presencia de las y los acompañantes no fue positiva, pues estuvo marcada por actitudes de reproche y desinterés en las que el adulto no potenciaba la autoestima, no motivaba a la niña o el niño a participar de las actividades. Para estas autoras, las prácticas de estos dos tipos de acompañantes estaban influenciadas por su escolaridad, lugar de procedencia y el tipo de vínculo que tenían sus niños o niñas.

Los estudios revisados permitieron tener una lectura advertida respecto a la incidencia favorable y no favorable del acompañamiento familiar para el proceso de recuperación de las niñas y los niños hospitalizados. Igualmente, estos antecedentes permitieron definir los aspectos a valorar en el trabajo de caracterización de los acompañamientos familiares propuesta en este trabajo.



**UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA**

**Facultad de Educación**



**UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA**

1 8 0 3

### **3 Objetivos**

#### **Objetivo general**

Caracterizar las formas de acompañamiento que establecen los familiares con las niñas y los niños hospitalizados en las salas de Nefrología del Hospital Universitario San Vicente Fundación.

#### **Objetivos específicos**

- Definir a partir de un proceso de revisión documental cinco aspectos de la interacción familia – niños/ niñas hospitalizados en los cuales se centrará la caracterización.
- Explorar los aspectos definidos para la caracterización con 10 grupos familiares que acompañan a niñas y niños hospitalizados, a través de un proceso de observación participativa, grupos de conversación, cartel de asociación y un cuestionario sencillo.
- Propiciar tres espacios de divulgación y reflexión en torno a los resultados de la indagación con los grupos de interés.

#### **4 Marco referencial**

Los textos abordados a continuación destacan aspectos en torno a la noción de acompañar, la importancia del acompañamiento familiar, la hospitalización, la caracterización y la investigación cualitativa. Este rastreo conceptual permitió evidenciar, relacionar y sustentar este informe de trabajo de grado en el marco del **acompañamiento familiar** y la **hospitalización infantil**.

En el 2004 C, De la Cuesta, en su tesis doctoral: **Cuidado artesanal**. Realiza una investigación cualitativa basada en el interaccionismo simbólico que consiste en el análisis de datos, sobre el cuidado formal e informal en 18 cuidadores de pacientes con demencia y Alzheimer en Medellín. El objetivo de esta indagación es identificar las estrategias que articulan los cuidadores para hacer frente a los requerimientos de cuidado en etapas avanzadas de demencia. Retomamos dicho estudio porque aborda temas de vital importancia para nuestro trabajo, entre ellos:

La definición de cuidar expuesta por De la Cuesta, refiere una actividad humana, que se puede dar en dos circunstancias: formal e informal. El primero alude al cuidado profesional y el segundo a aquel no remunerado económicamente: al familiar, surgido ante una necesidad, en ambos casos cuidar se define como una interacción y un proceso, cuidar no es sólo la ejecución de tareas o procedimientos, va más allá.

En este trabajo también se expone que el cuidado es un trabajo con amor, en ambos casos: el cuidado formal e informal, requiere de un componente afectivo, aunque en el cuidado profesional (enfermería) se hable de una “distancia profesional”. En el cuidado informal

el afecto, el vínculo amoroso es de vital importancia, ahí radica la diferencia entre el cuidado informal y el cuidado formal, por esta razón se ha considerado mucho mejor el cuidado informal, el familiar; por el vínculo afectivo que se puede establecer. Más aún, este trabajo no es remunerado o reconocido y carece de horarios estables, lo que traduce en la ausencia de descanso para cuidador, en un desgaste físico y psicológico, asignado histórica y socialmente a las mujeres, por su condición maternal. Ese desgaste del cuidador, lo convierte en lo que De la Cuesta denomina un segundo paciente; a causa del estrés, el desgaste económico, físico y emocional que sufre.

De la Cuesta hace referencia al cuidado artesanal en la medida en que el artesano es aquel que crea de manera personal, aquel que trabaja aliado con la metis: el ingenio, la creatividad y la capacidad de ver caminos nuevos y diferentes. Y el trabajo de los cuidadores es creativo, las estrategias que emplea más allá de lo técnico, son artísticas.

En otro apartado se presenta como un asunto central y problemático del cuidador el manejo de las emociones, puesto que en la situación de hospitalización no sólo sufre el enfermo, sufre toda la familia. El estudio encuentra que la mayoría de los cuidadores no solicita ayuda e información al personal médico, lo que hace más grande “la carga”. Cuando los cuidadores carecen de preparación para cuidar crean unas estrategias artesanales, entre ellas las “artimañas del cuidado” que alude a los trucos que inventan los cuidadores para sobre llevar la situación como juegos, engaños, ensayo y error. Otra estrategia es el sistema de comunicación que crean adaptado al entorno y las situaciones, De la Cuesta lo enuncia como la creación de un mundo entero. El estudio concluye que: los cuidadores cuidan hasta el final de la vida de los

pacientes, son creativos, se construyen a sí mismos, en la práctica y el ensayo-error, ingenian artimañas para vencer las adversidades.

En torno a la noción de acompañamiento retomamos el documento **Hacia la comprensión del acompañamiento** de ACSI (2011) donde se abordan aspectos en torno al acompañamiento. Se parte del interrogante “¿Qué es acompañar?” concibiendo éste como el arte de estar con el otro, apoyarlo con amor y respeto en el encuentro consigo mismo, estableciendo relaciones que permitan crear y compartir recíprocamente; así pues, el acompañamiento reúne todas aquellas acciones e intencionalidades que buscan enriquecer y servir de apoyo para la superación de la adversidad.

En esta misma línea se plantea el acompañamiento como un recurso pedagógico para apoyar la formación de personas en los diferentes contextos, etapas y circunstancias de la vida en la que se encuentren, llegando a ser así un proceso de enseñanza-aprendizaje recíprocos, de ayuda mutua y crecimiento personal, y presupone que quien se deja acompañar sabe a dónde quiere ir, aunque haya pausas y desvíos, no es el acompañante quien determina la meta y la velocidad... es el acompañado.

Seguidamente se plantea un segundo interrogante: ¿Quién acompaña? asunto en el cual se parte de que no todo el mundo sabe acompañar, ya que para esto se requiere no solo actitud y carisma sino sobre todo compromiso en el favorecimiento del desarrollo individual, social y emocional del sujeto, no obstante, acompañar es un arte que se puede aprender y en el cual ayudan ciertas características personales, es una actitud, un carisma, que tiene todo aquel que se siente compartiendo con los acompañados, que quiere acercarse a ellos, creer en ellos, darles participación, y ayudarlos a crecer entrando en sintonía real con ellos y su mundo.

Quien acompaña presupone entonces algunas características como ser una persona humanista, prudente, llena de amor, de ciencia, un educador, pedagogo y maestro; En otras palabras es aquel que asume el papel de interlocutor-formador, buscando favorecer el proceso de desarrollo individual y social, en todas sus dimensiones; permitiendo y promoviendo que el acompañado se muestre tal cual es, se dé a conocer desde su interioridad, posibilitando que sus sentimientos, conflictos, vivencias y sueños puedan exteriorizarse y superarse. Quien acompaña debe estar dispuesto a asumir este papel no solo en situaciones favorables sino sobre todo en situaciones adversas como la enfermedad y la hospitalización donde la participación de la familia o la presencia de acompañantes cumplen una función esencial antes, durante y después de este proceso.

En este sentido Ruiz, A. (2013) en su artículo: **Participación familiar en una Unidad de cuidados intensivos pediátricos, opinión de enfermería** hace alusión al cómo el ingreso de un niño en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos afecta tanto al paciente como a la familia, haciendo referencia así a la hospitalización como un proceso potencialmente estresante y fuente de sufrimiento tanto para el paciente como para el acompañante. Éste proceso de hospitalización supone, según Ruiz (2013), de una u otra manera sentimientos de culpa o impotencia por factores como la separación de su hijo o la limitación en la participación y la toma de decisiones; afectando directamente a la familia al ser un sistema donde los miembros interactúan entre sí; en este sentido, se reconoce el lugar de la familia en el proceso de hospitalización como agente activo donde se considera el acompañamiento un factor positivo, como lo enuncia Ruiz (2013) las visitas influyen positivamente en los pacientes, produciéndose un efecto positivo tanto en su estado emocional como en su recuperación.

En la revista UNAL. **Cuidados del niño hospitalizado con apoyo familiar,**

Guerrero, S. (2002) hace énfasis en la importancia que tienen los primeros años de vida en todos los seres humanos, ya que es en estos donde se fundamenta el crecimiento y desarrollo biológico, psicosocial y cognitivo del ser humano, proceso en el cual influyen sus experiencias y situaciones concretas sin importar el contexto donde interactúe. Es así como a partir del reconocimiento de la importancia del desarrollo de los niños y las niñas se plantea la hospitalización como una experiencia difícil para el adulto y riesgosa para el niño en la cual necesita el acompañamiento y cuidado de su familia pues los padres son una parte esencial en la experiencia del niño; experiencia de salud que afecta no solo al niño, sino que también incide directamente en las dinámicas familiares e indirectamente en el contexto cotidiano del menor.

Guerrero, afirma de manera general, que la vulnerabilidad del niño a la experiencia de la enfermedad y la hospitalización está determinada por la edad, la existencia de traumas psíquicos anteriores, la naturaleza de las condiciones patológicas que condujo a la hospitalización, el tipo de cuidado al que fue sometido, la experiencia del paciente en hospitalizaciones anteriores, la calidad de las relaciones del niño con su familia y reacciones y actitudes de la familia frente a la enfermedad y la hospitalización del menor. Esta enfermedad puede desencadenar una crisis para el niño y para cada uno de los miembros de la familia dependiendo de la percepción, la forma como sea asumida esta, el apoyo de las personas significativas en la familia y de las habilidades previas del niño o la niña para enfrentar dicha situación. Estas habilidades están determinadas por las experiencias y vivencias que tuvo el niño o la niña en diversos momentos o situaciones de su vida y que van a marcar sus procesos de aprendizaje, socialización y relación con los otros.

De esta manera Ramos (2004) en el artículo: Jugar, vivir y aprender en el hospital, de la revista: Infancia: educar de 0 a 6 años expone como la hospitalización conlleva a numerosas consecuencias psicológica, pero el niño hospitalizado sigue siendo niño, por ello hace una invitación a los maestros, maestras y personal de salud a tener presente su condición de niño, no solo de paciente. En este apartado se expone que a través del juego la niña y el niño expresa lo que siente, y así disminuyen tensiones.

En el Aula hospitalaria se promueven experiencias de apoyo y se mantiene el proceso de estimulación del desarrollo y el aprendizaje. Mediante el juego también se puede beneficiar el proceso de retorno al hogar y a las actividades cotidianas como se visibiliza en el artículo 7 de la declaración de los derechos del niño hospitalizado donde se expone el derecho a jugar como una de los principales. Un aspecto relevante en este capítulo es el hecho de tener como acompañantes una participación activa y no intrusiva, pues las actividades y el acercamiento sólo deben realizarse si el niño y la niña lo desean.

En este sentido uno de los principales agentes que influyen de manera significativa en las experiencias y vivencias del niño o la niña es la familia, frente a lo cual Bolívar, A. 2006. En su artículo, **Familia y escuela: dos mundos llamados a trabajar en común** plantea que la familia es una unidad social compleja, diversa y plural que asume distintas formas y estructuras correlacionadas con los contextos, es un espacio de humanización identidad y socialización a través de las relaciones y los intercambios cotidianos, que cumple con unas funciones básicas como: garantizar el cuidado y la sobrevivencia de sus integrantes, socializar en un conjunto de normas y valores sociales, y promover su socialización, seguridad y bienestar.

El ámbito afectivo de la familia es el nivel privilegiado para la primera socialización (criterios, actitudes y valores, claridad y constancia en las normas, autocontrol, sentido de responsabilidad, motivación por el estudio, trabajo y esfuerzo personal, equilibrio emocional, desarrollo social, creciente autonomía, etc.). En los primeros años, la familia es un vehículo mediador en la relación del niño con el entorno, jugando un papel clave que incidirá en el desarrollo personal y social.

