

JUGAR PARA SANAR: REFLEXIÓN SOBRE MI CAMINO PROFESIONAL EN EL
AULA HOSPITALARIA DE LA FUNDACIÓN VALLE DE LILI

PRESENTADO POR
STIVEN LEONARDO VITONÁS NOSCUE

UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE EDUCACIÓN Y PEDAGOGÍA
ESCUELA DE EDUCACIÓN, CULTURA Y COMUNIDAD
PROGRAMA ACADÉMICO PROFESIONAL EN RECREACIÓN

2026

JUGAR PARA SANAR: REFLEXIÓN SOBRE MI CAMINO PROFESIONAL EN EL
AULA HOSPITALARIA DE LA FUNDACIÓN VALLE DE LILI

PRESENTADO POR
STIVEN LEONARDO VITONÁS NOSCUE

DIRECTORA DE TRABAJO DE GRADO
ROCIO GOMEZ ZUÑIGA

UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE EDUCACIÓN Y PEDAGOGÍA
ESCUELA DE EDUCACIÓN, CULTURA Y COMUNIDAD
PROGRAMA ACADÉMICO PROFESIONAL EN RECREACIÓN

2026

RESUMEN

El presente trabajo de grado reflexiona sobre el papel que cumplen las estrategias recreativas en el proceso de adaptación y recuperación de los pacientes pediátricos y sus cuidadores. Esta reflexión surge a partir de la experiencia de Práctica Profesional realizada en el programa Aula Lili de la Fundación Valle del Lili, en Cali, Colombia, entre septiembre de 2023 y septiembre de 2024. El trabajo de grado se enmarca en un enfoque cualitativo que busca reconstruir y analizar las vivencias, percepciones y significados construidos en el entorno hospitalario. Para ello, se recurrió a la memoria del autor, a instrumentos de registro como diarios de campo e informes de gestión.

Durante la práctica se diseñó y ejecutó una propuesta de intervención estructurada bajo la metodología SARI, con el propósito de promover emociones positivas, favorecer el bienestar y fortalecer los vínculos sociales. El análisis de la experiencia, en diálogo con los postulados de Albert Bandura sobre el aprendizaje social y de Erik Erikson sobre el desarrollo emocional, permite evidenciar que la Recreación en el entorno hospitalario se aleja de la idea de ser un simple pasatiempo o distracción. Por el contrario, se consolida como una herramienta terapéutica y pedagógica que contribuye a humanizar la atención médica. Estas estrategias permiten a los niños y a sus cuidadores mitigar el impacto emocional, recuperar un grado de control frente a la enfermedad y desarrollar habilidades para enfrentar la adversidad del contexto hospitalario.

Palabras claves: pacientes pediátricos, humanización de la salud, cuidadores, metodología SARI recreación terapéutica, aula hospitalaria.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I	8
Aspectos generales	8
Objetivos:.....	8
Objetivo general	8
Objetivos específicos	8
METODOLOGÍA	9
CAPÍTULO II.....	11
Breve reconstrucción de la experiencia.....	11
Frustración y dolor en el pecho.....	14
Mi habilidad: la danza folclórica.....	18
Una nueva propuesta de intervención llega al Aula Lili	19
CAPÍTULO III – MARCO TEÓRICO	28
Introducción	28
Estrategias recreativas en las aulas hospitalarias	29
Estrategias recreativas	34
Impacto de las estrategias recreativas	37
Teoría del desarrollo psicosocial de Erikson.....	38
Teoría del aprendizaje social.....	39
Aulas Hospitalarias en la ciudad de Cali.....	44
CAPÍTULO IV	47
Aproximación al análisis.....	47
CONCLUSIONES	53
BIBLIOGRAFÍA.....	56

TABLA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 “Aula Lili Fundación Valle de Lili”. Fuente: propia	16
Ilustración 2 Emocionómetro	26
Ilustración 3 Emocionómetro	27

TABLA

Tabla 1 de actividades en los espacios del Aula Lili.....	24
Tabla 2 Emocionometro.....	25

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de grado, se retoma la experiencia de Práctica Profesional que realicé en el Aula Lili de la Clínica Valle del Lili (Cali, Colombia) entre el 21 de septiembre de 2023 y el 20 de septiembre de 2024. Busca reflexionar en torno al papel de las estrategias recreativas en el proceso de los pacientes pediátricos y sus cuidadores en un aula hospitalaria.

