

Jugar para sanar: La mediación de los padres a partir del juego y del juguete en el proceso de hospitalización del niño en el Hospital Infantil Santa Ana

Trabajo de grado para optar por el título de
Licenciadas en Educación Preescolar

Kelly Gutiérrez Gutiérrez

Tatiana Andrea Cardona Lozada

Asesor

Claudia Patricia Ortiz Escobar

Gloria María Izasa Z

Phd (Drdo). Educación

Corporación Universitaria Lasallista

Facultad Ciencias Sociales y Educación

Licenciatura en Educación Preescolar

Caldas-Antioquia

2015

Dedicatoria

Tatiana Cardona Lozada

A mis viejos lindos Alberto y Manuela, lto mi bro del alma, mi familia y amigos que me acompañaron en este sueño, a mis profes por su conocimiento, a Kellys mi colega, y mi amiga, y al hermoso Dios por permitirme vivir y alcanzar un sueño más.

Kelly Gutiérrez Gutiérrez

A mi familia por su amor y comprensión.

A los niños, niñas, personal hospitalario y madres y padres del HISA, por abrirnos las puertas de su corazón, para cumplir este sueño.

A mis profesores por su sabiduría y apoyo.

A mi compañera y especial amiga Taty

Y finalmente a Dios por ayudarme a culminar esta etapa de formación profesional y personal con éxito.

Contenido

Resumen	7
Palabras clave	7
Abstract	8
Key words	8
Introducción	9
Justificación	11
Diagnóstico	12
Planteamiento del problema	12
Identificación de la institución (hospital)	15
Contexto social	16
Contexto familiar	16
Contexto de aula-hospital	17
Proceso Afectivo	17
Proceso de Enseñanza en el aula-hospital	18
Objetivos	20
Objetivo general	20
Objetivos específicos	20
Antecedentes	21
Antecedentes legales	21
Antecedentes teóricos e investigativos	24
Marco teórico	27

	4
Juego y juguete	27
Significado de juego y de juguete	27
Funciones del juego y del juguete	29
El juego, el juguete y el niño(a) hospitalizado	31
Hospitalización infantil	37
La enfermedad	37
La hospitalización	40
Los padres y la familia ante la enfermedad y hospitalización del niño	45
La pedagogía hospitalaria como alternativa	47
El pedagogo hospitalario o el educador en el medio hospitalario	50
Mediación de los padres	52
Metodología	58
Enfoque de Investigación	58
Nivel de la investigación	58
Tipo de investigación	58
Estrategia metodológica	59
Población y muestra	59
Técnicas e instrumentos de recolección de información	59
Resultados	61
Estar ahí	61
Relación con sentido	63
Transferencia, dominación y poder	65

	5
Conclusiones	69
Recomendaciones	70
Referencias	71

Lista de tablas

Ilustración 1. Antecedentes	26
Ilustración 2. Funciones del juego	29
Ilustración 3. El juguete	32
Ilustración 4. Funciones y características del juego en el hospital	33
Ilustración 5. Hospitalización	43
Ilustración 6. Consecuencias de la hospitalización en la familia.....	47
Ilustración 7. Ventajas de la presencia de los padres en el hospital.....	53

Resumen

La presente investigación forma parte del macroproyecto “El juego y el juguete en el proceso de hospitalización del niño en el Hospital Infantil Santa Ana” en el cual participan el Hospital Infantil Santa Ana y los programas de Psicología y Educación de la Corporación Universitaria Lasallista. Este proyecto se focaliza en uno de los objetivos del macroproyecto el cual es describir la mediación que realiza la familia a partir del uso del juego y del juguete en el período de hospitalización del niño en el Hospital Infantil Santa Ana. Como estrategia metodológica plantea la revisión documental, la observación no participante y la entrevista semiestructurada. Retoma aportes de la psicología y la pedagogía para describir la mediación de la familia en el proceso de hospitalización del niño a partir de dos categorías de análisis: los usos y los efectos de esa mediación a partir del juego y del juguete; pues se tiene como supuesto teórico que la mediación que realiza la familia a partir del juego y del juguete da cuenta de la calidad del vínculo y ello repercute en la manera como el niño enfrenta la hospitalización.

Palabras clave

Juego y juguete, hospitalización infantil, mediación de los padres.

Abstract

The present article forms a part of the macroproject “The game and the toy in the process of hospitalization of the child in the Infantile Hospital Holy Ana “in which they inform the Infantile Hospital Holy Ana and the programs of Psychology and Education of the University Corporation Lasallista. This project is focused in one of the aims of the macroproject which is the mediation describes that Holy Ana realizes the family from the use of the game and of the toy in the period of hospitalization of the child in the Infantile Hospital. His method is based on the investigation by qualitative approach, which uses the study of case. Since methodological strategy raises the documentary review, the observation not participant and the semistructured interview. It takes again contributions of the psychology and the pedagogy To describe the mediation of the family in the process of hospitalization of the child from two categories of analysis: the uses and the effects of this mediation from the game and the toy; since there is had as theoretical supposition that the mediation that realizes the family from the game and the toy realizes of the quality of the link and it reverberates in the way as the child faces the hospitalization.

Key words

Game and toy, infantile hospitalization and familiar mediation.

Introducción

Los niños enfermos y hospitalizados se enfrentan ante una situación altamente estresante al encontrarse con una experiencia personal innovadora, que le exige múltiples adaptaciones y la ausencia de su vida normal. La hospitalización suele ser una situación que causa desequilibrio en el proceso de desarrollo del niño y la presencia de la enfermedad implica exposición al dolor, angustia e inseguridad.

La enfermedad y la hospitalización inciden en el bienestar psicológico, emocional y físico del niño, generando un impacto y un cambio significativo en la vida de este, que lo hace un ser más vulnerable. Por lo anterior, se valora la presencia activa de los padres en el hospital como figuras generadoras de seguridad y refugio para el niño, que pueden brindar tranquilidad, alimentar con amor, acompañar en la tristeza y el dolor, escuchar y hablar con palabras dulces y ayudar al niño a sanar sus dolores; puesto que son ellos los que ejercen un papel fundamental en la mejoría del niño hospitalizado. Sin embargo, muchos padres no saben cómo acompañar a su hijo y que hacer para que este se sienta mejor. Por lo anterior, el propósito de esta investigación, es generar en los padres de familia la sensibilización y el conocimiento sobre la importancia de generar espacios y momentos de juego para propiciar la comunicación, el encuentro entre unos y otros, la formación integral del niño, el establecimiento de relaciones afectivas sanas y proporcionar al infante experiencias significativas y gratificantes, en las que se estimulen sus potencialidades y capacidades, haciendo de la experiencia de hospitalización un momento menos angustiante para el niño y sus padres.

Adicionalmente, el juego y el juguete se presentan como herramientas fundamentales que los padres pueden utilizar durante la enfermedad y hospitalización del niño, puesto que jugando el niño aprende, descubre, imagina, construye ideas y conocimientos, se expresa, comparte con otros, olvida y canaliza sus dolores y los vínculos de afecto se hacen más fuertes. El juego es la actividad rectora del desarrollo del niño.

Por lo anterior, es fundamental que los padres creen las condiciones necesarias para que sus hijos puedan crecer en bienestar; es decir, con sus necesidades básicas

satisfechas (óptimas condiciones alimentarias y nutricionales, servicios de salud, educación, recreación), en un ambiente de afecto, protección, seguridad y cuidado e incluso, medien en el proceso de hospitalización de su hijo, acompañando con la mirada, protegiendo con amor y jugando día a día con él; ya que es en estos momentos cuando el niño más necesita del afecto y la presencia de sus padres.

Esta tesis presenta los siguientes capítulos:

En el capítulo I, se presenta la justificación, el diagnóstico (planteamiento del problema, identificación de la institución, contexto social, contexto familiar, contexto de aula-hospitalaria, proceso afectivo, proceso de enseñanza en el aula hospitalaria) y los objetivos de la tesis.

En el capítulo II, se abordan los antecedentes legales, antecedentes teóricos e investigativos y el marco teórico desde las tres categorías teóricas: juego y juguete; hospitalización infantil y mediación de los padres.

Finalmente, en el capítulo III, se aborda la metodología, los análisis y hallazgos, conclusiones y recomendaciones.

Justificación

El Hospital Infantil Santa Ana realiza enormes esfuerzos por garantizar, asegurar y promover el desarrollo infantil, ya que se interesa en la recuperación nutricional y en el restablecimiento de la salud emocional, vincular y física del niño, pues la experiencia ha demostrado que si el vínculo no está asegurado será altamente probable que el niño reingrese al hospital con las mismas dificultades, es decir, que desde una concepción integral de la salud se justifica esclarecer las dificultades de los padres como mediadores en el proceso de desarrollo de sus hijos. Adicionalmente, la mayoría de las veces, la estancia en el hospital y el proceso de hospitalización mismo le exigen al niño tiempos prolongados de quietud y pasividad con las consecuencias que esta poca estimulación y actividad física y mental pueden tener para el desarrollo; a ello se suma la ansiedad y el temor que puede producir esta experiencia.

Lo anterior, requiere generación de conocimiento que posibilite el diseño de propuestas educativas y de intervención, encaminadas a facilitar y articular los esfuerzos del Hospital Infantil Santa Ana en atención primaria y los esfuerzos educativos del programa “Familias Saludables” y Pedagogía Hospitalaria, así como a comprender la repercusión del juego y del juguete en el desarrollo, para el bienestar en la hospitalización y para el fortalecimiento del vínculo.

Para la Corporación Universitaria Lasallista será una oportunidad para ampliar el perfil del Licenciado en Preescolar como gestor de proyectos de investigación e intervención en salud, lo que posibilitará la visibilidad de los Licenciados en Preescolar al incursionar en un tema y práctica novedosos.

Diagnóstico

Planteamiento del problema

El Hospital Infantil Santa Ana desde su misión se define como “una institución hospitalaria pediátrica, privada, sin ánimo de lucro, que brinda la mejor atención integral en salud, con énfasis en trastornos nutricionales. Promovemos el sano crecimiento del niño y contribuimos a la generación de conocimiento” para cumplir este cometido de brindar atención integral en salud, es necesario considerar que la hospitalización es regularmente un evento traumático para todo niño, ya que involucra una serie de situaciones estresantes, incómodas y dolorosas, que se prolongan durante su estancia en el hospital. Además de soportar dolencias físicas, el niño tiene un rompimiento con su escolaridad, vida social, se desprende de sus juegos, juguetes y es obligado a interactuar con personas y situaciones desconocidas para él, que le plantean la exigencia de adaptarse al ambiente hospitalario.

El confinamiento en una cama, el depender de terceros, el aislamiento, el malestar físico intenso, las curaciones, la privación, el estado emocional alterado por la tristeza y la soledad, conllevan a vivir la hospitalización como un momento estresante y hostil para el niño, convirtiéndolo en un sujeto con necesidades especiales, pues requiere mayor atención, cuidado, comprensión y amor.

Generalmente, el niño percibe a la institución hospitalaria y al personal de salud como agresores, atribuye a estas personas la causa de la separación de sus padres y de su rutina, además se ve obligado a soportar procedimientos molestos y/o dolorosos, entre otras situaciones. Esta circunstancia hace obstáculo a la recuperación del niño

pues le genera ansiedad y malestar tanto físico como emocional, la cual se expresa frecuentemente en resistencia del niño a comer, al tratamiento, al personal y a los procedimientos médicos en general. Este tipo de situaciones prolongan la estancia del niño en el hospital y por tanto la hacen más costosa en términos tanto económicos como emocionales. Para mitigar los efectos de la hospitalización, la pedagogía hospitalaria se convierte en una alternativa de gran importancia para la atención integral:

La Pedagogía Hospitalaria constituye una modalidad de la Pedagogía Social pues aunque su tarea se desarrolla fundamentalmente con niños y jóvenes, el hecho de que no se inscriba dentro de un contexto escolar, y que frecuentemente se deba extender la acción a personas del entorno del sujeto, hace que su función se parezca más a la de una educación aplicada en contextos sociales. Sin embargo, para la mayor parte de los autores reviste las características de la Educación Especial al entender que esta acción educativa en los hospitales es básicamente atención a la diversidad, por ser una enseñanza adaptada a las necesidades educativas especiales derivadas de la enfermedad y la hospitalización (Romero & Alonso, 2007, 409)

En este sentido, es tarea del pedagogo hospitalario atender no solamente al niño enfermo y a su familia sino también al resto de profesionales involucrados en su cuidado que se enfrentan diariamente al dolor y sufrimiento ajenos, lo que supone una experiencia de por sí ansiógena (Lizasoáin & Lieutenant, 2002, 159).