Pero esta institución integradora está hoy puesta en cuestión. Si antes estaba clara la división de funciones («la escuela enseña, la familia educa») hoy la escuela está acumulando ambas funciones y – en determinados contextos- está obligada a asumir la formación en aspectos de socialización primaria. Paradójicamente, en algunos casos más severos los niños son expulsados, dejados o no asumidos por las familias, no son acogidos por la escuela y terminan en una suerte de indigencia o situación de calle, llevando a que grupos emergentes los acojan - grupos armados, delincuenciales, entre otros-, y presentándose así situaciones de desarraigo y supervivencia más que de cuidado o protección real. No obstante, el tiempo de permanencia en el hogar familiar y el retraso de la edad de emancipación, como muestran los análisis psicológicos hacen que la familia continúe desempeñando un papel educativo de primer orden, asumiéndose entonces la familia como un agente primordial en el desarrollo de la primera infancia y la sociedad.

El artículo del 2002: **Fortaleza a partir de la crisis** de la revista conceptos, Basile hace alusión a los factores protectores en las niñas y los niños, partiendo de la comprensión del concepto de resiliencia, que alude a la capacidad de cada ser humano de sobreponerse a las adversidades, utilizando las mismas como vehículo, superando los propios límites de resistencia

y creando mecanismos de protección. Dentro de la resiliencia se encuentran factores protectores y factores de riesgo, sin embargo, ésta no destaca los factores negativos, sino que hace énfasis en los factores de protección.

Los factores de riesgo son condiciones biológicas, psicológicas y sociales que inciden negativamente en los sujetos, algunos factores de riesgo sociales pueden llegar a ser la familia misma. No obstante, según Basile (2002) pueden convertirse en protectores, ya que es cuestión de perspectiva y enfoque. La capacidad de salir de la adversidad de manera favorable va a variar de acuerdo a la posición y actitud que tome cada sujeto frente a diversas situaciones desde la infancia ya que las niñas y los niños desde sus primeros años de vida atraviesan situaciones adversas “normales” como el nacimiento de un hermano, el ingreso a la escuela, la consulta médica, entre otros y situaciones “anormales” como la hospitalización, al igual que la muerte de un familiar y la separación.

Los factores de protección propios son la empatía, autonomía, tolerancia a la frustración, maduración, factores temperamentales y el humor. Los factores protectores sociales se refieren a un ambiente cálido, de paz y armonía, la presencia de un adulto significativo, el apoyo familiar (cuidadores activos y estimuladores), salud física, mental y emocional de los padres y cuidadores, y la comunicación asertiva. Las niñas y los niños resilientes poseen expectativas, capacidad de resolver problemas, sentido de futuro, se relacionan con facilidad y son creativos.

La resiliencia pretende potenciar lo positivo, construir sobre la adversidad, por ello las personas resilientes, no enfatizan en ese destino “trágico” (Basile, 2002). Las afirmaciones más resilientes son: “Yo puedo, yo tengo, yo soy y yo estoy”. “Yo tengo personas

en quien confío, personas que me ponen límites...” da cuenta del soporte social. “Yo soy una persona feliz cuando hago algo bueno por los demás...” Remite a la fortaleza interna. “Yo estoy dispuesto a responsabilizarme de mis actos... Yo puedo hablar sobre cosas que me asustan...” Se refiere a las habilidades.

En este sentido Vanistendel citada por Basile (2002) señala cuatro ámbitos para promover la resiliencia: las redes de apoyo, la capacidad para encontrar significado a la vida, el autoconcepto y la autoestima; para educar al niño y la niña en resiliencia es necesario: ayudarlos a enfrentar el fracaso, aprender de la experiencia. Ofrecerles mensajes positivos, resaltar el lado bueno de las cosas evitando expresiones negativas, y formarlos en la capacidad de aceptar las adversidades y seguir adelante con ellas.

Es por esto que, en pro de promover la resiliencia, el acompañamiento, el cuidado, fortalecer las relaciones y lazos del infante con sus padres, madres, cuidadores y personas significativas es conveniente e importante acercarnos a herramientas que posibiliten profundizar en el conocimiento de las particularidades tanto de los niños y las niñas como de las relaciones que se constituyen con sus personas significativas en el proceso de hospitalización.

Los procesos de caracterización pueden ser definidos y empleados de diferentes maneras, en este sentido, se retomará ésta como un proyecto en sí mismo. Así pues, Sánchez. 2010. En su artículo: **Instrumento de caracterización de experiencias** plantea que desde una perspectiva investigativa la caracterización tiende a ser descriptiva, es decir, que especifica y detalla los datos con fines de identificación, entre otros aspectos, de los componentes, acontecimientos (cronología e hitos), actores, procesos y contexto de una experiencia, un hecho o un proceso. La caracterización es un tipo de descripción cualitativa que puede recurrir a datos o

a lo cuantitativo con el fin de profundizar el conocimiento sobre algo. Para cualificar ese algo previamente se deben identificar y organizar los datos; y a partir de ellos, describir (caracterizar) de una forma estructurada para posteriormente, establecer su significado. Es una descripción u ordenamiento conceptual, que se hace desde la perspectiva de la persona que realiza esta actividad de caracterizar (que puede ser una primera fase en la sistematización de experiencias), parte de un trabajo de indagación documental del pasado y del presente de un fenómeno, y en lo posible está exenta de interpretaciones, pues su fin es esencialmente descriptivo.

El ejercicio de caracterizar está determinado por el tipo de investigación en el que se inscriba éste ya que determinará la ruta metodológica a seguir; de este modo se retoma el texto **Investigación Cualitativa** de Sandoval (1996) donde se propone los siguientes momentos metodológicos para llevar a cabo una investigación de corte cualitativo: Diseño, Formulación, Gestión -o como preferimos nombrarlo: intervención- y Cierre -conclusiones y hallazgos-. La formulación tiene lugar durante la primera etapa de proyecto, y busca precisar: ¿Qué se va a investigar? y ¿Por qué? Para la segunda fase, la formulación, se plantean cinco momentos: la identificación del problema de investigación, el rastreo documental, el mapeo<sup>2</sup>, el muestreo<sup>3</sup> y la recolección de datos. Datos que son analizados y llevan a la conclusión, según Sandoval comprende una “tematización interpretativa” que se refiere a la reflexión sobre algún aspecto de la vida de una persona o de un grupo, en este caso sobre las características del acompañamiento familiar a niñas y niños hospitalizados. El segundo punto consiste en relacionar la “teoría sustantiva” obtenida, que Sandoval (1996) expone como aquella construcción teórica que surge

---

<sup>2</sup> El cual consiste en el acercamiento a la realidad social objeto de estudio, la identificación de actores, situaciones y horarios.

<sup>3</sup> Éste alude a la selección de las situaciones y eventos que serán abordados.

de los datos derivados del trabajo investigativo, con la teoría ya existente, “teoría formal y universal” (Sandoval, p. 37).

Según Sandoval la estrategia de observación busca realizar “la tarea desde adentro” (Sandoval, p. 140) acercándose todo lo que sea posible al objeto de estudio; el entorno físico y social, a las interacciones y comportamientos. Según Sandoval (1996) es la principal herramienta del trabajo cualitativo; permite una mirada específica e interaccionista, requiere habilidades interpersonales, creatividad y sentido común por parte del investigador, con lo que este puede “ganarse la entrada” al espacio (Sandoval, p. 141).

Así mismo para la identificación de los fenómenos que se observaron en la indagación se retoma el formato de caracterización de cuidadores familiares en América Latina trabajado por Barrera, L, Pinto, N & Sánchez, B, en la investigación: **Cuidando a los cuidadores: familiares de personas con enfermedad crónica** (2010) en el que exponen los componentes que, a su juicio, deben estar presentes en la caracterización de las familias de pacientes con enfermedades crónicas. En un primer momento el instrumento propone explorar el **sexo** de los acompañantes porque existen diferencias entre cuidador hombre y cuidadora mujer, y también implicaciones sociales (Barrera, Pinto & Sánchez, p. 47). Otro componente esencial para la caracterización es la **edad** y la **escolaridad** puesto que “los niveles básicos de educación proporcionan el fortalecimiento de relaciones personales, sociales y la integración social” (p.50). Barrera, Pinto & Sánchez (2010) incluyen en la caracterización el componente **estado civil**, dado que no cuida igual un joven que intenta estabilizar su relación amorosa, que un adulto que se encuentra estable.

La **ocupación** de los cuidadores influye en el proceso, puesto que, según Barrera, Pinto & Sánchez (2010) aquellos cuidadores y cuidadoras que tienen “profesiones de servicio” (p. 51) cuentan con características necesarias para la labor de cuidar, mientras que otros se niegan totalmente a este tipo de labores. **Continuidad en el cuidado y el tiempo de cuidado** son otros de los factores asociados a la caracterización de las familias. Por otro lado, conocer el **parentesco** es sustancial porque cuando los cuidadores son los padres o las madres el cuidado se torna más perdurable (p. 54).

Los estudios abordados destacan aspectos y nociones fundamentales entorno a la hospitalización de niñas y niños, el acompañamiento familiar y la caracterización del mismo en éste trabajo de grado, aportando significativamente a la construcción de conceptos e ideas en este ejercicio de caracterización.

## **5 Marco metodológico**

### **Marco y periodo de realización**

La práctica pedagógica que dio lugar a éste trabajo de grado se realizó en el marco de un proceso de formación como Licenciadas en Pedagogía Infantil de la Universidad de Antioquia, una universidad pública colombiana, durante el primer semestre del 2016 y el segundo semestre del 2017. Según el **Acuerdo 284 de la Universidad de Antioquia** (2012) la práctica pedagógica es un espacio para la producción de saber pedagógico mediante la reflexión, la investigación y la sistematización de las experiencias de práctica. Aportará a la transformación de la realidad educativa con criterios de calidad, de cobertura, de innovación y de pertinencia, sobrepasando los límites del aula y de la escuela, y se integrará e interactuará con las comunidades locales, regionales y nacionales (p. 3). La práctica pedagógica se realiza en los últimos tres semestres académicos del pregrado, es decir, octavo, noveno y décimo; sin embargo, en este caso se realizó a través de la modalidad de práctica intensiva -solo en dos semestres- y está orientado y acompañado por un o una asesora en todos los niveles establecidos.

Este acuerdo 284 plantea que la práctica pedagógica tiene como objetivos: dimensionar el papel cultural que deben cumplir los maestros en formación, propiciar la integración entre los aspectos teóricos y prácticos de los distintos campos de conocimiento, ubicar al maestro como sujeto de saber pedagógico, como enseñante de las ciencias y fortalecer el rol de maestro-investigador en el estudio de problemáticas pedagógicas, didácticas o educativas, como sujeto de deseo, y como hombre público.

La institución en la cual se llevó a cabo la práctica fue el Hospital Universitario San Vicente Fundación (HUSVF) una entidad privada sin ánimo de lucro situada en el Municipio de Medellín, la capital del Departamento de Antioquia, Colombia. Un hospital de puertas abiertas que atiende pacientes con enfermedades de alta complejidad y requieren tratamientos especializados. De manera específica el trabajo se realizó en las salas de Nefrología del Departamento de Pediatría y en el Aula Hospitalaria adscrita a este mismo departamento.

### **Enfoque que siguió esta práctica**

Este proyecto de práctica pedagógica siguió un enfoque cualitativo en tanto se hace una descripción y análisis detallado del acompañamiento, de las relaciones entre las niñas y los niños hospitalizados con sus padres, madres y/o acompañantes, las dinámicas e interacciones de éstos en torno al proceso de hospitalización y a sus conductas observables y manifestaciones en diversos momentos y espacios dentro de HUSVF. Se basó en una recolección de datos sin medición numérica y privilegió la observación detallada de expresiones y comportamientos de las y los participantes. El proyecto tuvo como objetivo caracterizar las formas de acompañamiento que establecen los familiares con las niñas y los niños hospitalizados en las salas de Nefrología.