El interés por esta temática se fundamenta en que en mi experiencia de Práctica Profesional pude vivenciar cómo las estrategias recreativas son un medio que contribuyen a humanizar la atención médica, reducir el impacto emocional de la hospitalización y fomentar la continuidad educativa.

Para avanzar en la reflexión realicé una modesta revisión documental que implicó la consulta de algunos estudios nacionales sobre las estrategias recreativas como mediaciones pedagógicas y terapéuticas.

El trabajo busca aportar a la reflexión sobre la importancia de las estrategias recreativas como herramientas que contribuyen al bienestar integral de pacientes y cuidadores, y que posicionan las aulas hospitalarias como espacios de encuentro humano, educativo y emocional donde se promueve la continuidad del aprendizaje integral.

Para finalizar quiero indicar que para la realización del presente trabajo de grado use la inteligencia artificial (Gemini y ChatGPT) para ayudarme con la elaboración de síntesis de los textos teóricos, construcción de pistas iniciales de análisis, mejora en la redacción de los capítulos e intervención de las fotografías para mantener el anonimato de los menores participantes.

CAPÍTULO I

Aspectos generales

Objetivos:

Objetivo general

- Aproximarse al análisis del papel que cumplen las estrategias recreativas en las aulas hospitalarias de Cali, a través de la reflexión sobre la práctica profesional realizada en el Aula Lili de la Clínica Valle del Lili (Cali, Colombia).

Objetivos específicos

- Reconocer algunas de los estudios realizados respecto al papel de las estrategias recreativas en el contexto de las aulas hospitalarias.
- Reflexionar sobre algunos de los logros y dificultades identificadas en mi experiencia de Práctica Profesional en el Aula Hospitalaria de la Fundación Valle de Lili (Cali, Colombia).

METODOLOGÍA

El trabajo de grado retoma elementos del enfoque cualitativo, dado que busca reflexionar sobre mi propia experiencia de Práctica Profesional en un contexto particular, como lo es el aula hospitalaria. El enfoque me permite aproximarme a un acercamiento a las vivencias, percepciones y significados que como profesional en formación, construí de respecto las estrategias recreativas implementadas.

Esta aproximación resulta pertinente ya que el punto de partida es la Práctica Profesional realizada en el Aula Lili de la Clínica Valle del Lili, la cual constituye un escenario rico en interacciones y mediaciones pedagógicas y terapéuticas. El trabajo de grado me permitirá derivar algunos aprendizajes que aporten a la cualificación del rol del Profesional en Recreación en contextos de salud.

Para el desarrollo de los objetivos propuestos, la metodología se estructuró en los siguientes momentos. En primer lugar, realicé una sencilla reconstrucción de la experiencia vivida durante el periodo de Práctica Profesional (septiembre 2023 - septiembre 2024) en el Aula Hospitalaria de la Clínica Valle de Lili (Cali, Colombia). Para ello, recurrí a mi propia memoria y a los instrumentos de registro utilizados durante la Práctica Profesional, tales como el diario de campo y los informes de gestión. Estos documentos me permitieron identificar algunas estrategias recreativas implementadas, así como sus logros alcanzados y dificultades en el proceso de relación con los pacientes pediátricos y sus cuidadores.

En segundo lugar, realicé una revisión documental que me permitió construir un modesto marco de referencia para dialogar con mi propia experiencia práctica.

Finalmente, desarrollé un pequeño análisis intentando relacionar los hallazgos de la revisión documental con la experiencia de Práctica Profesional, con el fin de intentar aproximarme a la reflexión del papel que cumplen las estrategias recreativas en la humanización de la atención médica y la reducción del impacto emocional de la hospitalización tanto en pacientes como en cuidadores.