Adicionalmente, en el proceso de hospitalización es fundamental el acompañamiento y la mediación de los padres, quienes desde su interacción o modo de vinculación ofrecen al niño un sostén y le ayudan a comprender dicha situación. En algunos casos, se observa la dificultad de los padres para mediar en el proceso de hospitalización ya que no responden de manera oportuna a los requerimientos lúdicos, emocionales, afectivos, comprensivos y hasta físicos del niño. Además, en el tratamiento interdisciplinar de la enfermedad que se hace en el hospital, se ha evidenciado que la o las enfermedades y padecimientos del niño, tienen frecuentemente como causa la negligencia, el maltrato y el abandono; es decir una escasa mediación de los padres en el desarrollo del niño. Lo anterior hace pensar en la repercusión que tiene la comprensión de la enfermedad desde una mirada sensible e integral en donde se pueda vislumbrar la manera como el dolor corporal, la inapetencia, la pasividad, la falta de interés por el mundo, por los juegos y juguetes es la manifestación y expresión de un dolor de existir en un mundo donde no es acogido; lo cuál va en sintonía con la definición que promulga la Organización Mundial de la Salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1948, 1).

Esta situación lleva a preguntar ¿Cómo es la mediación de la familia a partir del juego y del juguete en el proceso de hospitalización del niño de 0 a 7 años en el Hospital Infantil Santa Ana?

Para responder esta pregunta se plantean las siguientes categorías teóricas: juego y juguete, mediación familiar y hospitalización infantil, retomando aportes de la

psicología y la pedagogía. Adicionalmente, se plantean dos categorías de análisis: los usos y los efectos de esa mediación a partir del juego y del juguete.

La comprensión de las necesidades de la infancia, del niño como sujeto de derechos, de los factores que afectan su salud y desarrollo integral conllevan el reconocimiento del juego y del juguete en la mediación del desarrollo infantil, como elementos para el diagnóstico y la intervención pedagógica y psicológica, y como estrategia que facilita el establecimiento de vínculos, la comunicación y la cooperación del niño en los diversos tratamientos.

Identificación de la institución (hospital)

El Hospital Infantil Santa Ana está ubicado en la Calle 14 No.43 B-130 Barrio Manila-El Poblado, Medellín-Colombia. Es una institución privada, sin fines de lucro, fundada en 1943 y especializada en recuperación de trastornos nutricionales, infecciones respiratorias y otras enfermedades comunes de la infancia. El Hospital ofrece atención hospitalaria a niños menores de 14 años de Antioquia y otras regiones del país; cuenta con profesionales especializados en medicina, pediatría, psicología, nutrición, entre otros; ofrece servicios de consulta externa, hospitalización, laboratorio y programas de prevención y tiene contratación con las IPS S (Subsidiado) y las EPS Colsanitas, SUSALUD, Cruz Blanca, Cafesalud, Salud Total...

Para conmemorar sus 70 años atendiendo a la población infantil, el hospital inauguró el 6 de agosto de 2014 una nueva sede en el mismo sector, con el fin de ampliar sus servicios y brindarle un espacio más integral a los niños y sus familias. Esta

nueva sede cuenta con tecnología de punta, infraestructura más moderna y amplia y unos espacios llenos de vida, magia y color, pensado para los niños.

Contexto social

El Hospital Infantil Santa Ana, atiende a población altamente vulnerable, de estrato socioeconómico bajo.

La mayoría de los padres de familia cuentan con una inestabilidad laboral o son desempleados, lo que permite evidenciar una tendencia de empobrecimiento, que afecta al infante.

El niño convive en una clase social desfavorable, en la que influyen muchos factores a su alrededor: existen deficiencias en las necesidades de supervivencia, higiene, alimentación y educación; adicionalmente, algunos de ellos viven en lugares con una limitada dotación de recursos básicos, tales como la electricidad y el agua potable.

Contexto familiar

La mayoría de las familias son monoparentales, nucleares o extensas; sin embargo, algunos de los niños no cuentan con una figura paterna/materna a su lado, por lo cual una vez son dados de alta, son acogidos en el Instituto De Bienestar Familiar o por un cuidador.

Se evidencia que algunas de las familias desligan el problema de salud del contexto familiar, mostrando desinterés y poco acompañamiento en el proceso de recuperación del niño enfermo. No obstante, otras familias acompañan al paciente,

desde el ingreso, hasta su salida del Hospital, brindando apoyo, afecto y cuidados especiales a este.

Contexto de aula-hospital

El Hospital Infantil Santa Ana es consciente del duro proceso que abarca la hospitalización y los efectos negativos que consigo trae; por tal motivo, cuenta con un espacio dotado de juguetes, para que sus pacientes disfruten de un momento de relajación, encuentro, recreación y goce, que permita olvidar por unos momentos la situación por la que están atravesando niños y padres.

No es un aula hospitalaria, ya que no está dotada con los recursos pedagógicos necesarios y no cuenta con profesionales capacitados, para garantizar o continuar la escolaridad del niño enfermo y hospitalizado. Y aunque este espacio cuenta con una buena iluminación y ambiente cómodo, es un lugar pequeño, carente de vida y de material didáctico que promueva el desarrollo íntegro del niño.

Proceso Afectivo

Muchos de los niños que ingresan al Hospital Infantil Santa Ana, reflejan una carencia afectiva muy alta, que permite develar la escasa comprensión y respuesta por parte de los padres frente a las necesidades del infante, ya que se muestran insensibles en garantizar su atención integral (cuidado, afecto, momentos de juego, protección, etc.) ; por ende, en muchas ocasiones, la causa de la desnutrición infantil, no se debe por la escasez de alimentos, sino por las carencias afectivas, que reflejan una historia de abandono, maltrato o negligencia.

Muchos padres no son conscientes del impacto que tiene para el niño la enfermedad y la hospitalización y que es en estos momentos cuando más necesita de su acompañamiento, amor, estimulación y apoyo; por lo tanto, el proceso afectivo por parte de algunas de las familias no es dado o fortalecido; alargando la estadía del niño en el hospital, como así mismo evitando y obstruyendo la capacidad de este para desarrollar y expresar sus sentimientos. Son niños que cargan con su estado de enfermedad, son inestables e inseguros y en su rostro se evidencia tristeza, angustia y miedo.

No obstante, las familias que por el contrario brindan apoyo, compañía y amor al niño enfermo, están aportando a una mejor y rápida recuperación de su salud. Este afecto es como en una medicina, que fortalece vínculos, suministra bienestar, seguridad y confianza al niño en pro de una óptima estadía en el hospital. El juego, el canto, los abrazos, las palabras de afecto, son características de aquellos padres que brindan un acompañamiento asertivo al niño enfermo.

Proceso de Enseñanza en el aula-hospital

La escuela en el marco del hospital es una necesidad del niño enfermo y una oportunidad para aprender, socializarse, aminorar los efectos de la enfermedad y ofrecer al niño estimulación; por lo tanto, es un deber de la institución sanitaria dar continuidad a este proceso durante su estancia en el mismo. Sin embargo, en el Hospital Infantil Santa Ana, no se llevan a cabo procesos de enseñanza, que permitan proseguir con la formación escolar del paciente, ya que no cuentan ni con el personal especializado en pedagogía hospitalaria, ni con un lugar que posibilite el desarrollo del

proceso de enseñanza-aprendizaje, observándose por ende, una limitada gestión y concientización por parte del personal hospitalario en beneficiar y reconocer una actividad que le es propia y que no se debe parar. Por ende, aunque el hospital apunta a una mejor y pronta recuperación del niño, es fundamental que aborden la enfermedad desde una mirada interdisciplinar, donde se atiendan las necesidades educativas y personales del paciente, introduciendo de forma paulatina los requerimientos esenciales para garantizar el derecho a la educación.

Objetivos

Objetivo general

Describir la mediación que realiza la familia a partir del uso del juego y del juguete en el período de hospitalización del niño en el Hospital Infantil Santa Ana.

Objetivos específicos

Explorar en las familias el uso del juego y del juguete en el período de hospitalización del niño en el Hospital Infantil Santa Ana.

Identificar los efectos del juego y del juguete en la hospitalización del niño en el Hospital Infantil Santa Ana.

Antecedentes

Se contemplan tres categorías teóricas sobre las cuales se apoya la investigación. A continuación se exponen las perspectivas teóricas desde donde son abordadas. Se realizó un rastreo de antecedentes investigativos, teóricos y legales en las siguientes bases de datos: Ebsco, Redalyc, Dialnet y Scielo y además se tomaron algunas fuentes primarias que abordan las categorías desde la educación y la psicología, especialmente la psicología evolutiva. También se acude a algunas investigaciones psicoanalíticas pioneras en este tema.

Antecedentes legales

Desde el contexto legal a nivel internacional, en relación con el proyecto de investigación se retoman los derechos de los niños hospitalizados y la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud. “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1948, 1). La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

La carta europea de los niños hospitalizados proclama los siguientes derechos, entre los cuales, destacamos:

c. Derecho a estar acompañado de sus padres, o de la persona que los sustituya, el máximo tiempo posible durante su permanencia en el hospital, no como espectadores pasivos sino como elementos activos de la vida hospitalaria.

q. Derecho a disponer de locales amueblados y equipados de manera que respondan a sus necesidades en materia de cuidado, educación y juegos, así como respecto a las normas oficiales de seguridad.

r. Derecho a proseguir con su formación escolar durante el ingreso, y a beneficiarse de las enseñanzas de los profesionales de la educación y del material didáctico que las autoridades educativas pongan a su disposición.

s. Derecho a disponer durante su permanencia en el hospital de juguetes adecuados a su edad, de libros y medios audiovisuales (Parlamento Europeo, 1986, 69-70).

En el ámbito nacional, el artículo 44 de la Constitución política plantea que:

Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia. La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad

competente su cumplimiento y la sanción de los infractores. Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás (Constitución política colombiana, 1991, 35).

La ley 1098 ley de infancia y adolescencia, manifiesta como finalidad

Garantizar a los niños, a las niñas y a los adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión. Prevalecerá el reconocimiento a la igualdad y la dignidad humana, sin discriminación alguna (Congreso de Colombia, 2006, 1)

Sumado a lo anterior dispone en los siguientes artículos orientaciones legales que deberán tener especialmente en cuenta los prestadores del servicio de salud:

Artículo 7. Protección integral: Se entiende por protección integral de los niños, niñas y adolescentes el reconocimiento como sujetos de derechos, la garantía y cumplimiento de los mismos, la prevención de su amenaza o vulneración y la seguridad de su restablecimiento inmediato en desarrollo del principio del interés superior. La protección integral se materializa en el conjunto de políticas, planes, programas y acciones que se ejecuten en los ámbitos nacional, departamental, distrital y municipal con la correspondiente asignación de recursos financieros, físicos y humanos.

Artículo 17. Derecho a la vida y a la calidad de vida y aun ambiente sano: Los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho a la vida, a una buena calidad de vida y a un ambiente sano en condiciones de dignidad y goce de todos sus derechos en forma prevalente. La calidad de vida es esencial para su desarrollo integral

acorde con la dignidad de ser humano. Este derecho supone la generación de condiciones que les aseguren desde la concepción cuidado, protección, alimentación nutritiva y equilibrada, acceso a los servicios de salud, educación, vestuario adecuado, recreación y vivienda segura dotada de servicios públicos

Artículo 27. Derecho a la salud: Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud integral. La salud es un estado de bienestar físico, síquico y fisiológico y no solo la ausencia de enfermedad.

Artículo 46. Obligaciones especiales del sistema de seguridad social en salud: Capacitar a su personal para detectar el maltrato físico y psicológico, el abuso, la explotación y la violencia sexual en niños, niñas y adolescentes, y denunciar ante las autoridades competentes las situaciones señaladas y todas aquéllas que puedan constituir una conducta punible en que el niño, niña o adolescente sea víctima (Ministerio de Protección Social, 2006, 3-7-11-28).

Adicionalmente es indispensable considerar los referentes legales que desde la educación pueden articularse a la propuesta. Entre ellos sobresalen la Política Nacional de Atención a la Primera Infancia, la Ley General de Educación, Ley 115 de 1994 y los Lineamientos Curriculares para Preescolar. Desde estas disposiciones y orientaciones se reconoce al niño como sujeto de derechos y al juego como el principal mediador en los procesos educativos.

Antecedentes teóricos e investigativos

Son numerosos los aportes que algunos psicólogos, psicoanalistas y pedagogos han realizado sobre el juego, específicamente al enfatizar la importancia del juego para

la salud mental y el desarrollo integral del niño, basando sus elaboraciones teóricas en diversas investigaciones y reportes de caso. Se destacan a continuación los siguientes:

Donald Winnicott: Desde la perspectiva de un pediatra y psicoanalista se resalta el concepto de juego y la salud mental, la construcción del sujeto a partir de la diada madre-hijo en un ambiente saludable, entendiendo por ambiente no sólo el ambiente físico sino también psicosocial en el que el nuevo ser humano se desenvuelve. Vale la pena resaltar las teorizaciones hechas sobre el psiquismo y el objeto transicional.