### **Estrategias e instrumentos**

La indagación o profundización en torno al acompañamiento familiar se llevó a cabo por medio de tres estrategias:

**Facultad de Educación**

- La observación participante llevada a cabo durante la interacción establecida con los familiares que participaron en las jornadas pedagógicas ofrecidas en el Aula Hospitalaria (esto incluyó el proceso de invitación, la atención para préstamo de libros y juguetes, el desarrollo mismo de las sesiones y el acercamiento y exploración a las salas y habitaciones de los niños y las niñas). En este caso el instrumento de registro de la información fue una lista de chequeo o como preferimos llamarla lista de aspectos a revisar (ver anexos) y diarios de campo.
- La revisión documental de información virtual e impresa adelantada a lo largo de toda la práctica (seminario, jornadas en el aula, trabajo autónomo); fue documentada y registrada por medio de instrumentos como las fichas de revisión del tema, conversatorios y fichas de rastreo de conceptos y nociones claves de los textos.
- La consulta a familiares y a personas claves del centro hospitalario en el primer periodo del año 2017, fue realizada con el previo consentimiento y asentimiento de las y los cuidadores, de las maestras cooperadoras del Aula Hospitalaria, de las directivas del HUSVF, las asesoras del proyecto y por ende de la Universidad de Antioquia. En este caso, los instrumentos de indagación empleados fueron: la cartelera de palabras asociadas, momentos de interacción el cuestionario de consulta directa y el diario o cuaderno de campo en donde se registró la información recopilada durante el ejercicio de relajación.

La organización, el procesamiento y el análisis de la información recopilada se llevaron a cabo por medio de dos estrategias:

**Facultad de Educación**

- La información registrada fue agrupada por temas o asuntos indagados para luego destacar los tipos de respuesta con más o menos frecuencia.
- Se trató de dar sentido a los resultados destacados, relacionándolos entre sí y poniéndolos en dialogo con los resultados de investigaciones previas sobre el tema o temas afines y con referentes conceptuales o metodológicos retomados.

La divulgación de la experiencia de práctica se realizó a través de tres estrategias:

- La presentación ante delegados del comité de carrera del programa de Licenciatura Infantil, grupo de investigación GEPIDH y personal del centro de práctica.
- Sustentación oral y pública de los avances y resultados ante las directivas del centro de prácticas como en la universidad.
- Entrega de informe de grado al centro de documentación e ingreso de informe de cinco páginas en plataforma virtual de la Facultad de Educación de la universidad.

**Momentos que comprendió el proyecto**

Éste trabajo se llevó a cabo siguiendo los momentos metodológicos que plantea Sandoval 1996: Diseño, Formulación, Gestión -o como preferimos nombrarlo: intervención- y Cierre -conclusiones y hallazgos-. El **diseño** tuvo lugar durante la primera etapa de proyecto de práctica pedagógica entre septiembre y diciembre del 2016, momento en el cual se buscó precisar el asunto en el cual se quería profundizar, las preguntas que se buscaban resolver y el sentido o por qué de las mismas.

En el segundo momento durante la **formulación** a través de la observación no participante se presta especial cuidado a los aspectos claves, notorios, relevantes que se dan en

las dinámicas cotidianas dentro del Aula Hospitalaria llevándonos a preguntarnos por las formas de acompañamiento que establecen los padres, las madres y/o cuidadores con las niñas y los niños en el proceso de hospitalización. En esta fase de formulación se cuenta con la aprobación o el aval del hospital y de la universidad, y se pasa a plantear estrategias y diseñar instrumentos para el análisis e intervención con las y los participantes.

La **gestión o intervención** comprendió en un primer momento un acercamiento a las familias que se encontraban acompañando a niños o niñas hospitalizados en las salas de Nefrología. Se trabajó con 10 grupos familiares de niños y niñas de 4 a 13 años de edad, que llevaban alrededor de 1 semana de hospitalización. A estos grupos de familiares se les entregó una invitación (ver anexos) para participar en el encuentro y se les contó en qué consistía la actividad. Se realizó una breve exploración de sus ideas en torno al tema central del encuentro: el acompañamiento, por medio de un cartel de asociación que estuvo ubicado en un lugar estratégico de la sala, éste cartel contenía en el centro la pregunta: “Qué es acompañar” y junto al mismo se ubicaron marcadores que los familiares pudieran usar para contestar esta pregunta con palabras o dibujos que representarán sus ideas.

Este espacio de encuentro con familiares de los niños y las niñas se inició con un momento de relajación y sensibilización dirigido por las maestras en formación, en donde se invitó a las y los participantes a realizar un ejercicio de meditación guiada, que se relacionó a su vez con reflexiones sobre el acompañamiento familiar: ¿Cómo estoy acompañando? ¿Cuál es mi papel en el proceso de enfermedad de mi niña o niño?, entre otros interrogantes.

Después del ejercicio de meditación, se llevó a cabo la lectura del poema “Los niños” de Khalil Gibrán y posteriormente, se invitó a los participantes a elaborar un dibujo

colectivo en el que expresaran sus sensaciones frente al ejercicio. A partir de la lectura del poema, se explicó a los familiares el procedimiento para dar respuesta al cuestionario y se presentaron los consentimientos informados para ser leídos y firmados. Paso seguido, se dio inicio a la aplicación dirigida del cuestionario empleando dos estrategias de apoyo para facilitar la comprensión de las preguntas: la presentación de un rotafolio en donde los participantes podían leer las preguntas y la lectura en voz alta de las mismas, por parte de una de las maestras en formación que oriento la actividad. Las respuestas a las preguntas se registraron en una hoja de respuestas individuales. Para finalizar la sesión se abrió un conversatorio grupal en donde los participantes pusieron en común sus impresiones en torno a las actividades compartidas y a los temas tratados a partir de ellas. (La invitación, poema, los consentimientos, el cuestionario y su hoja de respuestas se encuentran en los anexos del proyecto).

Para complementar la información recopilada a través de la aplicación del cuestionario, las maestras en formación estuvieron presentes en una sesión de trabajo pedagógico orientada en el Aula Hospitalaria con la población de la sala de Nefrología, dirigida por estudiantes pares que también realizaron su práctica en este centro hospitalario. Esta observación no participante estuvo orientada por una lista de aspectos a revisar que se presentan en los anexos.

—Siguiendo la propuesta de Sandoval (1996) para la fase de **cierre** o como preferimos llamarlo **conclusiones y hallazgos** se retomaron entonces tres momentos: el preliminar, intermedio y final. De tal modo, se registró, analizó y se extrajeron conclusiones de cada sesión de intervención, iniciando el cierre preliminar; posteriormente se dio paso al cierre intermedio que consistió en analizar y sistematizar el conjunto de hallazgos obtenidos durante

todo el tiempo del trabajo investigativo. Por último, se dio lugar a el “cierre final” (Sandoval, p. 37) concerniente en este trabajo al momento de divulgación y promoción de la apropiación social de los resultados.

### **Consideraciones éticas**

Es preciso mencionar que para la implementación de la propuesta de intervención se partió en primer momento del consentimiento y asentimiento de las y los participantes – padres, madres y/o acompañantes- y se tuvieron en cuenta aspectos que responden a cuestiones éticas como: el cuidado por la salud y el bienestar de cada participante, la participación informada y voluntaria de los y las acompañantes expresada a través de la firma de un consentimiento informado para el análisis y la utilización de los datos e información proporcionada, la promoción de la interacción respetuosa entre los participantes manifestada en la abstención de hacer cualquier tipo de fotografía que exponga su identidad o limiten su privacidad, el respeto por sus concepciones, acciones e ideologías, la promoción de la participación voluntaria y libre de discriminación, entre otros derechos individuales. Así mismo se llegó a la implementación de ciertos acuerdos de trabajo por parte de las practicantes los cuales se basan en aspectos como: ecuanimidad, respeto, puntualidad, compromiso y apoyo.

## **6 Resultados**

### **Presentación de resultados**

Teniendo en cuenta las categorías propuestas en el marco de referentes conceptuales y siguiendo la propuesta metodológica que formula Sandoval, los resultados derivados de este proyecto se presentan a continuación organizados a partir de tres componentes centrales: la interacción con los participantes durante las jornadas pedagógicas, la revisión documental relacionada con el contexto institucional y la consulta directa a los participantes (acompañantes).

#### **Resultados derivados durante las jornadas pedagógicas.**

Una parte de la indagación que comprendió esta práctica se llevó a cabo por medio de observaciones participantes y conversaciones informales con los pacientes y con sus acudientes durante las jornadas de trabajo pedagógico realizadas en el Aula Hospitalaria. Cabe mencionar que, en estos momentos se contó con el acompañamiento de las maestras cooperadoras y con la disposición y consentimiento de los y las acompañantes.

Durante las jornadas de trabajo pedagógico, se observó que la mayoría de cuidadores permanecen durante todo el día y toda la noche acompañando a sus niños y niñas. En algunos momentos, ellos se ausentan algunas horas para realizar trámites o atender asuntos familiares. En ciertos casos, una o dos veces por semana, ellos se ausentan por periodos más largos para poder estar un tiempo en sus hogares con el resto de su familia. Estas salidas ocurren primordialmente en los casos de acompañantes de niñas y niños mayores de 11 años, que tienen mayor grado de autonomía adquirido para cuidar de sí. En otras palabras, el acompañamiento no

es una actividad de 24 horas al día, para todos los pacientes. Los tiempos y los grados de dedicación se adecuan a las necesidades de los niños y niñas, tanto como a las posibilidades del acompañante.

Respecto al acompañamiento durante la asistencia al Aula Hospitalaria, la observación permitió evidenciar que la mayoría de las niñas y los niños asisten al Aula acompañados y sus familiares participan activamente en las diferentes experiencias que allí se proponen, mostrando interés en los temas tratados y en la conversación con otros niños y acompañantes. Particularmente las niñas y los niños de la sala de Nefrología asistieron al Aula, en su mayoría, con un acompañante (generalmente su madre), y una minoría, lo hizo con tres acompañantes (madre, padre y abuela/o).

La observación no reportó distinción en las formas de acompañamiento ofrecido a niñas, respecto al brindado a niños; excepto en casos en donde los niños o niñas se encontraban en situaciones muy delicadas de salud, los acompañantes no permanecían todo el tiempo con ellos en el Aula. Algunos se retiraban para realizar llamadas y muchos otros aprovechaban para realizar sus llamadas por celular durante la sesión. De diez acompañantes observados, seis apoyaron a sus niños o niñas en las actividades propuestas, dos atiende las orientaciones de las maestras desarrollando las actividades de manera independiente de las de sus hijas e hijos, y otros dos realizaron llamadas por celular o conversaron con acompañantes.

#### **Hallazgos surgidos en la revisión documental del contexto institucional.**

La revisión documental permitió determinar el **reconocimiento institucional del acompañamiento** como un derecho fundamental de las niñas y los niños hospitalizados. Este

derecho se establece en el reglamento que se entrega a los acompañantes y su cumplimiento se apoya a través de la adecuación de espacios físicos, servicios de alimentación y programas de capacitación orientados a que los acompañantes puedan suplir las necesidades más básicas que requiere su estadía.

En consecuencia con la normativa del hospital, las niñas y los niños de las salas de Oncología, Nefrología, Lactantes, Pabellón de Quemados, y Pediatría general, entre otras, permanecen con una o un acompañante durante su estancia hospitalaria. Ellos tienen asignada una habitación individual o compartida con otro paciente, en la cual sus acompañantes cuentan con espacio para dormir, servicios sanitarios y espacios para comer, ver televisión, entre otros. En la sala de Recién Nacidos, los familiares de los bebés pueden permanecer con su hija o hijo solo durante el día dado que la sala acoge a todos los bebés en el mismo espacio.

Cabe precisar que la promoción del acompañamiento familiar realizado en el centro hospitalario, va en concordancia con su modelo de atención biopsicosocial. Este modelo, se encuentra cruzado por tres ejes principales: hospital seguro, rehabilitador y humanizado. El Hospital Infantil San Vicente Fundación presta servicios de alta complejidad enfocados en la atención integral de niños y niñas recién nacidos hasta los 13 años de edad.

Siendo el **HUSVF un hospital de puertas abiertas** que atiende pacientes de alta complejidad médica y grupos de alta vulnerabilidad socioeconómica maneja un margen frecuente de sobre cupo en la mayoría de los servicios, debido a la alta demanda de atención que se presenta en el sistema hospitalario colombiano. Pese a ello, el Hospital se esfuerza por brindar espacios para alojar a los acompañantes de sus pacientes, pues reconoce la importancia de este vínculo para su recuperación. Por ejemplo, al momento del trabajo de indagación, las 14 camas

de Nefrología permanecían ocupadas y todas ellas contaban con un acompañante. Lo que se traduce en una capacidad instalada que ha logrado el hospital para propiciar espacios adecuados para el paciente y el acompañante.