CAPÍTULO II

Breve reconstrucción de la experiencia

El 21 de septiembre de 2024 inicié mi Práctica Profesional como Profesional en Recreación en la Fundación Valle del Lili de la ciudad de Cali, específicamente en el programa Aula Lili.

Dos semanas antes, había sostenido una entrevista con la coordinadora de la Unidad de Apoyo y Responsabilidad Social, Luisa Fernanda González, quien me explicó los objetivos, alcances y funcionamiento del programa. El Aula Lili tiene como propósito garantizar la continuidad educativa y el desarrollo integral de niños, niñas y adolescentes hospitalizados, especialmente aquellos con estancias prolongadas o en cuidados paliativos. En este contexto, el Profesional en Recreación cumple un rol fundamental al articular actividades pedagógicas y lúdicas que contribuyen al bienestar físico, emocional, cognitivo y social de los pacientes.

Durante la entrevista, la coordinadora también indagó acerca de mis motivaciones para elegir la Fundación Valle del Lili como escenario de prácticas. Expliqué que, tras revisar la información institucional, comprendí que el Aula Lili no solo asegura la continuidad académica, sino que también ofrece oportunidades para que los niños sigan jugando, creando vínculos sociales y desarrollando sus dimensiones emocionales y creativas, a pesar de las limitaciones propias de la hospitalización. Señalé que este espacio representaba un desafío significativo para mi formación, en tanto me exigía aprender sobre un contexto no tradicional, comprender dinámicas hospitalarias y asumir una postura sensible y reflexiva frente a las necesidades de los pacientes y sus cuidadores.

Asimismo, consideré indispensable aprender a establecer relaciones adecuadas tanto con el niño hospitalizado como con los padres o cuidadores, quienes también experimentan altos niveles de estrés, incertidumbre y cansancio. En este sentido, el Aula Lili se configura como un

espacio clave para generar experiencias humanizadas y significativas que fortalezcan la vivencia hospitalaria.

Durante mi presentación ante la coordinadora, compartí también mi experiencia previa como gestor cultural en la Alcaldía del Municipio de Toribio (Cauca), donde trabajé como docente de danza en siete instituciones educativas de primaria. Desde la danza folclórica promoví el reconocimiento cultural, la expresión emocional y la construcción de vínculos sociales. Expliqué que la danza, más allá de su dimensión estética, es una herramienta que estimula la memoria, la creatividad, las habilidades cognitivas, la regulación emocional y la cooperación. Por ello, consideré que esta disciplina podía convertirse en una estrategia valiosa para resignificar los espacios hospitalarios, contribuyendo al bienestar integral de los niños y a la generación de experiencias positivas también para sus cuidadores.

Al iniciar mi Práctica Profesional el mismo 21 de septiembre, la coordinadora del espacio Aula Lili Angélica Imbago realizó un recorrido por los diferentes espacios de intervención: urgencias pediátricas, el cuarto y quinto piso de hospitalización y el Aula Lili. En el área de urgencias, enfatizó la importancia de la observación como herramienta central del Profesional en Recreación, dado que se trata de un entorno donde los niños ingresan con dolor físico o emocional y los cuidadores atraviesan altos niveles de estrés. Nos explicó (a mis compañeras de Práctica Profesional, Camila Rodríguez y Valeria Muñoz, y a mi) que las intervenciones debían ser breves, respetuosas del trabajo médico y centradas en la contención emocional, utilizando únicamente materiales seguros. Por esta razón, se debían privilegiar intervenciones verbales y simbólicas como narración de cuentos, dinámicas de comunicación y actividades de distracción emocional.

En las áreas de hospitalización, ubicadas en los pisos cuarto y quinto, las intervenciones podían tener una duración mayor, entre 15 y 35 minutos. Ahí, generalmente se encontraban dos pacientes acompañados por sus cuidadores, lo que permitía realizar actividades grupales más estructuradas. Sin embargo, también existían limitaciones relacionadas con las condiciones de salud, los tipos de aislamiento y el uso de materiales, aspectos que fueron explicados durante la inducción para garantizar la seguridad de los pacientes.