René Spitz: También pediatra y psicoanalista. Realiza aportes sobre el niño y la hospitalización que recoge en su trabajo investigativo en el texto el primer año de vida del niño, en donde enuncia el proceso de estructuración psíquica y las patologías de las relaciones de objeto y plantea algunas patologías tales como marasmo, hospitalismo y depresión anaclítica en contextos hospitalarios. De los postulados del autor se desprenden consecuencias importantes para la generación de ambientes hospitalarios saludables.

Jean Piaget: Epistemólogo genético quien realiza aportes invaluable a la educación y a la comprensión del desarrollo cognitivo del niño, poniendo especial interés en la acción sobre los objetos para el desarrollo cognitivo y moral, haciendo notar el valor del juego para el desarrollo.

Jhon Bowlby: Psiquiatra y Psicoanalista quien realizó estudios sobre el apego, el vínculo y la separación en el niño y la relación del niño con el juego y el juguete.

Sigmund Freud: En *Más allá del principio del placer* enuncia el lugar del juego para la constitución del sujeto y la aparición del juego simbólico. Este planteamiento es

necesario para comprender el lugar del juego en la subjetividad, para el abordaje interdisciplinario y la evaluación del niño.

Arminda Aberastury. Desde la perspectiva psicoanalítica plantea como los juegos y juguetes van cambiando en el transcurso del desarrollo.

Ilustración 1. Antecedentes

Antecedentes Legales

- **Internacionales:**
 - Definición de salud según la OMS..
 - Carta Europea sobre los niños hospitalizados. 13 de mayo de 1986.
- **Nacionales:**
 - Artículo 44 de la Constitución Política de Colombia.
 - Ley 1098, Ley de infancia y adolescencia.
 - Ley General de Educación, Ley 115 de 1994 (ed formal, informal y no formal).
 - Lineamientos curriculares para preescolar.

Antecedentes Teóricos Algunos pioneros

- **Spitz:** Concepto de hospitalismo, marasmo y depresión anaclítica en niños hospitalizados, importancia de un adecuado ambiente hospitalario y relación madre-hijo en el primer año de vida.
- **Piaget:** Valor del juego para el desarrollo del niño.
- **Bowlby:** Clasificación del apego madre-hijo.
- **Aberastury:** Aportes sobre juego y juguete para la vida emocional.
- **Winnicott:** Concepto de madre suficientemente buena,, handling holding y presentación de objetos. El niño en el hospital.
- **Frued:** Significado del juego y del juguete: conceptualización del juego de Fort-Da.

Marco teórico

Juego y juguete

Significado de juego y de juguete

El juego es una actividad que acompañado al ser humano durante muchos años, en él se realizan diferentes acciones lúdicas y recreativas, con el fin de disfrutar, entretener, alegrar y desarrollar capacidades, habilidades y aptitudes en las personas. De allí se deriva la importancia del juego en el desarrollo emocional y social del ser humano, especialmente durante su infancia. A través del juego se le da vida a un objeto, el juguete, el cual es una herramienta para interactuar con el medio y los demás, dando la oportunidad de explorar, descubrir y aprender.

Díez, 1984 (como se cita en Serrada, 2007) define el juego como un conjunto de actividades que se dirigen al esparcimiento, a la diversión, a la alegría, a la amabilidad, al relajamiento de tensiones, al ánimo festivo y, en último término, a no aburrirse. En la última década del siglo XX se pone de manifiesto la función del juego como precursor de la vida adulta, así lo refiere Beltrán, 1991 (como se citó en Serrada, 2007) y como potenciador del desarrollo integral del niño(a), según Linder, 1993 (como se citó en Serrada, 2007).

La teoría de la psicóloga M. Klein hace referencia al juego no sólo como la satisfacción de un deseo, sino como un triunfo, un dominio de la realidad que más duele, mediante un proceso de proyección de los peligros internos del mundo exterior. El juego permite al niño conocer el medio y aprender a desarrollarse en él.

Es una necesidad vital, inherente al ser humano, una herramienta de crecimiento y desarrollo (Penón, 2006, 127).

El juego es una necesidad es reconocer la forma específica con la que los niños abordan la realidad, sea física, social o intelectual. Pero, en la medida en que es necesario para alcanzar nuestra condición humana, se convierte también en un derecho. Los niños tienen derecho al juego como expresión directa de su condición de menores, del mismo modo que no cabe imputarles la plena responsabilidad de sus actos hasta que no hayan disfrutado del tiempo (¿y las circunstancias?) necesarios en sus vidas para poder desarrollar tal responsabilidad, para hacerse adulto (Linaza, 2003, 104).

Johan Huizinga, 1938 (como se citó en Linaza, 2003) planteó de modo magistral, la relevancia del juego como fenómeno cultural vinculándolo a funciones tan relevantes para el ser humano como el trabajo o el pensamiento. El juego deja de ser una manifestación más de la cultura para convertirse en ella misma.

El juguete, como un objeto cualquiera, se nombra así, ya que cualquier cosa puede ser un juguete, un palo puede convertirse en una espada o en un bastón de abuelo o porque no en un caballo; esto según la imaginación o creatividad de cada uno. Este objeto (juguete) juega un papel muy importante en el proceso de crecimiento del niño, potenciando todas sus dimensiones.

Los juguetes estimulan el desarrollo de habilidades, aptitudes y competencias en el ser humano y “son los objetos en los que generalmente se apoya el juego infantil. Estamos llamando juguete a cualquier objeto o material que el niño utiliza en sus juegos: una bola, un palo, su pie, etc.” (Contreras, 2006, 4).

Funciones del juego y del juguete

El juego y el juguete permiten que el sujeto sea un ser social, capaz de interactuar en su contexto y con los demás; por ende este tiene la posibilidad de crear diferentes experiencias y acciones, que pueden representar una gran influencia en su desarrollo.

Ilustración 2. Funciones del juego

Por medio del juego el niño:

Evoca

Representa

Hace

Experimenta

Simboliza

Descubre

Desea

Imita

PERMITE

-Diversión.

-Habilidades sociales.

-Desarrollo de la comunicación.

-Encuentro con sí mismo.

-Potencia la creatividad.

-Mediador de relaciones.

-Fortalece las dimensiones del desarrollo.

Según Riddle, 1990 (como se citó en Serrada, 2007) el juego permite al niño(a) realizar sus pensamientos y expresar sus sentimientos en un marco lúdico sin las restricciones de la realidad, posibilitando la asimilación de nuevas situaciones y experiencias. Por lo que el juego, como señaló “Erickson, tiene una doble función: lúdica y terapéutica, que ayuda al niño(a) a desarrollar estrategias de afrontamiento adaptativas, tanto en contextos cotidianos como en situaciones estresantes tales como la hospitalización” (Serrada, 2007, 640).

A través del juguete el niño inicia su autoconocimiento e interactúa, primeramente, con el mundo que lo rodea, lo que lleva a descubrir varias posibilidades que le ofrece y posteriormente interactúa con los otros. Al jugar el niño

se relaciona con su circunstancia y con el momento vivido dentro de un determinado contexto. Así mismo, los juguetes liberan temores, tensión, ansiedad y frustración; promueven satisfacción, diversión espontaneidad (De Espera, O. B. E. S., 2007, 2).

Como se ha mencionado anteriormente el juego y el juguete deben hacer presencia desde los primeros años de vida del infante aportando de esta manera a sus diferentes dimensiones y etapas de desarrollo.

De esta manera Fonseca nombra las funciones del juego así:

-Sensorio-motriz: En las primeras etapas del desarrollo, los niños(as) entran en contacto consigo mismos y con el ambiente a través de estímulos visuales, táctiles, auditivos y cenestésicos. Al ir madurando, sus movimientos se vuelven más diferenciados y aumentan en complejidad.

-Intelectual: El juego ayuda a los niños(as) a comprender su ambiente y, en función de las actividades realizadas, a potenciar distintos aspectos de su desarrollo intelectual: lenguaje, abstracción y relaciones espaciales, entre otras.

-Social: A partir del contacto con otros niños(as) aprenden a relacionarse con los demás, resolviendo los problemas que se presentan. También aprenden el rol sexual que socialmente se les atribuye.

-Creatividad: A través del juego el niño(a) puede experimentar con sus propias ideas y con materiales a su alcance, dejando fluir su imaginación y construyendo nuevos objetos.

-Autoconciencia: Ensayando con el juego el niño(a) aprende la constitución de su cuerpo, sus capacidades y sus roles.

-Moral: Con el juego el niño(a) ensaya y aprende límites respecto a las normas morales. Los juegos infantiles poseen sus propias reglas establecidas por los niños, que se deben acatar para formar parte del grupo (Fonseca, 2007, 640).

Así mismo las funciones del juguete según Contreras son:

-Ayudar al niño a satisfacer su gran necesidad de explorar, crear inventar, imaginar y fantasear.

-Favorecer la proyección de sus angustias, deseos insatisfechos y temores.

-Facilitar el desarrollo de las aptitudes físicas y mentales.

-Estimular el interés y el aprendizaje de los distintos roles sociales.

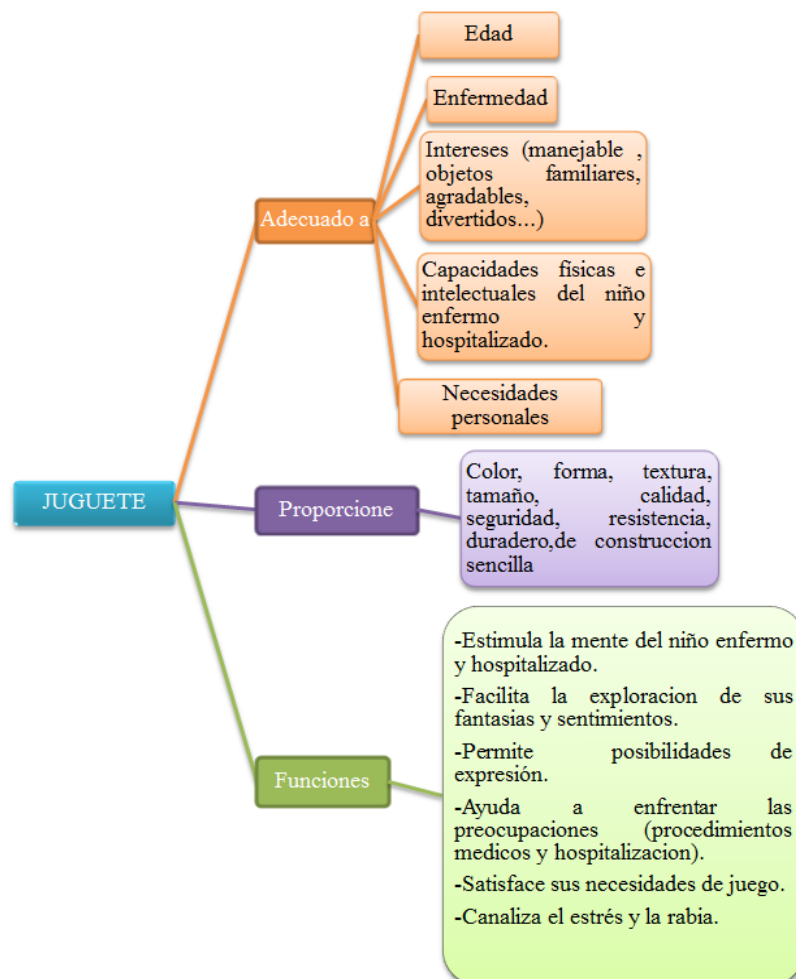
-Proporcionar placer y diversión (Contreras, 2009, p.4).

El juego, el juguete y el niño(a) hospitalizado

Teniendo en cuenta que el niño hospitalizado generalmente se siente confundido y amenazado, tanto por la enfermedad y el dolor, como por la necesidad de tener que hacer frente a la separación de su familia, su casa, y sus rutinas diarias; se plantea la necesidad del juego y del juguete en el ámbito hospitalario, como herramientas que promueven el desarrollo equilibrado del niño; visto como una posibilidad terapéutica y canalizador de miedos y angustias, que proporciona tranquilidad y seguridad al paciente y por ende, permitiendo una mejor estadía del niño en el hospital. “Por medio del juego se pueden disminuir de una forma significativa los miedos hospitalarios y preparar al niño(a) ante acontecimientos especiales, como por ejemplo, una intervención quirúrgica” (Fonseca, 2007, 642).

Así mismo Fonseca afirma que lo importante es potenciar la actividad lúdica en el hospital y, en este sentido, los juguetes se convierten en un punto de referencia que estimula al juego, convirtiéndose en elemento favorecedor de las relaciones infantiles con padres y hermanos, así como del resto de personas ajenas que entran a formar parte de la vida del niño(a) durante el período de la hospitalización. Se puede concluir este apartado afirmando que con el estímulo de la actividad lúdica por medio de los juguetes, se estará sin duda contribuyendo a una mejora en el estado de salud de los niños(as) hospitalizados (Fonseca, 2007, 643).