Considerando que la mayoría de los pacientes que padecen enfermedades renales requiere periodos prolongados y recurrentes de hospitalización, la estadía de los acompañantes se hace también prolongada y demandante. La presencia continua de los familiares en los servicios de atención transforma las dinámicas del personal de salud y gradualmente, impone transformaciones en las rutinas de interacción con los pacientes, aún poco estudiadas por la institución.

### **Resultados de la consulta directa a los participantes**

Esta consulta comprendió tres partes: un taller de relajación ofrecido para entrar en confianza con los y las acompañantes, un ejercicio abierto de asociación de palabras relacionadas con el acompañar y la aplicación de un cuestionario en torno a las características del acompañamiento que sostienen con sus niños y niñas. La descripción detallada de la propuesta de actividades se presenta en los anexos.

A continuación se resumen los principales resultados de las actividades de consulta directa a las y los acompañantes, relacionados a partir de los criterios identificados en la revisión de antecedentes y de referentes que fueron retomados como orientadores de toda la exploración:

a. La realización del **taller de relajación** consistió en establecer un grupo de conversación en torno a reflexiones propias del acompañamiento con preguntas orientadoras,

entre las que se encontraron: ¿cómo estoy acompañando? ¿cuál es mi papel en el proceso de enfermedad de mi niña o niño? Entre otras. A continuación, se dio paso a la reflexión alrededor de un poema -que puede ser observado en los anexos-, seguidamente se invitó a los participantes a elaborar un dibujo colectivo en el que expresaran sus sensaciones frente al ejercicio y al proceso de hospitalización, mientras la música de fondo buscaba amenizar el ambiente.

El taller sirvió tanto para ambientar el trabajo de indagación directa con los y las acompañantes, como para conocer su disposición hacia actividades de descanso centradas en el cuidado de sí. El ejercicio no se logró realizar de la manera que se tenía planeado; de las 10 personas invitadas al encuentro solo asistió una madre, lo que puso en evidencia que no es usual que en los hospitales se dé un espacio para los acompañantes que nos sea el de estar en función del cuidado de las niñas y los niños. En general, el primer resultado es que la actividad pudo no ser común para los familiares, el tipo de actividad ofrecido no fue cercano a sus formas de descanso o entretenimiento, el segundo es que pudieron creer que la propuesta no era importante para su rol como cuidadores, y el tercer resultado es que la veían como algo que afectaba su tiempo y concentración con las y los niños.

Por lo anterior, la estrategia debió ser modificada y la conversación y aplicación del cuestionario se llevó a cabo habitación por habitación, de manera supervisada por las maestras cooperadoras y con el consentimiento de todas las personas implicadas. Con esta estrategia se pudo evidenciar que las y los participantes sí entraron en confianza y se sintieron a gusto realizando el ejercicio.

Distintos aspectos pueden converger a la hora de analizar las diferentes razones que pudieron llevar a los familiares a no asistir al encuentro programado, tales como edad de las

niñas y los niños, gravedad de su situación, edad de las y los acompañantes, cercanía con actividades de este tipo, entre muchas más. Al tiempo que son variadas las cuestiones implicadas en el hecho de que una madre quisiera asistir al encuentro, en éste caso específico se contemplan cuatro: nivel de escolaridad superior, vivir en un barrio de estrato socioeconómico superior a cuatro, edad de su hijo que sobrepasaba los 12 años, y el hecho de que en el momento del ejercicio la madre tuviese la orden del personal de salud de permanecer el mayor tiempo posible alejada de su hijo debido a la gripa que ella presentaba.

Se encontró que la permanencia de los familiares aún prevalece centrada en torno al paciente, y que es importante brindar y promover espacios para el entretenimiento, relajación y descanso de las y los acompañantes. Se encuentra necesario y significativo ofrecer diversas actividades para los cuidadores, algunas cercanas a sus rutinas, y otras novedosas que les animen a aprender y explorar nuevas cuestiones.

b. Durante el ejercicio de **asociación de palabras** se invitó a los y las acompañantes a escribir en una cartelera que tenía en el centro la pregunta; “¿Qué es acompañar?”, las palabras que asociaran con esta pregunta. La cartelera estaba colgada en una pared ubicada en la sala de espera del cuarto piso, al lado había marcadores que ellos podían usar libremente. La cartelera permaneció ocho días expuesta.

A continuación, se presentan las categorías que se identificaron a partir del análisis de las palabras escritas por los y las acompañantes:

- Acciones, “Es estar al lado de otra persona incondicionalmente; sin esperar nada a cambio.”, “Es el acto de estar con el otro; apoyarlo con amor y respeto, no solo en el

proceso de recuperación, sino también en el encuentro consigo mismo.”, “Hacer sentir vivos a nuestros hijos, que sientan que tienen a alguien que los ama incondicionalmente. Te amo hijo.”,

- Sentimientos y afectividad: “Acompañar es demostrar el amor que demuestra mi mamá. Te amo mucha mamá, gracias por estar conmigo en las buenas y en las malas.”, “Dar la posibilidad de brindar a otro, a través del amor, una mejor calidad de vida.”, “Hacer sentir vivos a nuestros hijos, que sientan que tienen a alguien que los ama incondicionalmente. Te amo hijo.”
  - Valores y principios: “Acompañar: compromiso, responsabilidad, amor, familia.”, “Es la entrega total y una muestra de amor hacia ellos, pero sin duda alguna la mejor compañía es Dios.”, “Es darle la seguridad, de que pase lo que pase tiene alguien para ese apoyo incondicional.”.
- c. Aplicación del **cuestionario** sobre las maneras de acompañar a sus niños y niñas hospitalizados. En esta parte del proceso participaron diez acompañantes: 7 madres y 3 padres. Todos ellos sabían leer, 7 terminaron la educación primaria, 3 contaban con educación secundaria y 1 con educación superior. Ocho de ellos tienen entre 18 y 35 años de edad y dos entre 36 y 59 años. Cinco acompañantes están casadas y cinco solteros. Tres de las siete mujeres tienen como principal ocupación el cuidado del hogar, una trabaja independiente y tres son empleadas. Los tres acompañantes hombres son empleados. Las familias de tres acompañantes viven en barrios de estrato socioeconómico 1, cinco en barrios de estrato 2, uno en estrato 3 y un grupo familiar en un barrio de estrato 4.

Respecto a la **presencialidad y continuidad en el acompañamiento** la indagación destacó que diez acompañantes cuidan al paciente desde el momento del diagnóstico;

con tiempos de acompañamiento durante procesos de hospitalización distribuidos de la siguiente manera: cinco familiares llevan más de un año como cuidadores, y cinco llevan entre uno a seis meses. Cinco de las siete mujeres son las únicas cuidadoras que permanecen con las niñas y los niños, y dos reciben apoyo de otros familiares, al igual que los tres hombres.

La consulta acerca del **buen trato y la promoción del bienestar infantil** destacó cinco acompañantes que afirman compartir con sus niñas y niños juegos de mesa y afines, cuando están en las habitaciones; uno lee libros con su hijo y cuatro los acompañan a ver televisión.

En tanto a los compromisos con los cuidados de salud: nueve acompañantes dicen atender las instrucciones del personal médico y uno prefiere dejar que sea el personal de salud quien realice los cuidados. Cabe anotar que en los momentos en los que las maestras en formación ingresaron a las habitaciones, ningún acompañante les pidió lavar o higienizar sus manos como lo establece el reglamento. Sin embargo, durante las jornadas pedagógicas en el Aula, todos los acompañantes realizaron su higiene de manos. De igual manera, es importante resaltar que, en el momento de culminar las jornadas en el Aula y retirarse a las habitaciones, solamente los acompañantes que trabajaron con temperas siguieron la normativa de repetir la higiene de manos. En algunos casos (alrededor de 4), cuando la niña o el niño se sintió indispuerto y quiso retirarse del Aula por diversos motivos, por ejemplo mareos, vomito, cansancio, sueño o porque minutos antes se le realizó un procedimiento medico agotante, la o el acompañante se dirigió a la enfermera o a una de las maestras para atender la demanda de la niña o niño siguiendo la recomendación del personal de salud, que es reiterativa en exponer que para

desplazarse por el hospital, la niña o el niño siempre debe estar acompañado, más que por su familiar, por la enfermera a cargo.

En términos de la **capacidad de las y los acompañantes para calmar o tranquilizar a la niña o el niño cuando se altera o siente dolor**, la indagación resaltó que tres acompañantes afirman llamar a la enfermera, cuatro prefieren darles su espacio y dejar que se calmen por su cuenta, y tres dicen seguir las instrucciones de los médicos para estos casos. En otras palabras, el manejo del dolor o del malestar que pueden presentar los niños en momentos de la hospitalización, parece no ser una situación fácil de orientar por parte de la mayoría de los acompañantes.

En los ejercicios que exploraron la **capacidad de las y los acompañantes para promover la continuidad de la educación infantil**: nueve acompañantes mencionaron haber escuchado acerca del Aula Hospitalaria, y uno no sabe nada al respecto. De los nueve que han escuchado hablar del Aula, siete asisten a ella con sus hijas e hijos y dos afirman que ni ellos ni sus hijos han acudido. En estos dos casos, los pacientes tenían entre 12 y 15 años de edad. De igual manera, de los siete acompañantes que asisten con sus hijas e hijos al Aula, cinco afirman participar y ayudar a la niña o el niño en las actividades educativas que en ella se proponen, dos dicen que solo llevan a su hija o hijo a este espacio, pero que no se quedan en la sesión.

### **Discusión de resultados**

El trabajo de práctica llevado a cabo en el hospital permitió caracterizar el acompañamiento que se da a las niñas y los niños hospitalizados en las salas de nefrología; en términos de cinco criterios: *presencialidad y continuidad en el acompañamiento, buen trato y promoción del bienestar infantil, capacidad de las y los acompañantes para calmar o*

*tranquilizar a la niña o al niño cuando éste se altera o siente dolor, competencia de las y los acompañantes para promover la continuidad de la educación infantil y compromisos que las y los acompañantes poseen con los cuidados en salud.*

Del mismo modo se valoraron aspectos concernientes al sexo del acompañante, edad, escolaridad, estado civil, ocupación, parentesco y estrato socioeconómico. Esto atendiendo a los postulados de Barrera. L, Pinto. N & Sánchez. B, citados anteriormente y que se pretenden profundizar en este apartado.

A continuación, se destacan los principales hallazgos de la práctica realizada y se ponen en relación con los resultados de estudios previos revisados al inicio de la propuesta.

Generalmente **son mujeres quienes acompañan** a las niñas y los niños durante el proceso de hospitalización, un resultado reportado por investigadores como Barrera, Pinto & Sánchez (2010) quienes encuentran en su trabajo que ocho de cada diez personas que cuidan de un familiar son mujeres, resultado que coincide con el ejercicio de indagación realizado en esta práctica. Para los investigadores mencionados, socialmente se ha asignado este rol a la mujer porque éstas poseen facultades necesarias para cuidar, tales como paciencia, afectividad y voluntad, exponen que la mujer “está mejor preparada para el cuidado, ya que tiene más capacidad de abnegación, de sufrimiento y generosidad” (p. 48).

Para investigadores expertos en el tema como De la Cuesta (2004), el arte de cuidar ha sido asignado histórica y socialmente a las mujeres por su condición maternal; pues en lo que ella nombra como cuidado informal, el afecto y el vínculo amoroso son de vital importancia. Para esta autora, la diferencia entre el cuidado informal y el cuidado formal que se brinda a los pacientes, radica en la existencia o no de este vínculo, por esta razón se considera

mucho mejor el cuidado informal ofrecido por la familia, por el vínculo afectivo que lo nutre y sostiene.