Así, el Aula Lili se convirtió en el espacio central para la realización y ejecución de las intervenciones semanales. En este lugar desarrollamos actividades planificadas, con jornadas establecidas tanto en la mañana como en la tarde – de 09:00 am a 12:00 pm y de 02:00 pm a 05:00 pm. Era posible trabajar con materiales audiovisuales, herramientas gráfico-plásticas, dinámicas artísticas, cine-foros y actividades que promovieron la creatividad, las habilidades comunicativas y la expresión emocional de los niños y adolescentes hospitalizados.

Iniciamos con un diagnóstico situacional sobre las circunstancias específicas de los pacientes pediátricos y sus cuidadores. Encontramos que los pacientes y cuidadores atravesaban estados emocionales complejos debido a su condición médica, el dolor, el aislamiento y la interrupción de su rutina diaria. En muchos casos, los niños no comprendían totalmente su situación médica ni la razón de su hospitalización, lo cual generaba rechazo o poca disposición para participar en actividades lúdicas. Del mismo modo, los cuidadores manifestaban agotamiento, estrés y desánimo derivados de las largas horas de atención, las exigencias administrativas y la constante incertidumbre sobre la evolución del paciente.

Frente al anterior panorama, fue necesario diseñar estrategias que permitieran identificar características individuales de cada niño, considerando tanto factores médicos como gustos,

intereses y preferencias. Esto facilitó la creación de actividades pertinentes, ajustadas a las necesidades reales de cada paciente o grupo. También surgió el reto de armonizar las edades, capacidades físicas y estados emocionales con la intensidad de las actividades propuestas. Tanto actividades demasiado exigentes como actividades demasiado sencillas generaban frustración o desmotivación. Por ello se optó por promover la participación voluntaria y no obligatoria en cada intervención.

Finalmente, uno de los hallazgos más relevantes fue la falta de espacios de comunicación entre pacientes, cuidadores y personal de salud. En muchos casos, los cuidadores no recibían información clara o no contaban con momentos para expresar sus emociones, lo que generaba incertidumbre, tensión y desgaste emocional. Frente a ello, se implementaron estrategias que facilitaran la expresión de sentimientos, intereses tanto en los niños como en sus acompañantes, reconociendo la importancia de construir vínculos afectivos y redes de apoyo dentro del proceso de hospitalización.

Frustración y dolor en el pecho

A medida que transcurrieron los días, las semanas y los meses, pude comprender con mayor profundidad cuál es el verdadero rol de un Profesional en Recreación dentro del ámbito hospitalario, y cómo su forma de acercarse a los pacientes y cuidadores puede generar cambios emocionales significativos. Tras conocer diferentes espacios como el Área de Urgencias, los pisos cuarto y quinto de Pediatría y el Aula Lili, entendí que uno de los lugares en los que debía permanecer con mayor frecuencia era el Aula Lili, en tanto se trataba de un espacio al que los pacientes y cuidadores deseaban acudir constantemente, en busca de una intervención que les permitiera jugar, distraerse y, aunque fuera por un momento, olvidar el entorno hospitalario.

Luego de dialogar con la coordinadora Angélica Imbago y con mis compañeras Camila Rodríguez y Valeria Muñoz (quienes, como lo dije antes, me acompañaron durante la Práctica Profesional en la Fundación Valle de Lili en el año 2023 – 2024), tomamos la decisión de que cada uno permaneciera en un solo espacio fijo. Sin embargo, inicialmente acordamos realizar rotaciones semanales por los distintos espacios, con el fin de lograr un aprendizaje más amplio y comprender las intervenciones que se desarrollaban en cada uno de ellos. Finalmente, cuando cada uno aceptó quedarse en un espacio determinado hasta culminar las prácticas, me percaté de que el Aula Lili, aunque era un lugar que motivaba tanto a los pacientes como a los cuidadores a seguir adelante, también me generaba una profunda frustración a nivel personal y profesional.

Esta frustración surgía debido a que el Aula Lili, pese a permitir la realización de múltiples actividades, también exigía establecer límites claros al momento de intervenir con los pacientes y los cuidadores. En ese contexto, al momento de formular nuestra propuesta de intervención, decidimos enfocarnos en el manejo de las emociones. Para ello, trabajamos con el libro “El monstruo de las emociones”, presentado por la coordinadora Angélica Imbago como una herramienta adecuada para el trabajo con los pacientes y sus acompañantes.