Ilustración 3. El juguete



El juego y el juguete pueden ser usados, también como uno de los recursos principales para proporcionar información al niño(a) sobre el hospital y los acontecimientos que le van a ocurrir, ayudándole a reducir su estrés ante los mismos y aumentando su cooperación. Por medio del juego se puede administrar información al paciente pediátrico, teniendo en cuenta su nivel de desarrollo y su capacidad de comprensión, utilizando materiales tan sugerentes para el niño(a) como pueden ser: libros, fotografías, equipos médicos, etc.; dándole, así mismo, la oportunidad de realizar ensayos o prácticas ante los eventos que le van a ocurrir.

No obstante, como lo nombra Fonseca, el juego no es sólo un importante recurso para administrar información al niño(a), ya que también proporciona una valiosa información al personal sanitario; observar al niño(a) mientras juega y ver cómo manipula o usa los materiales utilizados en su tratamiento, permite averiguar cómo ha interiorizado la información que ha recibido (sí ésta ha sido entendida, malinterpretada o rechazada) y cómo está viviendo su experiencia en el hospital; esto permite recoger los conceptos erróneos que el niño(a) se ha formado sobre la misma, observar y reducir sus fantasías (Fonseca, 2007, 643).

Ilustración 4. Funciones y características del juego en el hospital

Funciones del juego en el hospital

- Ayudar al niño a hacer frente a su experiencia hospitalaria, de forma positiva.
- Ayudar a estructurar el tiempo en el hospital.
- Fomentar la creatividad.
- Prevenir regresiones en el desarrollo.
- Reducir la ansiedad y el estrés en el niño, al permitir la libre expresión de sentimientos.
- Promover el desarrollo intelectual, social y de la personalidad.

Características del juego en el hospital

- Se encuentra restringido por las limitaciones físicas del niño.
- Es muy sensible a las condiciones ambientales, las características del entorno hospitalario entorpecen el desarrollo del juego en el niño.
- Se observa una inhibición del juego espontáneo, incluso puede dejar de jugar por completo.
- Es imprescindible estimular al niño para que juegue y venza su pasividad, apatía y aburrimiento.

Fuente: Flórez Lozano y Valdés Sánchez, 1995, pág. 181.

Jugando los niños ejercitan sus potencialidades y pueden revivir circunstancias que les causan mucha excitación y alegría, ansiedad, miedo o rabia. En esta situación mágica o desinhibida, ellos pueden expresar y trabajar diversas emociones. Esta dualidad entre lo real y lo imaginario permite al niño hospitalizado o en asistencia ambulatoria trasladar su rol de pasivo para asumir un desempeño activo en su tratamiento, pues cuando abrimos espacio para que el niño escoja y muestre lo que le gusta y sabe, se convierte en el propio agente de sus transformaciones (De Espera, O. B. E. S., 2007, 2).

Por ello el juego y el juguete cumplen un papel importante en el proceso de recuperación del niño hospitalizado, siendo estos, una fuente de conexión de vínculos, y una herramienta terapéutica que mitiga los efectos causados por la hospitalización.

Entre las diferentes funciones que se asignan al juego en el contexto hospitalario se encuentran las propuestas por González, Benavides y Montoya que se presentan a continuación:

- Acelerar la recuperación del niño(a)
- Facilitar la comprensión de la enfermedad
- Promover el desarrollo del niño(a)
- Favorecer el afrontamiento de la hospitalización
- Establecer rapport con el personal sanitario
- Facilitar la comunicación con el niño(a)
- Potenciar la confianza en el personal sanitario
- Facilitar la cooperación del niño(a)
- Informar sobre la hospitalización
- Preparar al niño(a) para los procedimientos invasivos
- Facilitar la expresión de sentimientos y pensamientos
- Convertir la hospitalización en una experiencia positiva.

Así, en la práctica hospitalaria, aunque se usan de forma simultánea, se distinguen tres funciones de las actividades lúdicas:

-Juego como recreación: sirve al niño(a) como entretenimiento o diversión durante aquellos períodos de tiempo en los que no hace nada, o casi nada, mientras permanece en el hospital.

-Juego como educación: proporciona al niño(a) estímulos que le favorecen un adecuado desarrollo.

-Juego como terapia: sirve al niño(a) para expresar miedos, ansiedades y preocupaciones sobre lo que ocurre durante su estancia en el hospital (González, Benavides, y Montoya, 2000, 95-118)

Por todo lo anterior, el juego es la actividad rectora del desarrollo; porque jugando el niño entiende y descubre el mundo que lo rodea, expresa sus sentimientos, emociones e intenciones de manera libre y natural; da rienda suelta a su imaginación y satisface sus necesidades físicas y de recreación.

Así mismo, el juguete no sólo posibilita que el niño aprenda, conozca y descubra explorando, sino que además, abre sus alas a la creatividad y el disfrute. Es un hecho indiscutible que en la etapa de la infancia, el juego y el juguete son la ocupación principal del niño; este binomio estimula las dimensiones del desarrollo (corporal, cognitiva, socio-afectiva, estética, ética y comunicativa); posibilita al infante expresar en acción sus impulsos, sentimientos y fantasías y además, forjar ideales y valores para el futuro. No debemos olvidar que niños y niñas fantasean, imaginan y crean, interpretando la vida y el mundo a través del juego y del juguete.

No obstante Valdés y Flórez, 1995 (como se citó en Fonseca, 2007) afirman que en algunos casos la hospitalización infantil puede convertirse en una situación altamente estresante, en este sentido, el juego puede cumplir una función terapéutica esencial al favorecer la continuidad en el desarrollo del niño(a) y aminorar los efectos negativos de la hospitalización.

Por ende la importancia de fomentar espacios que permitan el desarrollo del juego, ya que las especiales funciones que este puede cumplir en dichas situaciones,

posibilitan que el niño comprenda y afronte con facilidad momentos incómodos para él; y represente situaciones conflictivas y deseos insatisfechos.

Adicionalmente, el juego y el juguete pueden ser utilizados, como uno de los recursos principales para proporcionar información al niño(a) sobre el hospital y los acontecimientos que le van a ocurrir, ayudándole a reducir su estrés ante los mismos y aumentando su cooperación. Es una herramienta de trabajo, que permite intervenir al paciente pediátrico, y así mismo proporcionar información para quien lo necesite (médico, enfermera, pedagogo, familia).

Por lo mencionado anteriormente, es imprescindible no olvidar que la Carta Europea Sobre los Derechos de los Niños Hospitalizados del 13 de Mayo de 1986, resalta la importancia del juego y del juguete durante la permanencia del niño en el hospital (Derecho 11 y 12); así mismo es nombrado en el artículo 44 de la Constitución Política de Colombia y en los Lineamientos Curriculares para Preescolar, al juego como un derecho y como el motor del desarrollo del niño.

Hospitalización infantil

La enfermedad

Durante el proceso de desarrollo, un niño vivencia múltiples adaptaciones a lo largo de su vida, una de las más complejas, es el caso de aquellos niños que deben hacer frente a una enfermedad, ya que implica alterar su ambiente, generarle un desequilibrio y por ende una reestructuración de su vida.

Aunque el ser humano desde que nace esta propenso a enfermarse, vivimos en una sociedad aséptica que da la espalda a la enfermedad. Los niños no

acostumbran a ir a visitar los familiares o amigos enfermos en el hospital. Esto dificulta su aprendizaje cuando tienen que enfrentarse a un proceso de hospitalización. No es fácil asimilar la ruptura de la vida diaria, y más si de repente se ven inmersos en un entorno desconocido y hostil (Penón, 2006, 10).

A medida que el niño va creciendo y desarrollando sus procesos cognitivos, va comprendiendo la enfermedad y aumentando la incertidumbre frente a lo que se está enfrentando, lo cual genera en él mayor estrés y ansiedad si no ha recibido una adecuada “educación para la enfermedad” que le permita concebir y afrontar la experiencia hospitalaria (González, 2006, 6).

Por lo anterior, según Susman, Dorn y Fletcher, 1987 (como se citó en Sánchez y Flórez, 1995) el nivel de comprensión por parte del niño del proceso de enfermedad y de las causas que lo producen va a depender de su edad y nivel de desarrollo intelectual; parece ser que los niños de mayor edad y por tanto de mayor nivel de desarrollo cognitivo muestran, en relación a los niños más pequeños, una mejor comprensión del proceso, tanto si se refiere a la enfermedad en general como a su propia enfermedad.

Así mismo, la personalidad del niño condicionará la reacción ante la enfermedad, ya que según Carrasco, 2008 (Como se citó en Pérez y Rubio, 2013) es posible discernir entre tres tipos de afrontamiento: los manifestados por aquellos niños categorizados como *dependientes*, grupo que, ante el malestar sobrevenido, se refugian en la familia, tornándose vulnerables y demandantes de una atención permanente. Ante esta actuación, los padres tienden a adoptar una actitud sobreprotectora. En el otro extremo, se hallarían los niños *retraídos*, quienes tienden a

aislarse y mostrarse distantes. El tercer tipo de afrontamiento, lo constituye el evidenciado por pacientes que adoptan conductas *desafiantes* ante la enfermedad, inconscientes del posible riesgo que su comportamiento puede acarrear.

Pero además de todo lo mencionado anteriormente, la enfermedad tiene un importante efecto en la modificación del autoconcepto del niño enfermo, aumentando considerablemente sus niveles de ansiedad. Ya que Viney, 1983 (como se citó en Sánchez y Flórez, 1995) denominó con el término “imágenes de enfermedad” a la imagen corporal que se autoconstruye cualquier persona con una determinada enfermedad; la cual influirá decisivamente en su comportamiento, originándole sentimientos de ansiedad, indefensión, depresión, inseguridad, aislamiento y temor.

Por todo lo anterior, como señalan Lizasoain y Polaino, 1988 (como se citó en Sánchez y Flórez, 1995) el descubrimiento de una enfermedad hace al niño un ser vulnerable, dependiente, con una baja autoimagen y un aumento de los sentimientos de falta de autoeficacia.

No obstante, según Lizasoain y Polaino, 1988 (como se citó en Sánchez y Flórez, 1995) el modo en que la enfermedad va a afectar al normal proceso de desarrollo está influenciado por varios factores, tales como:

- La naturaleza de la enfermedad.
- El momento evolutivo en que aparece.
- Su pronóstico, limitaciones y retrasos asociados que conlleva.
- Los antecedentes personales, familiares e historia biográfica del niño que padece la enfermedad, así como sus rasgos de personalidad.

-La respuesta de la familia a la enfermedad y los refuerzos que el niño recibe como consecuencia de la misma.

La manera en que el niño se comporte ante la enfermedad evidencia las estrategias de las que parte para reducir el impacto de la situación traumática sobrevenida. Es frecuente que la población infantil, consecuencia de sus escasas experiencias, no cuente con las habilidades adecuadas para afrontar de forma pertinente la enfermedad. Por ello, será preciso que los profesionales enseñen de forma explícita al niño recursos que permitan sobrellevar las circunstancias acontecidas. Éstos, irán especialmente encaminados a mermar el impacto y consecuencias que la situación traumática de la enfermedad ocasiona. Reviste gran importancia dotar al niño hospitalizado de las habilidades precisas para afrontar la situación en el momento preciso en que acontece (Pérez y Rubio, 2013, 173).

La hospitalización

El hospital, que es un agente estresor por sí mismo y como señala Moor, 1973 (como se citó en Sánchez y Flórez, 1995) es por un lado un sitio desagradable donde nuestro cuerpo está sometido a intervenciones dolorosas y por otro un lugar que debe proporcionarnos alivio y curación.

Suele ser un escenario carente en estímulos, incómodo, monótono y que incrementa la vulnerabilidad del paciente; sin embargo, la hospitalización es una condición para que el niño enfermo, recupere su integridad como persona y pueda reincorporarse a la sociedad.

Una vez que el niño ha ingresado en el hospital se enfrenta a una situación totalmente empírica y opuesta a todas las que conoce y a vivenciado hasta el momento, lo cual le genera constantemente episodios de ansiedad e inseguridad.

En la mayoría de los casos, los niños que están hospitalizados se encuentran internos no por su iniciativa o preocupación personal, sino que son conducidos por un cuidador familiar que es la persona encargada, siendo generalmente sus padres. Por tanto, el niño no sólo no ha sido preparado para esta experiencia, sino que a veces es engañado para lograr su ingreso en el hospital.

Cuando un niño es hospitalizado, entra en un medio desconocido y hostil, que le exige constantes adaptaciones y múltiples cambios (inmovilización, nuevos horarios y normas, restricción de desplazamiento, relación con personas desconocidas, pérdida de contacto con sus seres queridos, experiencias de dolor...), esto conlleva a que el niño se sienta irrespetado por invadir su intimidad, tanto de su espacio físico, como de su intimidad corporal y personal.

Pero además, la experiencia de hospitalización suele ser una vivencia negativa y compleja para todo niño, ya que implica alterar su vida cotidiana, es decir, su rutina, escolarización, socialización y entorno familiar; a esto se suma, la cantidad de procedimientos médicos, dolorosos y molestos que tiene que tolerar para recobrar su salud.