De igual forma, en el artículo participación del acompañante en el cuidado de paciente hospitalizado, Ortiz, A. *et al* (2000), el autor señala que **el acompañante del paciente es un miembro de la familia**, afirmación que se evidenció en los resultados de éste proyecto, donde de las y los diez acompañantes siete eran las madres y tres de ellos los padres. Para Ortiz (2000), “vincular a la familia a la atención del paciente da continuidad al cuidado, garantiza un buen cuidado domiciliario en la convalecencia, disminuye las complicaciones y fortalece la salud familiar” (p.16)

**La edad de los acompañantes puede incidir en la calidad del cuidado.** En el caso de esta práctica, la mayoría de las y los **cuidadores se sitúan entre los 18 y 35 años de edad**; en este sentido Barrera, Pinto & Sánchez (2010) atestiguan que los y las cuidadoras menores (legalmente) generalmente poseen más habilidades físicas para el cuidado, pero el cuidado es asumido de manera diferente a un adulto, dado que la mayoría no asume un compromiso con el cuidado. Los adultos jóvenes (18-35) inician su vida laboral y muchas veces de convivencia, al tiempo que la mayoría debe atender la crianza de sus hijos, hecho que demanda la mayor parte de sus energías, en palabras de Barrera, Pinto & Sánchez (2010) el hecho de cuidar al paciente, compite con su responsabilidad principal que es cuidar de su hogar (p. 48). En el caso de los adultos mayores Barrera, Pinto & Sánchez (2010) encuentran que las dificultades de salud que éstos pueden presentar pueden verse más afectadas debido a la responsabilidad que implica cuidar, pues como bien lo presentan Barrera, Pinto & Sánchez (2010) cuidar “incluye atención personal e instrumental, vigilancia y acompañamiento” (p. 49).

La edad también es relevante por el soporte social que puede brindar ésta en la relación cuidador – cuidado.

**La escolaridad es una característica importante en quienes cuidan y acompañan.** En esta práctica, por ejemplo, siete de las y los acompañantes tienen un nivel de escolaridad secundario y tres, uno superior. Al respecto, los estudios reconocen que saber leer permite al cuidador un mejor manejo de las recomendaciones médicas, particularmente de la administración de medicamentos y del seguimiento de instrucciones que en muchas ocasiones son transmitidas por escrito. Directamente en el contexto de nuestro informe, es significativo que él o la cuidadora cuenten con facultades para leer y escribir, puesto que podrá acompañar al niño o la niña en las experiencias del Aula, al tiempo que puede desarrollar actividades<sup>4</sup> con el niño o la niña en su “tiempo libre” en la habitación. Respecto a la escolaridad autores como De la Cuesta (2004) afirman que cuando los cuidadores carecen de preparación para cuidar, crean unas estrategias artesanales que esta autora nombra artimañas del cuidado, las cuales se centran en el apoyo al paciente con amor y respeto, estableciendo relaciones que permiten crear, compartir y aprender del proceso recíprocamente.

**El estado civil de los acompañantes puede incidir en su disponibilidad para acompañar.** En relación a la pregunta por el estado civil de las y los acompañantes se evidenció que **cinco son casadas y casados, mientras que cinco son solteros**, al respecto investigadores como Barrera, Pinto & Sánchez (2010) destacan que contar con una pareja puede tener aportes y limitaciones; por un lado, puede significar un apoyo a la hora de tomar una decisión significativa, al tiempo que puede tener dificultades con el cuidado del paciente por la demanda

---

<sup>4</sup> Como la lectura de cuentos y apoyo en actividades de escritura.

que implica tener un compañero o una compañera. En este caso, es importante considerar el tipo de relación que se estable con la pareja y el grado de equidad que oriente el establecimiento de los acuerdos y los intercambios que entre ellos se sostenga.

**El tipo de trabajo y de ocupaciones que tienen los acompañantes puede limitar o facilitar su dedicación y disponibilidad.** Barrera, Pinto & Sánchez (2010) enuncian que quienes cuentan con trabajos independientes tiene más tiempo para dedicar al cuidado y sus rutinas se ven menos alteradas, mientras que el empleado o estudiante tiene un tiempo más reducido, y en los casos en los que deben renunciar al trabajo, la situación puede tornarse más traumática o desfavorable, “este hecho tiene consecuencias sobre el desarrollo personal, la autoestima y el apoyo social, e igualmente repercusiones económicas” (p. 51). En el caso de esta práctica, **Siete de las y los diez acompañantes, son empleados** y se han visto obligados a suspender sus actividades laborales total o parcialmente, en el caso de quienes cuentan con empleos informales, para dedicarse al cuidado de sus hijas e hijos. En este sentido se considera que el proceso de acompañamiento puede tornarse más difícil.

**La continuidad favorece el acompañamiento y el cuidado del paciente.** Los estudios destacan que la continuidad influye directamente en la manera en que se da el cuidado. Sin embargo, para De la Cuesta (2004), existe una diferencia entre acompañar y cuidar. El primer término implica el arte de estar con el otro, apoyarlo con amor y respeto en el encuentro consigo mismo, estableciendo relaciones que permiten crear y compartir recíprocamente. Acompañar agrupa todas aquellas acciones e intencionalidades que busquen enriquecer y servir de apoyo para la superación de la adversidad; el acompañamiento se convierte también en un recurso pedagógico para apoyar la formación de personas en los diferentes contextos, etapas y

circunstancias de la vida en la que se encuentren, llegando a ser así un proceso de enseñanza - aprendizaje recíprocos, de ayuda mutua y crecimiento personal. En este sentido, la autora advierte que no todas las personas saben acompañar, pues esto requiere no solo actitud y carisma sino sobre todo compromiso y el interés por favorecer el desarrollo individual, social y emocional del acompañado. En contraste con el acompañamiento, De la Cuesta (2004) expone que el cuidado corresponde a una actividad humana, que se puede dar en dos circunstancias: formal e informal. El primero alude al cuidado profesional y el segundo al cuidado no remunerado económicamente: al familiar. En ambos casos cuidar se define como una interacción y un proceso, cuidar no es sólo la ejecución de tareas o procedimientos, va más allá. El cuidado según De la Cuesta (2004) es un trabajo de amor y requiere un componente afectivo.

**Para convertirse en cuidador el acompañante debe cumplir 3 tipos de acciones.** Ortiz *et al* apoyados en Collière & Garzón (s.f.) afirman que las “acciones del cuidado” se agrupan en tres categorías: cuidados habituales y de costumbre. Cuidados terapéuticos y de apoyo y afecto (p. 22). En la primera categoría se encuentran los cuidados referidos a los hábitos, costumbres y creencias, cuyo objetivo principal es la conservación de la vida, las principales acciones son la alimentación y el baño. Los cuidados terapéuticos y de apoyo aluden a todos aquellos que tienen por fin “controlar los procesos determinantes de la enfermedad” (p. 22); evitando complicaciones, apoyando en los ejercicios y acompañando en los procedimientos (exámenes), e informando y alertando al personal de salud sobre cualquier anomalía o cambio en la salud del paciente. Acompañar y cuidar exigen afectos favorables hacia el paciente.

En cuanto al **afecto** Ortiz *et al* (2000) enuncian que incluye sentimientos y emociones generados a partir de las relaciones interpersonales, que deben estar atravesadas por la confianza y la empatía. Esto va en concordancia con lo que De la Cuesta (2004) plantea como un asunto central y problemático del cuidador: el manejo de las emociones, y no solo del cuidador sino de toda la familia, pues como se ha enunciado en este proyecto, durante el proceso de hospitalización se ve involucrado afectiva y económicamente, cada miembro de la familia. Y es ésta precisamente, la principal diferencia que De la Cuesta (2004) encuentra entre el cuidado formal, que alude al cuidado profesional, y el cuidado informal, aquel no remunerado económicamente. La diferencia radica en que éste último es un trabajo de amor, en el que el cuidador se involucra afectivamente con el proceso.

**Ante enfermedades complejas se necesitan presencialidad y continuidad en el acompañamiento.** Este hecho es un resultado común en la mayoría de acompañantes que participaron en la indagación realizada, en tanto han estado con sus niños y niñas desde el inicio de la enfermedad y a lo largo de ella, lo cual ha implicado renunciaciones y cambios marcados en sus vidas y en las vidas del resto de las familias. Según Barrera, Pinto & Sánchez (2010), que el cuidador acompañe desde el diagnóstico es significativo porque de ésta manera tiene la información necesaria; puede emplear estrategias y aprendizajes pasados y no repetir experiencias negativas, manteniendo rutinas positivas (p. 52). Del mismo modo, tener un solo cuidador o un cuidador principal, influye positivamente en el nivel de conocimiento que se tiene del paciente, de su proceso, y de sí mismo.

**Cuidar del otro exige también cuidar de sí.** La dedicación creciente que deben tener los acompañantes con los niños y niñas que presentan enfermedades complejas, crónicas o

de alta gravedad, se puede traducir en un desgaste del cuidador, convirtiéndose en lo que De la Cuesta denomina un segundo paciente a causa del estrés, el desgaste económico, físico y emocional que sufre. El acompañante debe aprender a cuidar de sí, reconocer sus límites y pedir ayuda cuando sea necesario. El resto de la familia y toda la comunidad del centro hospitalario debe ayudar al acompañante a buscar el equilibrio en su labor y a repartir las responsabilidades del cuidado de su niño o niña con otros, cuando sea preciso. En este sentido, las visitas que reciben las niñas y los niños apoya la labor del cuidador principal y ayuda a toda la familia a reconocer que la hospitalización de la niña o el niño es un asunto de todos los integrantes de la familia. En términos de Ruiz (2013), la hospitalización trae consigo numerosos cambios generadores de estrés, impotencia y angustia que afectan directamente a la familia al ser un sistema donde los miembros interactúan entre sí. Para este autor, la familia debe operar como un agente activo que incide positivamente en los pacientes, tanto en su estado emocional como en su recuperación. Ramos (2004) expone que en el proceso de acompañar el cuidador debe tener una participación activa y no intrusiva.

**El hospital debe ayudar a los acompañantes a ser cuidadores.** Según Baena y otros (2007) durante el proceso de hospitalización el acompañamiento puede ser un apoyo favorable o puede traer consigo más angustia, estrés y ansiedad al paciente. Los familiares que contribuyen al proceso de adaptación de las niñas y los niños son un apoyo, por ello es clave brindarles orientaciones respecto al proceso que viven con sus niños y niñas. En este sentido, cabe resaltar que, en la indagación realizada, respecto al buen trato y la promoción del bienestar infantil, 6 acompañantes afirmaron que durante la hospitalización jugaban o leían con sus niños o niñas, en tanto otros preferían ver televisión con ellos una actividad de entretenimiento, pero no siempre importante para la buena formación infantil. En estos casos, es importante recordar a los



familiares como lo plantea RAMOS (2004), que el niño hospitalizado sigue siendo niño, su formación continua por medio de actividades como el juego mediante las que puede expresar y elaborar lo que sienten.

**El acompañante debe comprometerse con los cuidados de salud de su niño o niña y el hospital debe ayudarle a aprender a hacerlo.** Como lo señaló la indagación realizada, la mayor parte de los acompañantes dicen atender las instrucciones del personal médico y uno deja todo en manos del personal de salud. Ellos siguen las recomendaciones de higienización, pero requieren del apoyo del personal de salud para aprender a hacerlo por su cuenta y cuando se requiera. Esto implica adquirir hábitos de cuidado de salud para toda su vida o al menos durante el tiempo que sus niños o niñas lo requieran. De la Cuesta, (2004) afirma que los “cuidadores” cuidan hasta el final de la vida de los pacientes, ellos crean una artesanía de formas para hacer que estos cuidados se vuelvan parte cotidiana y a la vez llevadera de sus vidas.

## **7 Reflexiones finales**

Durante las diversas jornadas e intervenciones que formaron parte fundamental de este proyecto de práctica pedagógica surgen diversos sentires, enseñanzas y aprendizajes que de una u otra manera marcaron positivamente nuestro quehacer docente, como también otros que nos permitieron repensar nuestro lugar frente a los niños y las niñas, así como el proceso de hospitalización frente a la vida. Las experiencias y vivencias que se fueron tejiendo poco a poco con los padres, las madres, los niños, las niñas, las maestras cooperadoras, entre otros agentes significativos durante este proceso, nos llevó a comprender que la **hospitalización debe ser entendida como una realidad** en la que los niños y las niñas también escriben sus propias historias frente a la enfermedad, la que es necesario confrontar, asumir y contrarrestar buscando siempre el bienestar y la mejora en la calidad de vida de éstos.