Recuerdo especialmente mi presentación formal en el Aula Lili. El proceso incluía presentarme formalmente, explicar el uso de los materiales disponibles, indicar los espacios permitidos y señalar la ubicación de los baños ante cualquier eventualidad. Durante mi intervención, una niña sufrió una fuerte crisis emocional: gritaba, lloraba de manera constante y, ante esa situación, me sentí solo y sin saber cómo actuar. En ese momento, Angélica Imbago, quien cumplía el rol de psicóloga, se acercó para intentar dialogar con la niña y comprender qué necesitaba; sin embargo, la menor no lograba calmarse. Paralelamente, la madre también se

encontraba alterada, lo que aumentó el ambiente de estrés y afectó a los demás niños y padres presentes.

Intenté aplicar todos los recursos previstos: ofrecí juegos, hojas para dibujar y colorear, música y muñecos, pero ninguna estrategia logró tranquilizar a la niña (ver ilustración #1). Esto me generó una profunda frustración; sentía que todo el trabajo previo no había sido suficiente ni efectivo para brindarle calma. Cuando la madre decidió llevar a la niña a la habitación, quedé completamente bloqueado y no supe cómo continuar, por lo que la psicóloga tuvo que finalizar la intervención y la actividad.



Ilustración 1 “Aula Lili Fundación Valle de Lili”. Fuente: propia

Durante los tres días siguientes me sentí desmotivado y frustrado; la psicóloga asumió las intervenciones en mi lugar y decidí cambiar temporalmente de área, en tanto no encontraba la manera de salir de ese estado emocional. Con el paso de los días, volví a realizar una intervención, esta vez acompañado por una fundación llamada Huellas de Arte. La experiencia me permitió enfocarme y comprender que los procesos de intervención no siempre resultan como se esperan. Entendí que, en ocasiones, no es posible calmar a un niño o a un cuidador frente al dolor y al estrés, y que, más allá de intervenir, también es válido escuchar, acompañar o incluso permanecer en silencio.

Motivado por la anterior reflexión, quise hacer algo más por la niña y su madre y realicé una intervención en el cuarto piso, directamente en la habitación (ver figura #2). Ahí comprendí, a través del relato de la madre, que la niña presentaba un fuerte dolor de cabeza, lo cual explicaba su dificultad para mantenerse tranquila, a pesar de su deseo de permanecer en el Aula Lili y continuar jugando. Durante la intervención llevé a cabo una actividad manual de recorte y pegado, elaborando unos pingüinos a los que la niña pudo ponerles nombre. Le expliqué tanto a ella como a su madre que siempre podrían contar con nosotros como profesionales para lo que necesitaran.



Ilustración 2 "Aila Lili Fundación Valle de Lili. Fuente propia

Durante la actividad, la niña participó de manera activa, colaboró en cada paso y sonrió. Entendí que existen situaciones esporádicas que, aunque difíciles, son necesarias para que nosotros, como Profesionales en Recreación, podamos desempeñarnos mejor el entorno hospitalario y fortalecer nuestras habilidades de intervención. Estas experiencias nos permiten seguir ayudando, aprendiendo y respondiendo a las expectativas que no solo tienen los pacientes y cuidadores, sino también el personal médico, las jefaturas y las coordinaciones.

A partir de ese momento, continué realizando mis intervenciones con mayor confianza. Logré conocer un poco más del ámbito hospitalario, así como la importancia de realizar intervenciones rápidas, pertinentes y con sentido, siempre orientadas al aprendizaje, la contención emocional y el bienestar de los pacientes y sus familias.

Mi habilidad: la danza folclórica

Otra de las experiencias significativas que tuve como Profesional en Recreación durante mi Práctica Profesional en la Fundación Valle de Lili, fue la oportunidad de mostrar mis habilidades como profesor de danza folclórica. En una de las actividades masivas organizadas por el programa Aula Lili —espacios en los que se invita a diferentes fundaciones y se reúne a todos los pacientes y cuidadores que tienen la posibilidad de participar— se realizan actividades (como presentaciones de títeres o pintura en cerámica) dirigidas a los cuidadores, entrega de regalos y múltiples sorpresas orientadas al bienestar emocional.