Esta experiencia es explicada por Guellert, 1958 (como se citó en Sánchez y Flórez, 1995) de la siguiente manera: para el niño el hospital es como un país extranjero, a cuyas costumbres, lenguaje, horarios y rutinas debe aprender a adaptarse.

Todo ello puede propiciar un obstáculo a la recuperación del niño, ya que le genera ansiedad y malestar tanto físico, como emocional y por ende, puede ocasionar una estancia más prolongada del paciente en el hospital.

Es por ello, que en muchas ocasiones la hospitalización suele ser un obstáculo en el proceso de desarrollo del niño, puesto que su estado de vulnerabilidad puede afectar sus niveles físicos, emocionales, sociales e intelectuales.

Adicionalmente, la enfermedad y la hospitalización, despierta en el niño sentimientos de culpa y tristeza; el temor de una ruptura con el vínculo familiar habitual y ocasiona en este, momentos de miedo y angustia, llevándolo a desarrollar inseguridad, dependencia de terceros y por ende baja autonomía; así mismo, se observa que ante la hospitalización, el niño es un ser sensible e indefenso, dependiente y afligido, por consiguiente, la importancia de fortalecer su autoestima y autonomía, como elementos claves para que comprenda la enfermedad y afronte su proceso de hospitalización.

La hospitalización, significa una interrupción en el proceso de crecimiento que los puede afectar a todos los niveles (físico, psíquico, social e intelectual). La gran ruptura que se produce en su vida puede tener distintos efectos:

Físico: entorno extraño y agresivo (inyecciones, curas, medicaciones...). Tratamientos que pueden provocar dolor, vómitos, cefaleas... Limitaciones propias de la enfermedad como la inmovilidad. Trastornos en las respuestas psicofisiológicas (sueño, comportamiento...).

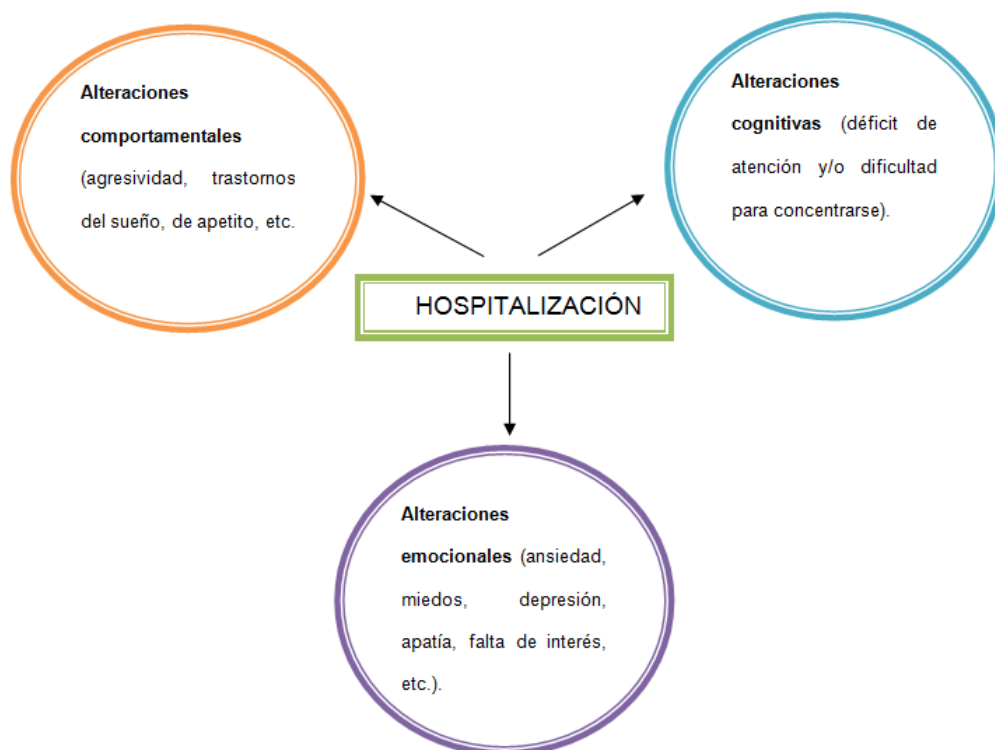
Emocional: angustia, ansiedad, apatía, miedo, frustración... La pérdida de autonomía y actividad puede derivar en regresiones en los hábitos y los

comportamientos. Es posible que al manifestarse la enfermedad, nazca un sentimiento de culpabilidad. Ante el ingreso pueden reaccionar con una respuesta de protesta activa (irascibilidad, oposición...) o una respuesta excesivamente adaptada (silencios, vergüenza, pasividad...)

Social: ruptura con el vínculo familiar habitual y con su grupo de amigos. En el hospital aparecen nuevas relaciones y nuevos vínculos (Penón, 2006, 125).

Además, según Lizasoain, 2003 (como se citó en Cárdenas y Noguero, 2005) en el proceso de hospitalización del paciente, se pueden producir consecuencias negativas, en las que las secuelas más comunes se pueden apreciar en el siguiente gráfico:

Ilustración 5. Hospitalización



El niño hospitalizado además de sobrellevar todos estos estímulos comunes a toda experiencia hospitalaria mencionados anteriormente, tiene que adaptarse a este nuevo escenario; sin embargo, el paciente no está preparado para enfrentarse a la experiencia de hospitalización, sólo quien haya tenido una hospitalización previa, quien tenga conocimientos e información inicial, apoyo y acompañamiento de su familia y mucha fortaleza, enfrentará de manera más positiva y eficaz dicha experiencia.

La adaptación del paciente a este nuevo ambiente, es de vital importancia, ya que posibilita que afronte de manera más positiva la experiencia de hospitalización; sin embargo, para que el niño se familiarice en este nuevo contexto, es necesario el apoyo y afecto de la familia; el trato sensible y cariñoso del personal de salud y apoyo; el ofrecimiento de lugares para el juego, el disfrute y el esparcimiento...es decir, implica un trabajo interdisciplinario para la construcción de un lugar y un ambiente lo más cercano a la vida diaria del niño.

No debemos olvidar que “un niño hospitalizado es, por encima de todo, un niño. Si bien es cierto que la hospitalización le confiere unos rasgos característicos que lo convierten en paciente, no podemos olvidar que hablamos de un niño o una niña” (Penón, 2006, 123), esto significa, que es un ser único e irrepetible, social, con derechos y deberes, que necesita del juego, del afecto y acompañamiento del adulto; sin embargo, cuando el niño es hospitalizado, se establece atención a la enfermedad y a su curación y se olvida automáticamente las necesidades y demandas fundamentales de este: su interés por explorar, jugar, aprender, descubrir, comunicarse...

Un niño enfermo y hospitalizado necesita que lo escuchen, precisa la comprensión de su enfermedad, de sus deseos, sentimientos y emociones, es decir

reclama que se sitúen en su lugar; éste demanda cuidado, apoyo, atención, ayuda, amor; requiere de juegos, juguetes, espacios recreativos y momentos de interacción con los demás.

No comprenderlos hace que se sientan solos y sean más propensos a estar tristes, además influye considerablemente el alejamiento de la familia por la enfermedad y las carencias afectivas derivadas por padres desinteresados y apáticos, que no contribuyen al acompañamiento para una mejor estadía y recuperación del niño en el hospital.

Los padres y la familia ante la enfermedad y hospitalización del niño

La hospitalización es una experiencia compartida, puesto que aunque el paciente pediátrico es el ser más vulnerable en este contexto, los padres también entran en un estado de pánico, estrés y ansiedad ante la enfermedad y hospitalización de su hijo.

Se observa que los padres ante la hospitalización del niño, en algunos casos, tras una primera fase de asombro y confusión emocional como señalan Bakwin y Bakwin, 1974 (como se citó en Sánchez y Flórez, 1995) presentan una serie de reacciones inadecuadas que pueden ir desde la hiperprotección, hiperansiedad e indulgencia excesiva hasta la negación de la enfermedad y problemas para aceptar la incapacidad del niño, así como comportamientos de rechazo y aislamiento del pequeño de la célula familiar, sobre todo en los casos de niños con enfermedades graves o crónicas. A la vez que se suele producir una sensación de culpabilidad que cada cónyuge intenta descargar sobre el otro o que bien proyectan sobre el personal

hospitalario, como lo refieren Farley y cols, 1980 (como se citó en Sánchez y Flórez, 1995).

En cualquier caso, la ansiedad evidenciada por la familia se hallará condicionada por aspectos tales como la edad del niño, la gravedad de la enfermedad y su pronóstico, el tipo de tratamiento empleado, la evolución del hijo y la adaptación al centro sanitario, así lo refieren López y Fernández, 2006 (como se citó en Pérez y Rubio, 2013).

Adicionalmente, la hospitalización tiene considerables efectos en la familia, descritos a continuación:

-Ruptura de los vínculos y del ritmo familiar. En las hospitalizaciones de larga duración, los niños acostumbran ir acompañados de uno de los padres (habitualmente la madre), creciendo el vínculo con este progenitor.

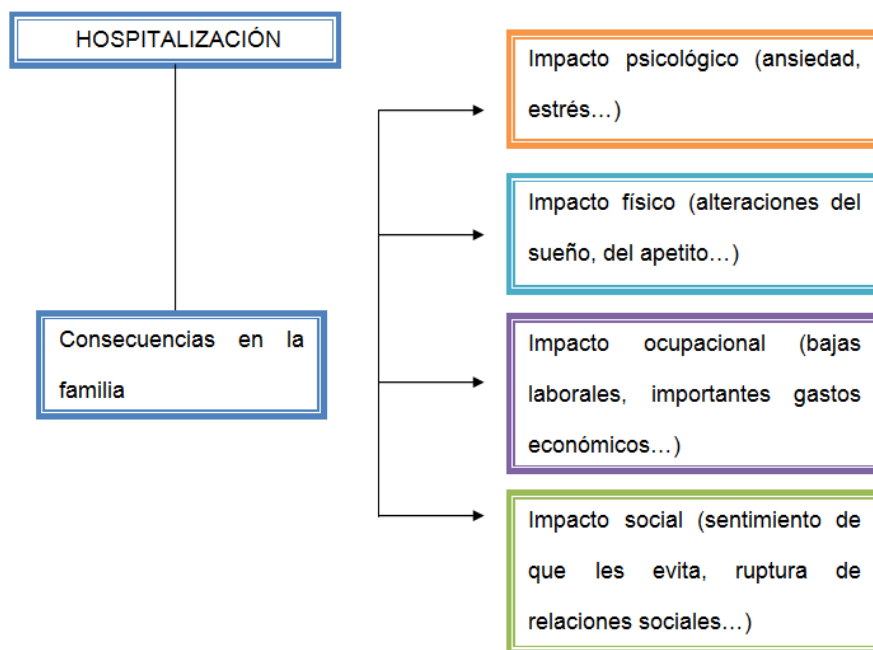
-Repercusiones en los vínculos con la pareja (los vínculos se pueden fortalecer o bien destruir debido al gran estrés sufrido; por esto es importante el soporte psicológico).

-Repercusiones en los vínculos con el resto de hijos/as (se pueden manifestar celos, regresiones, etc., en los hermanos/as del niño enfermo).

-La enfermedad del hijo/a produce efectos como el miedo y la angustia por parte de los padres. De ello se deriva que puedan cambiar la relación con el niño (sobrepotección, dependencia...) (Penón, 2006, 125-126).

Incluso, según Lizasoáin, 2003 (como se citó en Cárdenas y Noguero, 2005) las consecuencias más comunes que tiene la hospitalización en la familia son:

Ilustración 6. Consecuencias de la hospitalización en la familia



La pedagogía hospitalaria como alternativa

Una estrategia para mitigar los efectos de la enfermedad y la hospitalización sobre el niño; brindar una atención integral en salud y promover el desarrollo armónico e íntegro de este, es la pedagogía hospitalaria que se convierte en una alternativa de gran importancia; ya que como señala Lizasoain, 2000 (como se citó en Rumeu, 2000) se ocupa de la atención educativa al niño enfermo u hospitalizado, de manera que no se retrase en su desarrollo personal ni en sus aprendizajes, a la vez que procura atender a las necesidades psicológicas y sociales generadas como consecuencia de la hospitalización y de la concreta enfermedad que padece el niño (a).

Con la atención pedagógica se pretende ayudar al niño para que en medio de esa situación negativa por la que atraviesa, pueda seguir desarrollándose en todas sus facetas personales con la mayor normalidad posible. El desglose de esta

finalidad general, da lugar a una amplia relación de objetivos, de medios y de procedimientos entre los que se elegirán los más adecuados, según sea la situación personal de cada niño (Lizasoáin, 2005, 6).