**Se logró evidenciar** que la enfermedad no es un impedimento para tener sueños, sonrisas y muchas ganas de seguir adelante, de seguir siendo niños y sobre todo que tanto niños como padres necesitan más actos de comprensión, amor, más palabras de afecto y aliento que inviten a concebir esta realidad como un proceso cambiante, favorable, una nueva oportunidad de ser y estar, de renacer con más fuerzas, de superar la adversidad. La experiencia de la hospitalización es un proceso complejo que va más allá del dolor, el sufrimiento, de los cambios corporales, de la tristeza que puede generar la separación con las personas significativas para transformarse en una experiencia de aprendizaje y de transformación del ser.

Son muchos los aspectos que transversalizan y cobran importancia en el proceso de hospitalización de los niños y las niñas; sin embargo, indagar en torno al **acompañamiento familiar** es en un primer momento, reconocer la importancia que tiene este para el sujeto en las

diferentes situaciones, etapas de la vida, circunstancias adversas y por ende, en el proceso de hospitalización de las niñas y los niños; en este sentido, identificar las características del acompañamiento familiar que favorecen la salud infantil y tener un mejor conocimiento de los individuos, contribuye al mejoramiento de los programas de atención en salud, educación hospitalaria y desarrollo integral de los niños y niñas hospitalizados.

Desde esta perspectiva nuestro trabajo de grado se convierte tanto para el HUSVF como para la Universidad de Antioquia en la base de posteriores procesos investigativos, acciones o estrategias que posibiliten el mejoramiento de las interrelaciones y la comunicación entre niños, niñas, padres y acompañantes; es una herramienta para la implementación de diversos tipos de intervenciones y el favorecimiento a dicho acompañamiento familiar en el contexto hospitalario, pues en la mayoría de los casos éste no se da de forma consciente, favorable y oportuna para el paciente.

En este recorrido por nuestro proceso de formación tanto a nivel profesional como personal en el contexto hospitalario, es relevante tener en cuenta algunos **aspectos adversos** que de una u otra manera cambiaron nuestras dinámicas y estrategias pedagógicas; cabe resaltar también que para nosotras no fueron limitaciones pues en ningún momento se convirtieron en una barrera que impidiera nuestro desempeño durante las diversas jornadas con los niños y las niñas en el hospital y en el Aula Hospitalaria.

En primer lugar conviene subrayar que la elección de la población se da debido al tiempo en que estos permanecen en el hospital lo cual permitiría tener un mayor acercamiento, comprensión de las dinámicas y prácticas en torno al acompañamiento, no obstante en el primer semestre de 2017 cuando se pretende implementar los instrumentos de recolección de

información como por ejemplo el cuestionario, se evidencia un marcado cambio en dicha población ya que empezaron a regresar a sus hogares la mayoría de niñas y niños con los que inicialmente se proyectaban los ejercicios investigativos.

En el momento de la implementación del cuestionario se buscaba hacerlo de una manera más amena, agradable y favorable tanto para nosotras como para los padres, por lo cual se propone emplear un espacio de relajación y conversación con los padres, las madres o acompañantes de la sala de Nefrología, no obstante, el hecho de que fuese un espacio pensado solo para los padres y que los niños que se encontraban allí oscilaban entre el año y los seis años de edad, etapas en las cuales estos requieren de más cuidados y atención constantemente de sus acompañantes, nos deja ver que esta estrategia no fue la más acertada o viable ya que éstos debían desplazarse hacia otros espacios, traduciéndose en una marcada inasistencia al espacio debido a que no pueden dejar a sus hijos en las habitaciones.

La marcada inasistencia de las y los participantes a éste espacio, llevo a implementar nuevas estrategias como ir por cada habitación y realizar dicha consulta de manera personalizada con cada padre o madre; así mismo, se optó por aumentar el número de sesiones dispuestas para esta intervención, mediante una observación detallada y consulta previa con las maestras cooperadoras y el personal de salud con el fin de identificar los momentos más adecuados para realizar dicha intervención. Pese a esto en algunas ocasiones fue necesario volver en otros horarios ya que éstos se encontraban tomando el algo, durmiendo o no se encontraban en la habitación.

Otro aspecto relevante es que el desplazamiento de las niñas, niños y acompañantes desde las habitaciones hasta el Aula Hospitalaria debía ser supervisado por una

enfermera de turno a cargo de la sala, por lo cual en repetidas ocasiones estos no asisten a las sesiones ya que no se contaba con el acompañamiento del personal de salud en este espacio, situación en la cual es importante resaltar que generalmente las maestras en formación llevaban hasta las salas y habitaciones el material y las propuestas pedagógicas con el fin de acompañarlos, compartir con ellos y ellas, y transformar esos pequeños instantes en grandes momentos de aprendizaje y sobre todo de alegría.

Se debe agregar que por cuestiones de seguridad y prevención algunos niños y niñas en diversos momentos no podían asistir al aula o se encontraban en cuarentena por lo cual las jornadas e intervenciones se realizaban con la minoría asistente. En algunas ocasiones el personal de salud interrumpía las sesiones para revisar algunos niños, darles medicamentos o retirarlos del lugar para realizarles exámenes, lo que llevaba a suspender por momentos y podía llegar a generar angustia en algunas niñas y niños por la presencia de enfermeras o médicos.

Otro rasgo de gran importancia es que el hospital recibe diversidad de poblaciones, etnias y culturas del país por lo cual en algunas ocasiones se encuentra con acompañantes que no sabían leer, escribir o ambos, y en el caso puntual de la población indígena estos tenían otro dialecto o lengua lo que dificultaba la comunicación con ellos y ellas, pese a esto se mostraban receptivos y participaban en los múltiples espacios y experiencias llevadas a cabo en el aula.

En este sentido, **se recomienda** tener muy presente la población que se pretende intervenir, sus costumbres, ideologías, nivel de escolaridad o alfabetización, los espacios empleados para los diversos encuentros, que las estrategias sean más llamativas, lúdicas e innovadoras y movilicen por sí solas. Sería importante ofrecer actividades diversas para los y las

acompañantes, cercanas a lo que usualmente hacen, o novedosas que los incite a aprender y explorar cosas nuevas. Es importante que el personal de salud se concientice de la importancia que tiene la asistencia al Aula Hospitalaria tanto de padres como de niñas y niños para que en un primer momento acompañen estos en el respectivo horario al Aula como lo exige el hospital, y, en segundo lugar, para que inviten e informen a los acompañantes a éste espacio.

Otro asunto importante es que se debe hacer más énfasis en las condiciones de permanencia de los acompañantes ya que la mayoría de padres o madres de la sala de Nefrología permanecen largos periodos en el hospital, lejos del contexto y de sus hogares; así pues, es importante brindar y promover espacios para el descanso de ellas y ellos. **Aprendimos** a no dar todo por hecho pues generalmente vamos normalizando las conductas y pensamos que las personas han adquiridos las mismas habilidades que nosotros, lo cual lleva de una u otra manera a excluir inconscientemente a las personas que nos rodean, por tanto debemos sensibilizarnos, comprender la población con la que se hacen las intervenciones y partir del supuesto de que somos personas con diferentes capacidades, características e interés a los que nos mueven o tocan diferentes aspectos.

Tener un acercamiento al contexto hospitalario nos permitió como maestras en formación, ir más más allá de concebir la escuela como único escenario de formación e intervención y reconocer la importancia que tiene **el rol del maestro** en los diferentes contextos formales y no formales como agente que inhibe o posibilita transformaciones en las realidades de todo ser humano, en escenarios como el hospitalario donde se abren nuevas vivencias que nos llevan a repensar nuestro quehacer pedagógico y querer dejar huella de tal manera que

transformemos su ser como en algún momento lo lograron algunos maestros y maestras durante nuestra formación.

Es importante resaltar que las jornadas y actividades estuvieron supervisadas y acompañadas por las maestras cooperadoras del hospital. Los diferentes momentos que conformaron este trabajo de grado nos llevaron a tener una mirada más crítica y reflexiva sobre la influencia del maestro en la sociedad, sobre la importancia de la educación, los procesos de formación tanto de niños y niñas como de sus padres y acompañantes y de nosotras mismas. Entender la importancia que tiene el acompañamiento, esencialmente el familiar en el proceso de hospitalización y recuperación del paciente, en su formación como persona, en su vida; nos invita a ver el sujeto como un todo compuesto de pequeñas partes indispensables y necesarias para la conformación de su ser, como la familia, pues si bien se ha planteado que el maestro tiene la función formadora, que acompaña, es un mediador. Es por esto y por muchas más razones que quizás se nos escapan en este momento, que reconocemos ésta experiencia hospitalaria como una gran potenciadora de maestros más críticos, sensibles e interesados por el lugar que tienen los niños y las niñas no solo en la escuela, y la sociedad, sino en la vida.

**Referencias**

- ASOCIACION DE COLEGIOS JESUITAS DE VENEZUELA – ASCI-. (2011). *Hacia la comprensión del acompañamiento*. Tomado de:  
[http://www.cerpe.org.ve/tl\\_files/Cerpe/contenido/documentos/Pedagogia/Hacia%20la%20comprension%20del%20acompanamiento.pdf](http://www.cerpe.org.ve/tl_files/Cerpe/contenido/documentos/Pedagogia/Hacia%20la%20comprension%20del%20acompanamiento.pdf) el 10 de Octubre de 2016.
- ARMSTRONG, G. (1986). La hospitalización infantil. *Revista de servicios sociales Zerbitzuan*. (N, 0).
- ASTUDILLO, A & Otros. (2012). Acompañamiento familiar al usuario pediátrico de 6 – 12 años. *Rev. Ciencia y enfermería*. Vol. 18 (Nº1).
- BAENA, E. Giraldo, A & Giraldo, A. (2007) *Estrategias de acompañamiento pedagógico para el niño y la niña hospitalizados*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- BARRERA, O. PINTO, N. S´ANCHEZ, B. MABEL, G. & CHAPARRO, L. (2010) *Cuidando a los cuidadores: Familiares de personas con enfermedad crónica*. Colombia: Universidad Nacional.
- BASILE, H. (2002) *Fortaleza a partir de las crisis, en: Conceptos N° I*. Vol. 77. Buenos Aires.
- DE LA CUESTA, C. (2004) *Cuidado artesanal: La invención ante la adversidad*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.
- BOLIVAR, A. (2006). Familia y escuela: dos mundos llamados a trabajar en común. *Rev. Educación*. N° 339. pp. 119-146. Universidad de Granada.
- BONILLA, E. & RODRÍGUEZ, P. (2000) Más allá del dilema de los métodos: la investigación en ciencias sociales. Bogotá: Cede.
- GUERREO, S. (2002). Cuidados del niño hospitalizado con apoyo familiar. *Rev. UNAL*. Vol. 20 (Nº 2).

HENAO, Y. Londoño, A y otros. (2007). *Aportes de la pedagogía infantil y de la promoción de la resiliencia para potenciar la hospitalización como una experiencia enriquecedora de aprendizaje* (Tesis de grado). Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE FUNDACIÓN

<http://hospitaluniversitario.sanvicentefundacion.com/index.php>  
<http://hospitaluniversitario.sanvicentefundacion.com/index.php>

IBARDO, B. Quinceno, G & Cárdenas, J. (2001) *Modelo de acompañamiento lúdico pedagógico para el niño hospitalizado*. Medellín: Universidad de Antioquia.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.

[https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Norm\\_Leyes.aspx#InplviewHash91ef37bc-5190-43be-8016-ac14d20a9ec7=WebPartID%3D%7B91EF37BC--5190--43BE--8016--AC14D20A9EC7%7D](https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Norm_Leyes.aspx#InplviewHash91ef37bc-5190-43be-8016-ac14d20a9ec7=WebPartID%3D%7B91EF37BC--5190--43BE--8016--AC14D20A9EC7%7D)  
[https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Norm\\_Leyes.aspx -InplviewHash91ef37bc-5190-43be-8016ac14d20a9ec7=WebPartID%3D%7B91EF37BC-5190--43BE--8016--AC14D20A9EC7%7D](https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Norm_Leyes.aspx -InplviewHash91ef37bc-5190-43be-8016ac14d20a9ec7=WebPartID%3D%7B91EF37BC-5190--43BE--8016--AC14D20A9EC7%7D)

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES.

(2011). Guía para la caracterización de usuarios de las entidades públicas.