En este contexto, pude compartir mi habilidad como docente en danza, logrando no solo que los pacientes participarán, sino también que los cuidadores se integrarán activamente. A medida que avanzaba la jornada, mientras la música ambientaba el espacio y yo realizaba los pasos para que ellos los siguieran, se escuchaban risas, conversaciones, palabras de motivación y comentarios que me animaban a bailar más rápido o con mayor energía.

La actividad de la danza folclórica generó un ambiente de alegría, satisfacción y emotividad. Fue especialmente significativo observar cómo algunos niños, que al llegar al espacio manifestaban dolor y permanecían sentados sin ganas de moverse, poco a poco se levantaban, participaban y terminaban riendo y disfrutando del momento. Experiencia que me permitió comprender que, como Profesional en Recreación, no solo debía cumplir con un rol específico dentro del programa, sino que también podía aportar desde mis gustos y habilidades personales. La danza folclórica permitió transformar, aunque fuera momentáneamente, un entorno marcado por el dolor y la tristeza tanto en los pacientes como en sus cuidadores.

Asimismo, durante las actividades masivas, pude identificar y desarrollar nuevas habilidades. En una ocasión, participé por primera vez en un montaje de títeres, junto a mi compañera Vanessa López, quien propuso realizar la voz de los personajes y elaboró el prólogo de la presentación. Ella me acompañó durante el proceso y permitió que la actividad se desarrollara de manera exitosa, emotiva y enriquecedora; no solo generó un impacto positivo en los asistentes, sino que también me permitió adquirir nuevos aprendizajes y reconocirme a mí mismo, como futuro Profesional en Recreación, que tenía capacidades para desempeñarme en otras áreas dentro del ámbito recreativo.

Una nueva propuesta de intervención llega al Aula Lili

Como Profesionales en Recreación en proceso de formación y durante mi Práctica Profesional en el Aula Lili de la Fundación Valle de Lili tuve la oportunidad de diseñar y ejecutar una propuesta de intervención recreativa dirigida a pacientes pediátricos y a sus cuidadores durante los meses de marzo, abril y mayo. Uno de los objetivos generales fue contribuir al desarrollo personal de los pacientes y cuidadores, centrándonos en la creación de espacios de confianza y seguridad interna. Asimismo, se buscó promover emociones positivas, favorecer el bienestar emocional, fortalecer los vínculos afectivos y, principalmente, crear vínculos sociales.

Para el diseño y ejecución de la propuesta se tomaron como base dos estrategias metodológicas: la Intervención SAR (Mesa 2009) y la Intervención SARI (Mesa 2010). La SARI permitió estructurar la propuesta de manera clara y precisa, otorgándole una finalidad pedagógica orientada a generar resultados de aprendizaje significativos tanto en los pacientes como en sus cuidadores. La SARI desarrolla en cuatro momentos: apertura, exploración, negociación, socialización y evaluación. Las intervenciones se organizaron a partir de temáticas semanales,

estructuradas y ejecutadas bajo el enfoque de la SARI, garantizando un aprendizaje integral en cada experiencia.

Previo a la ejecución de cada actividad, se elaboró una planeación basada en este modelo metodológico, haciendo énfasis en el momento de exploración, se utilizaron diversas estrategias como actividades gráfico-plásticas, juegos, ejercicios de expresión corporal y emocional, entre otras herramientas pedagógicas apoyadas en los lenguajes lúdico-creativos propuestos por (Mesa 2004), los cuales funcionan como elementos simbólicos dentro de la actividad recreativa.

Cabe resaltar que la realización de las actividades varía según el espacio de intervención y el grupo poblacional, ya que en el Aula Lili se trabajaba en modalidad grupal, mientras que en las habitaciones de hospitalización y en los cubículos de urgencias pediátricas las intervenciones se realizaban de forma individual.