El modo de actuación, de intervención, a través de la pedagogía hospitalaria - entendida como la rama diferencial de la pedagogía que se ocupa de la atención educativa al niño enfermo u hospitalizado-, puede dividirse en cuatro grandes grupos, así lo refiere Lizasoáin, 2000 (como se citó en Lizasoáin, 2005):

- Enseñanza escolar.
- Actividades lúdico-recreativas.
- Orientación personal y familiar.
- Estrategias psicopedagógicas específicas de intervención.

Por lo anterior, no debemos olvidar que la mayoría de los niños que ingresan en un hospital están escolarizados, por lo que al ingresar rompen con esta actividad escolar que le es propia. La escuela en el hospital trata de mitigar los efectos de esta ruptura, de esta discontinuidad en la vida del niño enfermo y hospitalizado, cumpliendo las siguientes funciones:

- Educativas: evitando la pérdida del hábito intelectual y del esfuerzo personal; así como fomentando la conciencia de responsabilidad.
- Compensatoria: compensando “las lagunas” que existían en el niño, a nivel de aprendizajes motivados por sus ausencias a clase y por la propia enfermedad.
- Preventiva: evitando el retraso escolar y favoreciendo la readaptación del niño cuando regrese al colegio.

-Terapéutica: combatiendo el síndrome hospitalario, favoreciendo la adaptación al hospital, logrando una despolarización respecto de la enfermedad (al desviar la atención hacia actividades escolares) y evitando el aburrimiento.

-Normalizadora: integrando en la experiencia hospitalaria las actividades escolares que son una parte muy importante de la vida cotidiana de un niño.

-Integradora: tratando de que el niño trabaje en grupo, se socialice y aprenda a convivir con otros pacientes (Lizasoán y Ochoa, 2003, 81-82)

Adicionalmente, Lizasoán y Lieutenant, 2002 (como se citó en Chávez, 2013) postulan que un objetivo primordial de la pedagogía hospitalaria es que el niño hospitalizado pueda ser resiliente a la experiencia y que esta le sirva de aprendizaje para el resto de su vida, aprendiendo a afrontar situaciones adversas, utilizando estrategias de afrontamiento positivas, de manera que en el futuro pueda salir adelante ante cualquier situación negativa que se presente.

Es un hecho que el proceso educativo es un derecho del niño hospitalizado, durante su permanencia en la institución sanitaria:

Derecho a proseguir su formación escolar durante su permanencia en el hospital, y a beneficiarse de las enseñanzas de los maestros y del material didáctico que las autoridades escolares pongan a su disposición, en particular en el caso de una hospitalización prolongada (Parlamento Europeo, 1993, 70).

De esta forma, el paciente pediátrico precisa que le sean atendidas no solamente sus necesidades médicas y físicas, sino además, requiere de una intervención educativa.

No obstante, las necesidades educativas derivadas de la enfermedad y hospitalización del niño, precisan diseñar y realizar adaptaciones curriculares en metodología, contenidos y actividades atendiendo a la enfermedad, permanencia en el hospital, intereses, características y edad del paciente, puesto que no podemos apuntar a una pedagogía convencional porque hablamos de una población en situación de vulnerabilidad.

El pedagogo hospitalario o el educador en el medio hospitalario

La separación de niño de su entorno, y sobre todo de las figuras referentes, provocan sentimientos de abandono, angustia, tristeza, rechazo; por esta razón es fundamental que en los hospitales infantiles exista la figura de un profesional que represente un vínculo agradable y de confianza (educador, pedagogo...). La figura de alguien que el niño no asocie con el dolor. Trabajar en un medio hospitalario significa:

- Conocer las necesidades y características de cada etapa evolutiva
- Conocer las limitaciones que supone la hospitalización dependiendo de la enfermedad (inmovilizaciones, conexiones a bombas, tratamientos con horarios muy seguidos...)
- Conocer la normativa del hospital respecto a seguridad, horarios de tratamientos, comidas e higiene
- Ser asertivo. Ponerse en el lugar del niño enfermo y aprender a interpretar lo que pide. Los niños pasan muchas horas de soledad, y la capacidad de escucha puede ser nuestro mejor aliado. A veces, sólo nos piden esto: ser escuchados

-Ser paciente y comprensivo. Los niños pueden presentar cambios repentinos de humor por causas que nada tienen que ver con nosotros. También a ellos se les hace difícil comprender estos cambios.

-Tener suficientes habilidades sociales para ser capaces de trabajar tanto con los niños como con sus padres, cuando la situación lo demanda

-Tener recursos lúdicos para saber jugar con niños de distintas edades al mismo tiempo o adaptar un juego a la necesidad concreta de un niño (sillas de ruedas, aislamiento en una habitación, etc.) (Penón, 2006, 128).

A modo de conclusión, y ya para terminar, establecemos los roles del pedagogo hospitalario:

1. Mantener contacto con los profesionales de la salud para adquirir un mayor conocimiento sobre las implicaciones de la enfermedad y sobre la condición médica del paciente pediátrico. Dentro de la línea de colaboración interprofesional, también podrá informar oportunamente al personal médico acerca del proceso de desarrollo infantil, de las características propias del niño y de la dinámica familiar.

2. Realizar una evaluación psicosocial de la situación personal y familiar del niño enfermo.

3. Canalizar toda la información recibida para elaborar y aplicar estrategias apropiadas de intervención educativa, que permitan al niño y a la familia enfrentarse, de manera más positiva, con los factores derivados de la enfermedad y de la hospitalización.

4. Llevar a cabo un seguimiento escolar del paciente pediátrico, colaborando con el profesorado del niño tanto dentro como fuera del hospital.

La figura del pedagogo se convierte así en elemento decisivo para el ajuste psicológico, social y educativo del niño enfermo crónico, actuando de intermediario entre el personal sanitario, la familia y el profesorado (Lizasoáin y Ochoa, 2003, 83-84).

Mediación de los padres

La vida es una sucesión constante de cambios que superamos con la ayuda de los demás, por lo anterior, la mediación tiene como objetivo acompañar, apoyar y proporcionar al niño seguridad, confianza y afecto, para enfrentar las diferentes situaciones que se le presentan en su vida, como en este caso, para hacer frente a la enfermedad y al proceso de hospitalización. Por tanto, se entiende la mediación como el proceso de comunicación e interacción social que se produce en un clima de empatía, reciprocidad y mutua aceptación entre los protagonistas.

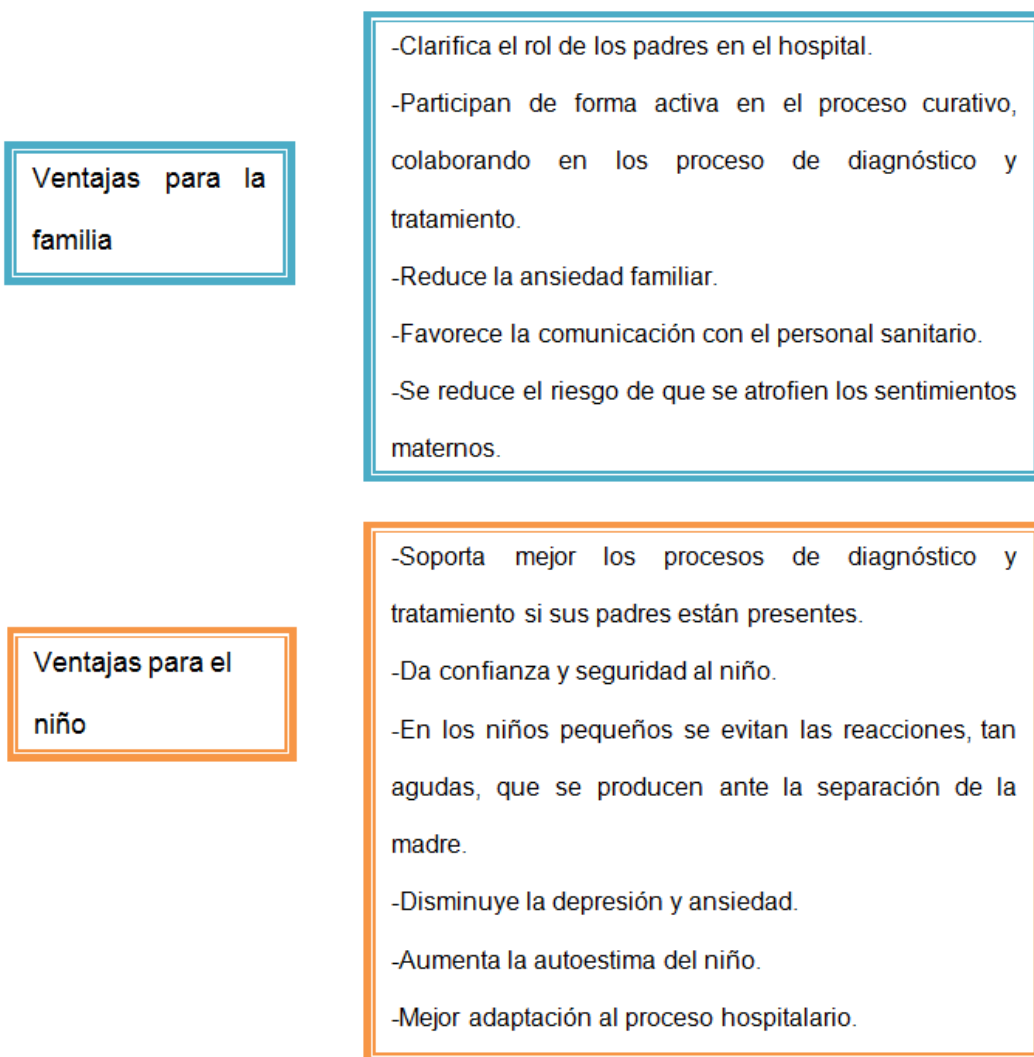
La mediación es un recurso esencial para potenciar y promover el desarrollo integral del infante, incluso, la interacción con los padres produce estímulos, que le ayudan al niño a soportar mejor los diferentes tratamientos, a aminorar los efectos de la enfermedad y la hospitalización y a adaptarse al ambiente hospitalario, mientras se encuentra en la institución sanitaria. Si esta mediación es escasa, puede generar consecuencias negativas, reacciones regresivas, conductas ansiosas y depresivas, por parte del niño:

Según Luna y cols, 1978 (como se citó en Sánchez y Flórez, 1995) el hospitalismo es la serie de trastornos que sufre el niño internado, como consecuencia de la carencia más o menos larga del clima familiar, que incluye la separación de la

madre, la introducción de un ambiente extraño y las carencias de las relaciones afectivas propias del individuo.

Por ello, el apoyo fundamental para el niño durante su proceso de hospitalización, es tener a sus padres junto a él, ya que suelen ser estos los que le proporcionan una sensación de seguridad, estimulan su autoestima y capacidades, por consiguiente, la presencia de los padres en el hospital tiene importantes ventajas tanto para la familia y el personal sanitario, como para el niño; las cuales serán expuestas a continuación:

Ilustración 7. Ventajas de la presencia de los padres en el hospital



Ventajas para el
personal sanitario

- Facilita el trabajo asistencial.
- Los padres proporcionan importantes observaciones al personal sanitario sobre el niño.
- El personal de enfermería se ve liberado de trabajos rutinarios.
- Disminuye el coste de la hospitalización.

Fuente: Ventajas que produce la presencia de los padres en el hospital. Sánchez, C. A. V., & Lozano, J. A. F. (1995), pág. 154.

No obstante, la presencia de los padres en el hospital debe de ser activa y asertiva, buscando siempre la atención integral al niño, ya que como se plantea desde la Carta Europea de los Derechos del Niño Hospitalizado, el niño tiene derecho a “estar acompañado de sus padres o de la persona que lo sustituya, el máximo tiempo posible, durante su permanencia en el hospital no como espectadores pasivos sino como elementos activos de la vida hospitalaria del niño” (Parlamento Europeo, 1986, 1) por ende, las funciones que deben desempeñar los padres en el hospital según Álvarez y cols, 1982 (como se citó en Sánchez y Flórez, 1995) son:

1. Permanecer al lado del paciente.
2. Atender integralmente al niño (baño, alimentación, entretenimientos...).
3. Mantener la higiene, la educación y la disciplina en la habitación.
4. Colaborar en las actividades educativas.
5. Fomentar el juego y el aprendizaje escolar.
6. Facilitar a la enfermera el cumplimiento de las indicaciones médicas.

7. Informar sobre el estado de salud del niño.

Incluso como señalan Fischman y Friedland, 1986 (como se citó en Sánchez y Flórez, 1995) los padres deben estar presentes durante los exámenes y procedimientos con un objeto o juguete favorito y deben permanecer en completa calma, dándole al niño tanto control sobre los mismos como sea posible.