ORTÍZ, A. GAVIRIA, D, PALACIO, M. MARÍN, A. GARCÍA, P. *et al.* (2000) *Participación del acompañante en el cuidado del paciente hospitalizado*. Medellín-Colombia.

RAMÍREZ, L. (2002). *La resignificación en el acompañamiento psicoespiritual, como un proceso que genera resiliencia en una mujer que ha sufrido violencia* (Tesis de Magister en Acompañamiento Psicoespiritual). Universidad Jesuita Alberto Hurtado, Santiago, Chile.

RAMOS, T. (2004) *Jugar, vivir y aprender en el hospital, en: Infancia: Educar de 0 a 6 años*.

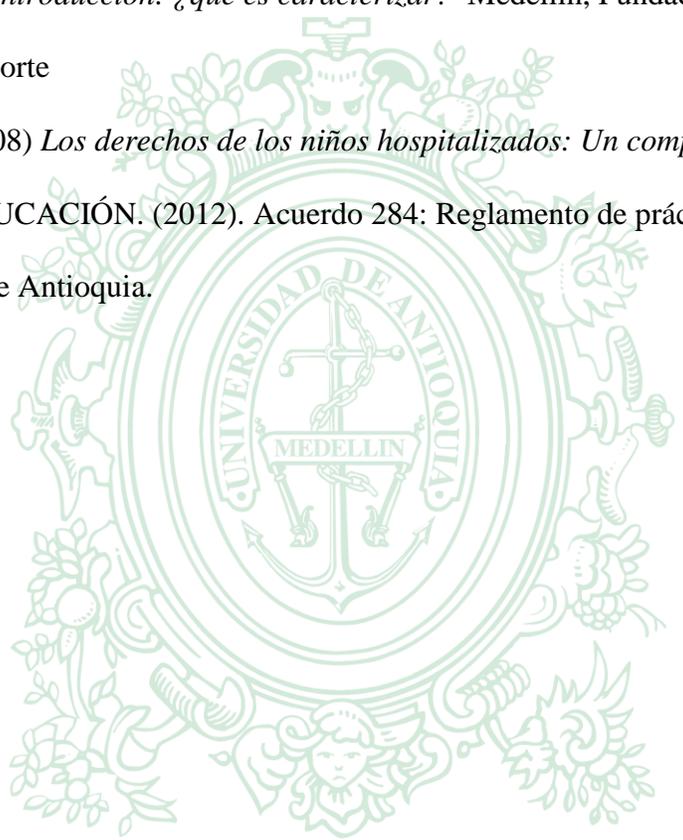
RUIZ DEL BOSQUE, A. (2013). *Participación familiar en una unidad de cuidados intensivos pediátricos, una opinión de enfermería*. Rev. Enfermería C y L. Vol. 5 (N° 2).

SANDOVAL, C. (1996) *Investigación cualitativa*. Colombia: Bogotá.

Sánchez, A. (2010). *Introducción: ¿qué es caracterizar?* Medellín, Fundación Universitaria Católica del Norte

SERRADAS, M. (2008) *Los derechos de los niños hospitalizados: Un compromiso ineludible*.

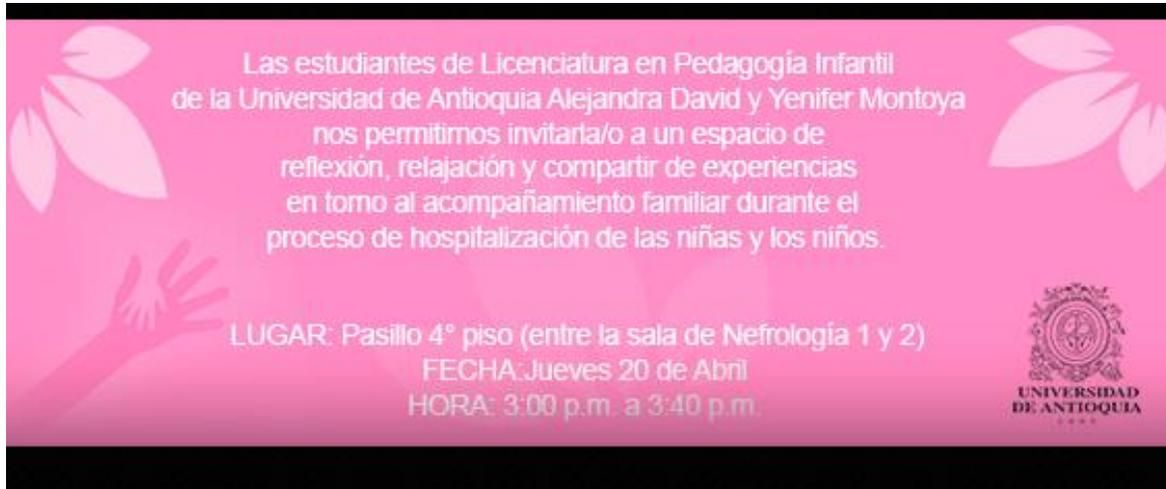
FACULTAD DE EDUCACIÓN. (2012). Acuerdo 284: Reglamento de práctica pedagógica. Universidad de Antioquia.



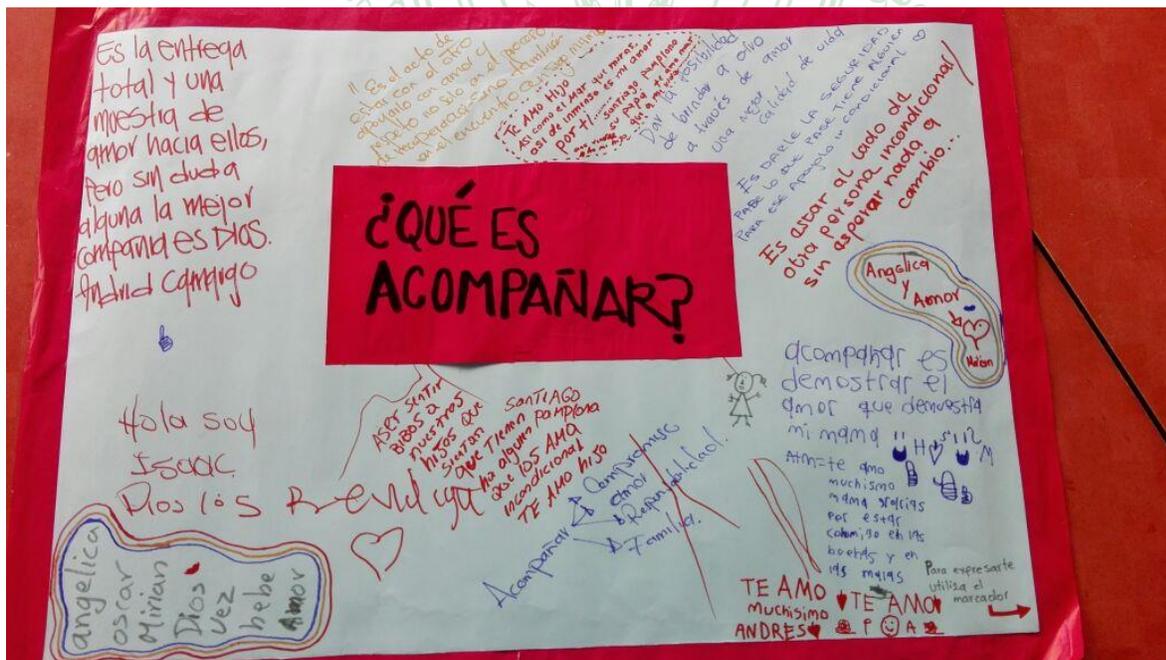
**UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA**

1 8 0 3

**Invitación**



**Cartel de asociación**



**Poema**

Y una mujer que sostenía un niño contra su seno pidió:  
Háblanos de los niños.  
Y él dijo: Vuestros hijos no son hijos vuestros.

**Facultad de Educación**

Son los hijos y las hijas de la Vida, deseosa de sí misma.  
Vienen a través vuestro, pero no vienen de vosotros.  
Y, aunque están con vosotros, no os pertenecen.  
Podéis darles vuestro amor, pero no vuestros pensamientos.  
Porque ellos tienen sus propios pensamientos.  
Podéis albergar sus cuerpos, pero no sus almas.  
Porque sus almas habitan en la casa del mañana que vosotros no podéis visitar, ni siquiera en sueños.  
Podéis esforzaros en ser como ellos, pero no busquéis el hacerlos como vosotros.  
Porque la vida no retrocede ni se entretiene con el ayer.  
Vosotros sois el arco desde el que vuestros hijos, como flechas vivientes, son impulsados hacia delante.  
El Arquero ve el blanco en la senda del infinito y os doblega con Su poder para que Su flecha vaya veloz y lejana.  
Dejad, alegremente, que la mano del Arquero os doblegue.  
Porque, así como Él ama la flecha que vuela, así ama también el arco, que es estable.

Khalil Gibrán

**Consentimiento Informado**

 <p><b>UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA</b> 1803</p>	<p><b>FACULTAD DE EDUCACIÓN</b> <b>LICENCIATURA EN PEDAGOGÍA INFANTIL</b> <b>PRÁCTICA PEDAGÓGICA II</b> <b>Proyecto:</b> <i>Caracterización del acompañamiento familiar a niños y niñas hospitalizados.</i></p>
<p><b>CONSENTIMIENTO INFORMADO</b></p>	

El acompañamiento familiar constituye un derecho primordial de las niñas y los niños hospitalizados. Este derecho tiene como base el supuesto de que la compañía de personas significativas puede favorecer vivencias hospitalarias gratas y formativas que contribuyan al bienestar y la recuperación de la salud de los pacientes pediátricos cuando se orientan de manera acertada. Es por ello que usted ha sido invitada/o a ser partícipe de un trabajo investigativo a cargo de las maestras en formación Alejandra David Osorio y Yenifer Montoya López de la Universidad de Antioquia, bajo la supervisión de la asesora Colombia Hernández Enríquez y de las maestras del Aula Hospitalaria: Jaqueline Acevedo Lema y Paula Andrea Ramírez.

Este proyecto de práctica pedagógica con énfasis investigativo, tiene como propósito caracterizar las formas de acompañamiento que establecen los familiares con las niñas y los niños hospitalizados en las salas de Nefrología del Hospital Universitario San Vicente Fundación, para esto usted deberá contestar algunas preguntas y proporcionar datos generales que permitirán tener un mejor acercamiento y comprensión de las dinámicas familiares.

Es importante resaltar que su participación en este espacio será totalmente voluntaria y que la información obtenida se mantendrá en total confidencialidad, ya que los datos adquiridos serán utilizados exclusivamente para fines del presente trabajo, su nombre no aparecerá en ningún documento, ni en las bases de datos que utilizaremos.

Es importante precisar que usted no recibirá ningún tipo de beneficio económico por participar en este trabajo investigativo, su participación voluntaria es una contribución al mejoramiento de los programas de atención en salud, la educación hospitalaria y por ende al desarrollo integral de los niños y las niñas hospitalizados. La duración de su participación será de 45 minutos, si tiene alguna pregunta o inquietud puede acercarse a las personas encargadas para aclarar las mismas, al Aula Hospitalaria o escribir al correo [alejandra.davido@udea.edu.co](mailto:alejandra.davido@udea.edu.co) o [yenifera.montoya@udea.edu.co](mailto:yenifera.montoya@udea.edu.co).