Las actividades se llevaron a cabo en los diferentes espacios apoyados por el Aula Lili, tales como el Eje Lúdico Emocional, Hospitalización del cuarto y quinto piso y Urgencias Pediátricas. En el Aula Lili se atendieron aproximadamente ocho pacientes pediátricos junto con sus cuidadores, quienes contaban con la debida autorización médica para participar. En las habitaciones de hospitalización se atendieron cerca de 62 camas semanales, correspondientes a niños que, por razones diagnósticas, tratamientos médicos (quimioterapia, defensas bajas, aislamiento, entre otros), no podían asistir al espacio del aula. En urgencias pediátricas, la atención se realizó según la disponibilidad de pacientes en el momento.

Las intervenciones estuvieron dirigidas a niños y jóvenes entre los 3 y los 17 años de edad, y su desarrollo se ajustó mes a mes según las necesidades emocionales identificadas en los

pacientes y cuidadores. Finalmente, se elaboró una tabla detallada de las intervenciones realizadas, la cual permitió sistematizar el proceso y evidenciar el alcance de la propuesta.

En la Tabla #1¹ (ver tabla, pag 24) se presentan las actividades diarias desarrolladas a partir de la metodología SARI, la cual estructura cada intervención a través de un inicio, un desarrollo y una finalidad, dirigidos tanto al paciente pediátrico como a su cuidador. Estas actividades comenzaban con un proceso de familiarización, en el que se les permitía conocer el espacio del Aula Lili, su propósito y la manera en que este podía contribuir a resignificar y apoyar su experiencia durante la estancia en la Clínica Fundación Valle de Lili. Dado que muchos de los participantes eran nuevos y desconocían el espacio, se les brindaba la oportunidad de comprender las dinámicas y actividades que allí se realizaban.

En el momento inicial de cada intervención se explicaba de manera clara la actividad a desarrollar, su nombre y objetivo, seguido de una breve presentación que permitía a los pacientes y cuidadores identificarse, conocer de dónde venían y generar un primer acercamiento entre los participantes. Posteriormente, se daba paso al desarrollo de la intervención, la cual estaba orientada principalmente al manejo y expresión de las emociones. Durante este proceso se promovía un espacio seguro para que los participantes manifestaran cómo se sentían, cuál era su estado emocional, qué deseaban dejar en ese espacio y qué aprendizajes o sensaciones querían llevar consigo al finalizar la actividad.

Muchas de estas actividades se fundamentaron en la escucha afectiva y el reconocimiento de la identidad, permitiendo fortalecer los vínculos sociales y validar las experiencias individuales. Un ejemplo de ello fue la actividad denominada “La odisea del camino”, la cual se centraba en

¹ Para llevar a cabo la realización de las actividades propuestas, se elaboró un cuadro que muestra las intervenciones que se iban a ejecutar durante los meses de marzo, abril y mayo.

que el paciente y el cuidador narraran el proceso vivido a lo largo de la enfermedad. En esta actividad se abordaba la realidad que ambos enfrentaban, invitándolos a compartir su procedencia, su estado actual, si contaban o no con acompañamiento, el tipo de apoyo recibido, el tiempo de hospitalización y las experiencias previas en otros centros de salud.

Como parte de la actividad, se les proponía representar su recorrido mediante un camino elaborado en cartulina, donde podían dibujar elementos simbólicos que representaran los momentos difíciles vividos, así como su llegada a la Fundación Valle de Lili como pacientes y cuidadores. Finalmente, se cerraba la intervención con una pequeña reflexión, en la que expresaban cómo se sentían tras la actividad. Desde el rol de practicantes Profesionales en Recreación, se aportaba un cierre significativo desde la experiencia personal y el acompañamiento del Aula Lili, brindando mensajes de fortaleza, apoyo y afecto, con el objetivo de que los participantes se sintieran escuchados, comprendidos y acompañados. De esta manera, se buscaba ofrecer un espacio de contención emocional que contribuyera a transformar, aunque fuera momentáneamente, el entorno hospitalario y la experiencia vivida durante su proceso de hospitalización.