Por lo anterior, no debe privarse al paciente pediátrico del acompañamiento de sus padres cuando está hospitalizado, puesto que es allí cuando más necesita de su ayuda, presencia y afecto; no obstante, evidenciamos que regularmente los padres del hospital, no responden a las necesidades especiales de su hijo: su interés por explorar, descubrir, jugar, construir un mundo de interacciones y estar al lado de una persona que le brinde información, apoyo, amor y consuelo. Por ende, desde una mirada interdisciplinar de la enfermedad, se evidencia que detrás de la piel reseca, edematizada y la escabiosis se refleja una historia de dificultades vinculares que evidencian escasa sensibilidad y empatía, manifestándose en negligencia, abandono ó maltrato: “Lo dejé al cuidado de una vecina y lo encontré así”, “le cayó una enfermedad” “no quiere comer, “con la abuela come y conmigo no”, “vomita”, “no me recibe la comida”, “está ojeado“. **¿Cierto que hay miradas que secan a un niño?;** insensibilidad de los padres, frente a las necesidades emocionales y físicas de su hijo como el cambio de pañal, el aseo en general y las manifestaciones afectivas.

En estos casos, cuando el vínculo no está asegurado, es altamente probable que el niño reingrese a hospitalización, incluso si no existe una mediación sólida entre padres e hijos, es probable que el niño perdure por más tiempo enfermo, afectando su desarrollo emocional, físico y mental, por ende, una mediación que no es constante y

firme, puede generar ciertas características negativas en el paciente, ya que la falta de tiempo, la incomprensión de la enfermedad, la poca estimulación y el no acompañamiento, generan en el niño comportamientos alterados; ya que suelen ser pacientes activamente ansiosos o extremadamente pasivos y todo ello, influye en la realización de sus dimensiones, afectando su crecimiento.

Por el contrario, si existe una mediación asertiva, esto genera en el niño seguridad y autonomía, pero en ocasiones esta autonomía puede generar separación entre él y los suyos, ya que los padres al observar cierta independencia en los niños, creen entender que su apoyo o compañía no es necesaria en el momento de jugar o interactuar con su hijo, siendo indiferentes y ausentes. Por tanto, es importante resaltar el valor del vínculo padres-hijo desde el nacimiento del infante, ya que en su proceso de desarrollo humano, es indispensable que exista una relación de reciprocidad, donde haya una comunicación física y verbal. Observar, tocar, hablar e interactuar, son manifestaciones que contribuyen a un buen desarrollo de las relaciones, las respuestas entre él y su familia representan recobrar su salud, bienestar y desarrollo socio-afectivo y la ausencia de esta, genera en el paciente depresión, ansiedad y tristeza e influye negativamente en su vida emocional y personal.

He aquí la importancia del juego, como vía privilegiada de encuentro y comunicación entre niños y padres, es decir, como una herramienta que posibilita el restablecimiento de vínculos afectivos, puesto que el juego, los juguetes y la estimulación, son tan importantes como la alimentación y la higiene del niño.

La interacción madre-hijo tiene un carácter protagónico para impulsar el desarrollo infantil, a partir de una base fundamental, como la relación afectiva entre los

integrantes de la díada, que le permitirá a la madre y/o cuidador ejercer el rol de manera óptima. Los factores psicológicos implícitos en la relación madre-hijo, en términos de interacción afectuosa y cognitiva, están asociados con un crecimiento y desarrollo adecuado

Metodología

Enfoque de Investigación

Investigación de corte cualitativo, que busca comprender la realidad social, la interacción de los sujetos, el rescate de la interioridad priorizando los valores, los pensamientos, las visiones y la realidad subjetiva e intersubjetiva. La presente investigación conjuga en este sentido, la interpretación de textos y la interpretación de la experiencia humana; en consecuencia, el discurso de los participantes, las maneras de actuar, de pensar, de comunicarse y el interactuar de las personas será el insumo primordial para comprender el fenómeno objeto de estudio.

Nivel de la investigación

Descriptivo.

Tipo de investigación

Se elige el estudio de caso, puesto que aborda un contexto particular y se espera encontrar características frente a una experiencia concreta y común de los sujetos que participan. Se pretende hacer un trabajo narrativo y hermenéutico buscando de esta manera alcanzar la mayor comprensión de las experiencias de los sujetos en un contexto particular.

Estrategia metodológica

Como estrategia metodológica se empleó la revisión documental, la observación no participante y la entrevista semiestructurada.

Población y muestra

Se seleccionaron 6 familias, del Hospital Santa Ana teniendo en cuenta algunos criterios de selección que permitan la comprensión del objeto abordado como:

- Tipología de familia: Puede ser nuclear, compuesta o extensa pero es necesario que el acompañamiento en hospitalización lo realice al menos uno de sus padres.

- Estancia en el hospital: igual o mayor a 8 días

- Características: se seleccionaron de acuerdo a la calidad del vínculo el cual se rastrea desde el Comité de ingreso que realizan los profesionales de la Clínica Infantil Santa Ana. Esta selección permitió dar cuenta de las diferencias en la mediación de las familias frente a la hospitalización infantil desde las subcategorías para la mediación donde se pueda evidenciar bien sea: reciprocidad, intrusión y abandono.

Técnicas e instrumentos de recolección de información

Se utilizó el diario de campo para registrar la observación atendiendo a las categorías de análisis. Se registró a través de videos las interacciones de las familias seleccionadas. Se diseñó una guía de observación y formato de preguntas según las categorías de análisis. Posteriormente se trianguló la información derivada de las entrevistas, la observación y la revisión documental.

Resultados

A partir de la triangulación realizada y teniendo presente las categorías teóricas preestablecidas, emergieron de las entrevistas las subcategorías: Estar ahí Transferencia, dominación y poder, Relación con sentido, las cuales permitieron dimensionar las diferentes intervenciones que se dan mediante el contacto de las familias con el niño o la niña en su proceso de hospitalización.

Estar ahí

Estar ahí, genera reflexiones sobre la relación entre padres e hijos mediados por el juguete y el juego, esta categoría hace explícita la palabra, el gesto, las relaciones culturales, ancladas en la comunicación, esta nos permite intentar definir sus límites y alcances, una relación de doble vía para reconocer cómo se piensa en el otro y en sí mismo.

Es decir cómo nos comunicamos en nuestros espacios de interacción. Estar ahí, vista desde la comunicación se puede convertir para algunos en una forma clara de reconocer y reconocerse en el otro en tanto para otros es el reflejo de su no-saber que decir, cómo hacerlo, una forma de ver al otro ajeno a mi ser, es ubicar al otro en una posición de poco reconocimiento por su ser, identidad, en relación a la configuración actual del estado de salud-enfermedad.

Es también una forma de contribuir a generar estados de tranquilidad es una forma de asegurarse que se es empático. La empatía posibilita reconocer los

contextos del otro, comprenderlo, mediante la empatía podemos reconocer “las experiencias del otro y de sí misma, para enriquecer el conocimiento intersubjetivo”; así lo refieren Villarraga y Delgado (1998, 57), así mismo estos autores agregan que “(...) la empatía tiene que ver con una condición refinada y sutil que otorga al ser humano la capacidad para penetrar en la intimidad del prójimo” Según Gutiérrez (1998, 28-30), la empatía es “la habilidad para estar conscientes de reconocer, comprender y apreciar los sentimientos de los demás, es leer emocionalmente a las personas”.

Así, el estar ahí, puede generar ambigüedad en las relaciones, es el procurar resistirse a un alejarse del contacto con el otro y en un segundo momento es conservar distancias. Estas distancias muestran en cierta forma jerarquía, la del adulto que ya ha pasado por una etapa infantil y que ahora asume su rol de guía, pero también de protector, de aquel que ya no debe recurrir al asombro por lo desconocido que el juego le trae ni por lo que el juguete le genera.

Estar ahí, como presencia inoperante. Significa una posición de observación no activa, de no interacción, de pasividad. Se demuestra en los actos y gestos, una empatía no cercana. Es mirar al otro ajeno, distante, sin corresponder a su presencia. Los padres no realizan un acompañamiento digno (escuchando, ayudando, apoyando, dando muestras de cariño y afecto), evidenciándose un abismo en la relación padres-hijo(a), una escasa iniciativa de juego y desinterés en el bienestar integral del niño(a).

“La falta de respuesta a sus demandas, la falta de interacción íntima, la interacción fría y distante, la falta de disponibilidad y accesibilidad, la ineficacia ante las ayudas que ha necesitado, la minusvaloración, etc.” (Sánchez, 2011, 25) son características que se pueden evidenciar en este tipo de relación.

Así mismo, “No se trabaja por enseñar al niño, no se le ayuda ni se le estimula en casa, los padres se resignan con lo que tienen pero se quedan cortos. No tienen imaginación ni ganas para inventar nuevos juegos que aporten experiencias enriquecedoras” (Zuleta, 138): “La rutina de ella y mía es mantenerla cargada y yo como que jugar mucho, mucho !No; yo no encuentro como que jugar con ella, no sé cómo, es muy difícil jugar con ella, porque ella es muy bebé, yo para inventar juegos soy muy mala” (Liliana Rendón Henao, 18 años).

Es un hecho que en este tipo de relación se evidencie escasa sensibilidad de los padres sobre su rol y responsabilidad en la optimización del desarrollo; son carentes de herramientas, tiempo de calidad, expresión de sentimientos, afecto y apoyo: “Yo le pongo los caballitos y los carritos pa que juegue, para que él se entretenga” (María Yadira Capera, 29 años).

Este tipo de actitudes y comportamientos, se relaciona con los señalamientos de Aísa Fernández, 1992, al afirmar que la relación une a los que, sin embargo, “deben seguir siendo dos”. Si el otro (o yo) no va haciendo su propio sí-mismo, sino que le sirvo de modelo, o le presto tanta ayuda que se convierte en alguien incapaz de ayudarse a sí mismo, la relación fracasa. También fracasa si cualquiera de los comunicantes se reserva en alguna medida (Fernández, 1992, 289).

Relación con sentido

Una relación con sentido, significa identificar al otro, pero ese otro no es ajeno, ya el otro hace parte de mí ser, de mí existir, de mí hacer. Es una relación estable,

incondicional e íntima con la(s) figura(s) de apego, donde se busca el bien estar del otro, en directa relación con el bien estar propio.

Implica reaccionar ante las necesidades físicas y afectivas del niño (a), brindar un cuidado sensible, aceptar sus pensamientos y sentimientos y las posibilidades se traducen en acompañamiento asertivo, empatía, comunicación mutua y palabras de afecto.

A esta contribución Girón, Rodríguez y Sánchez, 2003 (citado en Sanchis, 2008) añaden lo siguiente: cuando se desarrolla una relación de apego saludable, se satisfacen las necesidades físicas y psíquicas del niño y éste desarrolla un sentimiento de seguridad.

Así mismo, como señala Bowlby, 1990 (citado en Sanchis, 2008) la experiencia de que la figura de apego (el cuidador) es accesible y responderá si se le pide ayuda, suministra un sentimiento de confianza que facilita la exploración tanto del mundo físico como del social.

Cuando un individuo se siente seguro tiende a alejarse de su figura de apego para explorar. Cuando se siente alarmado y angustiado tiene necesidad de acercarse. Es la exploración a partir de una base segura. Sólo cuando sabe que sus padres van a permanecer accesibles y van a responder a su llamada, un niño se siente bastante seguro para la exploración (Zuleta, s.f, 120).

En ese orden de ideas, una relación con sentido, equivale regalar a tu hijo tu amor, comprensión y presencia, a través de miradas reconfortantes, voces de aliento, palabras, caricias, arrullos y gestos amorosos, que nutren al niño de alegría, fortaleza, seguridad y calidez. Es una relación natural, donde la comunicación comprensiva y

amorosa entre padres e hijos, es la herramienta principal para que crezcan integralmente y donde la calidad del vínculo se enriquece con actividades de juego y estimulación en el día a día.

Lo anterior, está en concordancia con la manifestación de una madre del Hospital Infantil Santa Ana, al afirmar “A mí me gusta jugar y más porque a mí, me gusta dedicarle tiempo a los niños, porque uno todo el día trabajando o en la calle y sin ellos verme y llegar pues como a lo mismo, a darles la comida, ¡no!, entonces yo juego, yo juego con ellos, a jugar obras infantiles, escondidijo, lobo está, todo eso” (Shirley Natalia Ríos, 33 años).

Así mismo, una relación con sentido es el “hoy por ti, mañana por mí” del dicho cotidiano. En esta comunicación, se necesita a los demás como a la “fuerza” (Aísa Fernández, 1992, 23) e implica que los padres respondan a los intereses, motivaciones y necesidades de su hijo(a): “Le trajimos un chapulín y un peluche, porque ayer que le estaban haciendo la terapia, cuando estaban cantando, vimos que le gustó, entonces optamos por traer los juguetes, porque también nos dieron la opción de que los trajéramos, para hacer más dinámica la estadía de ella acá” (Kelly Johana Jaramillo, 33 años).

Transferencia, dominación y poder

Hay una validación por parte de la familia de las acciones que contribuyen a posibilitar la transferencia de experiencias, además estas transferencias están en el marco de una cultura de dominación; vista desde la posición de la madre cuando esta

evita que se tengan acciones espontáneas y de poder, al controlar las acciones en su presencia y fuera de ella.