Si luego de haber leído y entendido la información enunciada anteriormente usted, de forma consiente y voluntaria, acepta participar en este proyecto de práctica, diligencie los campos presentados a continuación:

Fecha: \_\_\_\_\_

Sala de hospitalización: \_\_\_\_\_ -

\_\_\_\_\_



Nombre	del	paciente:
<hr/>		
Nombre	del	acompañante: -
<hr/>		
<hr/>		
Firma del acompañante		

**Cuestionario (versión resumida del rotafolio)**

	<b>UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA</b>	DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN INFANTIL Licenciatura en Pedagogía Infantil Licenciatura en Educación Especial
<b>Facultad de Educación</b>		
Proyecto de práctica pedagógica II		
<b>CARACTERIZACIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR A NIÑAS Y NIÑOS HOSPITALIZADOS: APORTES PARA LA EDUCACIÓN INFANTIL.</b>		
Estudiantes a cargo: <b>ALEJANDRA DAVID OSORIO y YENIFER MONTOYA LÓPEZ</b>		
Asesora: <b>COLOMBIA HERNÁNDEZ ENRÍQUEZ</b>		
Medellín 2016-2017		



### CUESTIONARIO SOBRE ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR A NIÑOS Y NIÑAS HOSPITALIZADOS

Muy buenos días apreciados familiares de niños y niñas hospitalizados en las salas de Nefrología Pediátrica del Hospital Universitario San Vicente Fundación. De nuevo, mil gracias por aceptar participar en esta sesión de exploración en torno a las prácticas de acompañamiento familiar a niños y niñas hospitalizados. Con el objetivo de facilitar la aplicación de este breve cuestionario, elaboramos para ustedes este rotafolio de presentación escrita de las preguntas y opciones de respuesta del cuestionario, de manera que ustedes puedan seguir la lectura al mismo tiempo que nosotras vamos haciéndola en voz alta. Leeremos de manera pausada dando tiempo para que ustedes puedan responder cómodamente al aspecto que se les consulta y tengan el tiempo suficiente para ir marcando la opción que mejor les parece, en su tabla de respuestas.

Recuerden marcar con X la opción escogida y levantar la mano para solicitar ayuda a la maestra en formación, en caso que la necesiten.

#### Pregunta No 1:

Sexo

- a. Femenino
- b. Masculino

#### Pregunta No 2:

¿Sabe leer y escribir?

- a. Si
- b. No

#### Pregunta No 3:



Edad

- a. Menor de 18
- b. Entre 18 y 35
- c. Entre 36 y 59
- d. Mayor de 60

**Pregunta No. 4:**

Nivel de escolaridad

- a. Ninguno
- b. Primaria
- c. Secundaria
- d. Superior

**Pregunta No. 5:**

Estado civil

- a. Soltera/o
- b. Casada/o
- c. Separada/o
- d. Viuda/o

**Pregunta No. 6:**

Ocupación

- a. Hogar
- b. Empleada/o
- c. Independiente
- d. Estudiante

**Pregunta No. 7:**

Estrato de su vivienda

- a. 1
- b. 2
- c. 3



d. 4 en adelante

**Pregunta No. 8:**

Vínculo con la niña/o

- a. Madre
- b. Padre
- c. Hermana
- d. Hermano
- e. Abuela
- f. Abuela
- g. Tía
- h. Tío
- i. Otro: cuál

**Pregunta No. 9:**

¿Cuida a la persona a su cargo desde el momento del diagnóstico?

- a. Si
- b. No

**Pregunta No. 10:**

Tiempo que lleva como cuidadora/o

- a. 0 a 6 meses
- b. 7 meses a 1 año
- c. Más de un año

**Pregunta No. 11:**

Es la o el único cuidador

- a. Si
- b. No

**Pregunta No. 12:**

Conoce el Aula Hospitalaria



- a. Si
- b. No

**Pregunta No. 13:**

¿Qué actividades implementa usted, para divertirse o “pasar el tiempo” en el Hospital?

- a. Veo televisión
- b. Leo libros
- c. Juego con mi niña/o
- d. Converso con personas de otras habitaciones

**Pregunta No. 14:**

¿Qué estrategias implementa usted para tranquilizar a la niña o el niño, cuando se altera o siente dolor?

- a. Llamo a la enfermera
- b. Le doy su espacio, dejo que se tranquilice sola/o
- c. Sigo las instrucciones del personal médico

**Pregunta No. 15:**

¿Cómo son los cuidados en salud que usted implementa en el Hospital?

- a. Sigo las instrucciones del personal de salud
- b. No hago nada, lo dejo en manos del personal médico

**Pregunta No. 16:**

¿Conoce acerca del Aula Hospitalaria?

- a. Si
- b. No

**Pregunta No. 17:**

¿La niña o el niño asisten al Aula Hospitalaria?

- c. Si



d. No

---

**Pregunta No. 18:**

¿Usted asiste al aula hospitalaria?

a. Si  
b. No

---

**Pregunta No. 19:**

¿Usted que hace en el Aula Hospitalaria?

a. Llevo a mi niña/o  
b. Presto atención  
c. Ayudo a mi niña/o en las actividades

### Hoja de respuestas

 <b>UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA</b> 1803		<b>FACULTAD DE EDUCACIÓN</b> <b>LICENCIATURA EN PEDAGOGÍA INFANTIL</b> <b>PRÁCTICA PEDAGÓGICA II</b> Proyecto: <i>Caracterización del acompañamiento familiar a niños y niñas hospitalizados.</i>													
		<b>HOJA DE RESPUESTAS DEL CUESTIONARIO SOBRE ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR</b>													
<b>Nombre (sin apellido)</b>										<b>Fecha</b>					
<b>1</b>	a	b			<b>2</b>	a	b			<b>3</b>	a	B	c	d	
<b>4</b>	a	b	C	d	<b>5</b>	a	b	c	d	<b>6</b>	a	B	c	d	
<b>7</b>	a	b	C	d	<b>8</b>	a	b	c	d		e	f	G	h	i
<b>9</b>	a	b			<b>10</b>	a	b	c	d	<b>11</b>	a	B			
<b>12</b>	a	b			<b>13</b>	a	b	c	d	<b>14</b>	a	B	c		
<b>15</b>	a	b			<b>16</b>	a	b			<b>17</b>	a	B			
<b>18</b>	a	b	C												

 <b>UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA</b> 1803		<p align="center"><b>FACULTAD DE EDUCACIÓN</b>  <b>LICENCIATURA EN PEDAGOGÍA INFANTIL</b>  <b>PRÁCTICA PEDAGÓGICA II</b></p> <p align="center"><b>Proyecto:</b>  <i>Caracterización del acompañamiento familiar a niños y niñas hospitalizados.</i></p>								
<b>LISTA DE ASPECTOS A REVISAR DURANTE LA OBSERVACIÓN</b>										
<b>Categoría</b>	<b>Fecha</b>									
<b>Datos sobre el acompañamiento</b>	N° acompañantes femeninas		N° acompañantes masculinos		N° de niñas		N° de niños			
	N° de niñas que ingresan solas		N° de niños que ingresan solos		N° mujeres acompañantes que participan pasivamente					
	N° mujeres acompañantes que participan activamente		N° hombres acompañantes que participan activamente			N° hombres acompañantes que participan pasivamente				
	Acompañantes que se ausentan por periodos significativos del aula			Menos de la mitad		Alrededor de la mitad		Más de la mitad		
	Acompañantes que hacen uso de aparatos electrónicos durante la sesión			Menos de la mitad		Alrededor de la mitad		Más de la mitad		
	En la habitación. Qué número de acompañantes está:			Durmiendo		Jugando con la niña o el niño				
	Recostado		Realizando acciones de aseo			Otra: cuál		N° total de acompañantes		

**Resumen hojas de vida**

Alejandra David Osorio  
 Alejandra.davdido@udea.edu.co  
 CC: 1000634111  
 Celular:3002248904

Formación:

Estudiante de decimo semestre de Licenciatura en Pedagogía Infantil de la Universidad de Antioquia (en curso).

Méritos o distinciones:

Excepción de matrícula por buen promedio desde el 2013 – 1 hasta la fecha.

Experiencia de trabajo remunerado: a.

Apoyo extra escolar a tres niños de primaria. Febrero de 2014 hasta la fecha.

Experiencias de trabajo no remunerado:

Prácticas tempranas:

- Centro de Desarrollo PAN en el barrio las Perlas. Agosto – noviembre de 2013-2. En una intensidad de 4 horas semanales, realizando acompañamiento educativo.  
Asesora de práctica: Gloria Esperanza García Botero [gloria.garcia.botero@gmail.com](mailto:gloria.garcia.botero@gmail.com)
- Centro de Desarrollo Góticas de Amor en el barrio tricentenario. Agosto-noviembre 2014- 2. En una intensidad de 4 horas semanales, realizando acompañamiento educativo.  
Asesora de práctica: Heidi Alejandra Cardona Castellón. [aleja3021@yahoo.es](mailto:aleja3021@yahoo.es)
- Institución Educativa La Alvernia, en el barrio Campo Valdez. Marzo – junio de 2015 – 1. En una intensidad de 4 horas semanales, realizando acompañamiento educativo.  
Asesora de práctica: Nancy Bibiana Mery Taborda. [Nancyhada@hotmail.com](mailto:Nancyhada@hotmail.com)
- Institución Educativa Héctor Abad Gómez, sección Centro. Agosto – noviembre de 2015 – 2. En una intensidad de 4 horas semanales, realizando acompañamiento educativo.  
Asesora de práctica: María Cristina Álvarez Álvarez. [Cris555mc@gmail.com](mailto:Cris555mc@gmail.com)
- Fundación FAN, en el barrio Villa Niza, Acevedo. Marzo - junio 2016- 1. En una intensidad de 4 horas semanales, realizando acompañamiento educativo.  
Asesora de práctica: Ana Cecilia Diez Gaviria. [anachila10@hotmail.com](mailto:anachila10@hotmail.com)

Yenifer Montoya López  
Yenifera.montoya@udea.edu.co  
CC: 1035917577  
Celular:311 783 26 97

Formación:

Estudiante de decimo semestre de Licenciatura en Pedagogía Infantil de la Universidad de Antioquia (en curso).

Méritos o distinciones:

Excepción de pago de matrícula por promedio superior, desde el 2013 – 1 hasta la fecha.

Experiencia de trabajo remunerado:

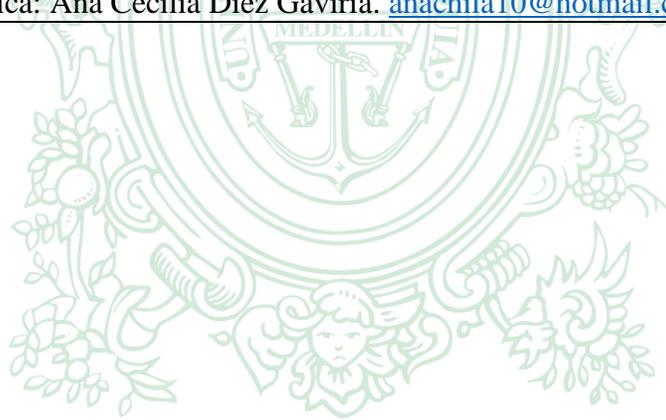
Auxiliar administrativo del Sistema de Estímulos Académicos SEA, desde 2014-1 (actualmente).



Experiencias de trabajo no remunerado:

Prácticas tempranas:

- Centro de Desarrollo Infantil: PAN en el barrio las Perlas. Agosto – noviembre de 2013-2. En una intensidad de 4 horas semanales, realizando acompañamiento lúdico-pedagógico.  
Asesora de práctica: Gloria Esperanza García Botero. [gloria.garcia.botero@gmail.com](mailto:gloria.garcia.botero@gmail.com)
- Centro de Desarrollo Gólicas de Amor en el barrio tricentenario. Agosto-noviembre 2014- 2. En una intensidad de 4 horas semanales, realizando acompañamiento lúdico-pedagógico.  
Asesora de práctica: Heidi Alejandra Cardona Castellón. [aleja3021@yahoo.es](mailto:aleja3021@yahoo.es)
- Institución Educativa La Alvernia, en el barrio Campo Valdez. Marzo – junio de 2015 – 1. En una intensidad de 4 horas semanales, realizando acompañamiento lúdico-pedagógico.  
Asesora de práctica: Nancy Bibiana Mery Taborda. [Nancyhada@hotmail.com](mailto:Nancyhada@hotmail.com)
- Institución Educativa Jorge Eliecer Gaitán, Robledo-Miramar. Agosto – noviembre de 2015 – 2. En una intensidad de 4 horas semanales, realizando acompañamiento lúdico-pedagógico.  
Asesora de práctica: María Cristina Álvarez Álvarez. [Cris555mc@gmail.com](mailto:Cris555mc@gmail.com)
- Fundación FAN, en el barrio Villa Niza, Acevedo. Marzo - junio 2016- 1. En una intensidad de 4 horas semanales, realizando intervenciones con familia y comunidad.  
Asesora de práctica: Ana Cecilia Diez Gaviria. [anachila10@hotmail.com](mailto:anachila10@hotmail.com)



# UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

1 8 0 3