Es una relación de sobreprotección e intrusión, donde el límite de cuidado por parte de la madre a su hijo, se convierte en la manipulación de la mente, controlando su interior, sus necesidades y su voluntad. No permite al niño(a) su autoreflexión, autonomía y autoreconocimiento; sus proyecciones, acciones, y experiencias se convierten en dependientes y poco autónomas.

Lo anterior, se relaciona con los aportes de Zulueta, al afirmar que los padres sobreprotectores tienen una actitud ansiosa, y esta ansiedad se transmite en todo su comportamiento. El niño que recibe este trato se vuelve temeroso y pasivo, muy vago, no quiere emprender nuevas iniciativas ni experiencias. Las madres temen mucho a la autonomía de sus hijos, especialmente en aquellas actividades que pueden entrañar peligro (Zuleta, 139).

Las palabras de una de las madres observadas en la presente investigación, permiten reflejar esta posición: “Yo a veces me siento ahí en el mueble y le digo mami, juegue, juegue y me pongo verla jugar, pues porque ella siempre, juegue y juegue y quiere estar ahí recostadita, quiere es estar pero conmigo haciendo las cosas” (Francy Taborda, 36 años).

La transferencia es una práctica diaria que se ve en cualquier vínculo humano, más claramente en relaciones familiares, amistades o en personas que se ven constantemente. A veces en dicha transferencia se deposita cierto poder, donde se es capaz de ser imponente teniendo autoridad sobre las acciones y pensamientos del otro. El mando de la autoridad, influencia moralmente en las personas. La madre tiene un

interés de normalizar la conducta del niño, según sus preferencias; abusando en ocasiones de esta, convirtiéndola en un poder opresor.

Llevar todos los conocimientos propios a otra persona es transferir, de tal manera que se está dando amor, experiencias, aprendizajes, valores, y mucho más. En ocasiones esto puede tomar un rumbo negativo al querer ser dominante e intrusivo. Las madres al formalizar sus hijos quieren hacer obligatoria un tipo de conducta, la cual debe ser correcta y positiva; pero es allí donde se está afectando el desarrollo moral y la satisfacción de sus necesidades.

Una madre sobreestimulante e intrusiva es aquella que no respeta la autonomía y particularidad del niño. Trata de controlarle y configurar su conducta. Es una madre que sigue sus propias inclinaciones sin tener en cuenta los deseos del niño o la actividad que está realizando en ese momento (Sánchez, 2011, 32).

Lo anterior, se relaciona con la expresión de una de las madres observadas durante la investigación; al afirmar: “Lo que pasa es que ella siempre ha sido muy callada, muy callada; eso que ella tiene un hermanito y el hermanito es muy avisado y juega con él y montan en una motico blanca y en un triciclo y corren por toda la casa; ella es pues normal, ella es contenta; en la casa juega con su hermanito, brinca, pero es muy poco sociable. Ella lo que si tiene, es que siempre ve a otros niños, entonces tenemos que estar ahí, ahí al ladito mío” (Francy Taborda, 36 años).

Sin embargo la intrusión puede ser una característica del instinto materno, que en el momento puede ser inconsciente, y es así solo por el afán de prevenir posibles dificultades en el desarrollo del niño(a). Esto se convierte en un interés propio, porque quizás se quiere tratar de evitar un sufrimiento o una sensación de fracaso que afecte

la autoestima del mismo. Pero es allí donde se deja atrás los demás factores que influyen en el desarrollo del infante. Una situación que poco a poco se puede volver sobreprotectora. Por lo tanto el niño(a) se convierte en un ser dependiente e inseguro: “Ella es muy celosa, el hermanito se me arrima, pues a que lo contemple, entonces ella busca la manera de tirárseme encima, como para quitarlo a él y llama la atención, ella es mucho, mucho, demasiado..... porque yo la contemplo mucho, será porque no sé, yo he sido muy consentidora, yo a toda hora soy abrazándola, dándole picos, te quiero, que te adoro” (Francy Taborda, 36 años).

Cuando se sobreprotege, se cree que se está cuidando y amando, pero se olvida del daño que se hace al niño(a); de tal manera que se está limitando su autonomía y por ende su independencia. Se debe permitir su iniciativa, su actuar y su experiencia; para que de esta manera no crezca siendo una persona ansiosa, tímida, introvertida e insegura.

Conclusiones

Los procesos de hospitalización infantil requieren contemplar en sentido amplio el concepto de salud y derivar desde esta perspectiva un trabajo interdisciplinario que abogue por ese bienestar físico, emocional y social. Se hace necesario entonces recobrar la salud en un ambiente también saludable y en donde los derechos del niño no sean vulnerados.

En este sentido, el ambiente hospitalario debe propiciar espacios, momentos de juego y esparcimiento donde el niño pueda expresar angustias y temores, donde pueda desarrollarse y continuar con sus aprendizajes. Por ello, es importante que desde la Pedagogía Hospitalaria se pueda acompañar este proceso de hospitalización infantil.

También los padres como mediadores en este proceso, ayudan o dificultan esta tarea, ya que para acompañar al niño en su enfermedad se requiere de esa capacidad como mediador en el dolor, la angustia, la aflicción, la soledad, la vulnerabilidad y en la comprensión de las necesidades tanto físicas como emocionales.

Recomendaciones

-Implementar espacios mejor dotados que contribuyan a motivar a los diversos actores a un mejor uso de esta.

-Incorporar profesionales Licenciados para orientar procesos educativos.

-Crear programas de sensibilización para los diferentes actores, sobre los beneficios del aula lúdica a nivel hospitalario.

-Estructurar una guía de atención, sensibilización y uso del aula pedagógica y lúdica.

-Reconocer la importancia del apoyo y la apertura a las propuestas de intervención que se hacen.

-Continuar con el apoyo a propuestas alternativas de intervención.

-Motivar a los estudiantes de Licenciatura en Educación Preescolar a participar en semilleros de investigación desde los primeros semestres.

-Incorporar en la malla curricular, unidades relacionadas con pedagogía hospitalaria, como también propuestas alternativas.

Referencias

Aísa Fernández, M. I. (1992). La dimensión comunicativa de la filosofía de Karl Jaspers. *Revista de filosofía*, (9), 21-32.

Alonso, L., García, D., & Romero, K. (2006). Una experiencia de pedagogía hospitalaria con niños en edad preescolar. *Educere*, 10(34), 455-462.

Belmonte, T.L. (2009). *El profesor mediador del aprendizaje*. Bogotá: Editorial Magisterio.

Cárdenas-Rodríguez, R., & Noguero, F. L. (2005). Hacia la construcción de un modelo social de la Pedagogía Hospitalaria. *Pedagogía social: revista interuniversitaria*, (12), 59-70.

Chaves Bellido, M. (2013). La pedagogía hospitalaria como alternativa formativa. *Educación*, (21), 59-74.

Congreso de Colombia (2006). *Ley 1098 de 2006: código de la infancia y la adolescencia*. Bogotá: Diario oficial.

De Colombia, C. P. (1991). *Constitución política de Colombia*. Bogotá: Leyer.

De Espera, O. B. E. S. (2007). Jugando en la sala de espera de un servicio ambulatorio infantil bajo la perspectiva de niños y sus acompañantes¹. *Rev. latino-am enfermagem*, 15(2), 1-9.

Del Blanco, M. P. P. (1999). *El niño hospitalizado: características, evaluación y tratamiento*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Díaz, Á. P., Ramírez, J. F. G., & Gómez, H. R. (2005). *El niño sano*. Bogotá: Ed. Médica Panamericana.

Flórez, J. A. (1983). El niño ante una situación de excepcionalidad: problemas psicológicos en relación a la enfermedad y a la hospitalización. *Epheta*, 3 (29), 1-31.

Fonseca, m. (2007). Integración de actividades lúdicas en la atención educativa del niño hospitalizado. *Educere*, 39(11), 639-46.

Garfella, p. r., & López Martín, r. (1999). *El juego como recurso educativo*. Valencia: Tirant Lo Blanch.

González, A. (2006). Ansiedad y miedos en niños ante la hospitalización. Investigación, intervención, programas y técnicas. *Revista de la Facultad de Psicología Universidad Cooperativa de Colombia*, (3), 84-100.

González, r., Benavides, g., & Montoya, i. (2000). Preparación psicológica basada en el juego. *j. ortigosa y f. méndez: hospitalización infantil. Repercusiones psicológicas*, (5), 95-118.

Gutiérrez, I. (1998). La empatía. *Universidad de Alcalá de Henares*, (4), 112-115.

Linaza, J. L. (2013). El juego es un derecho y una necesidad de la infancia. *Bordón. Revista de Pedagogía*, (1), 103-117.

Lizasoán, O y Lieutenant, C. (2002). La Pedagogía Hospitalaria frente a un niño con pronóstico fatal: Reflexiones en torno a la necesidad de una formación profesional específica. *Estudios sobre Educación*, (2), 157-165.

Lizasoán, O., & Ochoa, B. (2003). Repercusiones de la hospitalización pediátrica en el niño enfermo. *Cuadernos de Ciencias médicas*, (5), 75-85.

Lizasoán, O. (2005). Hacia un modo conjunto de entender la Pedagogía Hospitalaria. *Ponencia Primera Jornada Nacional de Pedagogía Hospitalaria en Venezuela*, (1), 1-15.

López, I. & Fernández, A. (2006). Hospitalización infantil y atención psico-educativa en contextos excepcionales de aprendizaje. *Revista de Educación*, (341), 553- 571.

Martínez, M. M. (2007). Intervención educativa a partir del juego. Participación y resolución de conflictos (Vol. 335). *Edicions Universitat Barcelona*, (335), 5-18.

Morin, J., & Montoya, R. Q. (2011). Cultura hospitalaria y el proceso narrativo en el niño enfermo. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, (33), 23-44.

Navarro, c. m. c. (2009). El juego y el juguete. *Granada*, (45), 1-9.

Organización Mundial de la Salud. (1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. *Documentos básicos*, (45), 1-30.

Parlamento Europeo. (1993). Carta Europea de los niños hospitalizados. *Bol Pediatr*, (34), 69-71.

Penón, S. (2006). El juego y el juguete y el niño hospitalizado. *Educación Social*, (33), 122-131.

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

Prugh, D., & LI, O. (1984). Reacciones infantiles a la enfermedad, la hospitalización y la cirugía. *Freedman AM, Kaplan HI, Sadock BJ. Tratado de psiquiatría*, (2), 2315-9.

Riddle i. (1990). Reflections on children's play. *Maternal child nursing journal*, (19), 271-279.

Romero, K., & Alonso, L. (2007). Un modelo de práctica pedagógica para las aulas hospitalarias: el caso del Hospital Universitario de Los Andes A model of pedagogic practice for hospital classrooms: the case of the university. *Revista de pedagogía*, (83), 407-441.

Rumeu, O. L. (2005). Los derechos del niño enfermo y hospitalizado: El derecho a la educación. Logros y perspectivas. *Estudios sobre Educación*, (9), 189-201.

Sandoval, V. M. G., Hernández, J. T., Hernández, A. P., Morfin, J. D. L. L. C., & Montoya, R. Q. (2011). y el proceso narrativo en el niño enfermo. *Estudios sobre las culturas contemporáneas*, 17(33), 23-44.

Sánchez, C. A. V., & Lozano, J. A. F. (1995). *El niño ante el hospital: programas para reducir la ansiedad hospitalaria*. Universidad de Oviedo: Servicio de publicaciones.

Sánchez Herrero, M. (2011). *Apego en la infancia y apego adulto: influencia en las relaciones amorosas y sexuales*. Salamanca.

Sanchis Cordellat, F. (2008). Apego, acontecimientos vitales y depresión en una muestra de adolescentes.

Serradas Fonseca, M. (2006). La música como medio de expresión del niño hospitalizado. *Educere*, (32), 35-41.

Serrada Fonseca, M. (2007). Integración de actividades lúdicas en la atención educativa del niño hospitalizado. *Educere*, (11), 639-46.

Silva Panez, G. (2012). Las vivencias de los niños hospitalizados desde sus dibujos y testimonios: un estudio cualitativo con enfoque de resiliencia y los derechos del niño hospitalizado. *Infancia y Sociedad* (09), 1-164.

Silva, P, I. y otros. (2007). Jugando en la sala de espera de un servicio ambulatorio infantil bajo la perspectiva de niños y sus acompañantes¹. *Rev Latino-am Enfermagem*, (2), 290-297.

Tejada Lagonell, M. D. (2011). La mediación del desarrollo de los niños desnutridos. *Akademos*, (1), 81-106.

Villarraga, L., y Delgado, A.J. (1998). *El Poder del Cuidado Generador de Conocimiento en Enfermería* dimensiones del cuidado. Bogotá: Editorial Unibiblos.

Zuleta, I. (s.f). La relación madre-hijo. *Fundación Síndrome de Down de Madrid*, 117-143.