En el proceso de la Práctica Profesional dimos un acompañamiento crucial al proporcionar actividades diseñadas para promover el bienestar emocional (ver tabla 1) crear vínculos afectivos del paciente y cuidador a través de juegos, arte, música y otras formas de recreación. También apoyamos en el estrés y ansiedad asociados con el entorno hospitalario, en la recuperación, desarrollo integral y la alegría en los niños. Se contribuyó significativamente a crear un ambiente de apoyo y positividad que beneficia tanto a los niños como a sus familias durante su tratamiento y recuperación.

Como punto importante y gran aprendizaje, logramos llevar a cabo la propuesta de intervención que tuvimos con los pacientes y cuidadores, ya que no nos limitamos en las

actividades que se quieran realizar con ellos, siguiendo el consejo de; ‘vemos al niño que quiere jugar, cantar, y bailar, y no a una persona enferma que no puede hacer nada’.

División de bloques	Temáticas	Metodología
Diagnóstico global		
Bloque 1 Mes 1: Octubre Mes 2: Noviembre	Diagnóstico global	Tanto en el mes 1 como en el mes 2 de manera general se realizó el diagnóstico situacional donde fue posible evidenciar problemáticas y necesidades del espacio, mediante observaciones, indagaciones, charlas con la población y demás.
Ejecución participativa del proyecto		
	Temáticas semanales	Actividades semanales por día
		Nota: Las actividades diarias se realizan mediante la metodología SARI.
Bloque 2 Mes 3: Marzo (Semana 1, 2 y 3)	- Comunicación asertiva y efectiva. - Reconocimiento e identidad - Manejo emocional.	- Semana 1 - Día 1: “El poder de los abrazos verbales” - Día 2: “Mareas del alma” - Día 3: “Mentes soñadoras” - Semana 2 - Día 1: “Hilos invisibles” - Día 2: “El Lenguaje del color” - Día 3: “Sonidos del ser” - Semana 3 - Día 1: “La odisea del camino” - Día 2: “Los secretos de las manos”
Bloque 3 Mes 4: Abril (Semana 1 y 2)	- Escucha activa. - Concientización empática. - Comprensión: Respeto a la autonomía.	- Semana 1: - Día 1: “Semillas de comprensión” - Día 2: “Palabras al viento” - Día 3: “Un faro de empatía” - Semana 2: - Día 1: “Voces de liberación” - Día 2: “Yo quiero ser” - Día 3: “Porque te quiero te escucho”
Bloque 4 Mes 4: Abril (Semana 3 y 4)	- Talentos y habilidades. - Autocuidado. - Resiliencia y apoyo emocional.	- Semana 3: - Día 1: “Mi jardín interior” - Día 2: “Cultivando mis poderes” - Día 3: “La danza del ser” - Semana 4: - Día 1: “Construyamos el puente del apoyo” - Día 2: “¿Espacios seguros?” - Día 3: “Creo en mí”
Bloque 5 Mes 5: Mayo	- Dejar la raíz de mejora continua. - Cultura de aprendizaje. - Fortalecimiento de vínculos	- Semana 1: - Día 1: “Un viaje al renacimiento” - Día 2: “Hilos de conexión” - Día 3: “Trazando el camino” - Semana 2: - Día 1: “Continuemos en nuestro autoproceso”

(Semana 1, 2 y 3)		- Día 2: “Abracemos nuestros saberes” - Día 3: “Despertares compartidos” • Semana 3: - Día 1: “Porque hoy soy y seré” - Día 2: Tejiendo experiencias. - Día 3: “Abrazando afectos: Reflexiones sobre confianza y vínculos”
Culminación del proyecto		
Bloque 6 Mes 5: Mayo (Semana 4)	• Presentación de resultados de la propuesta.	• Presentación Centro de Práctica resultados de la propuesta.

Tabla 1 de actividades en los espacios del Aula Lili, urgencias pediátricas cuarto y quinto piso de pediatría. Fuente: propia

Para la realización de estas actividades en el espacio Aula Lili, nos acompañamos de una encuesta propuesta para conocer el estado en que los pacientes y cuidadores llegaban al espacio. Al finalizar cada intervención las encuestas reflejaban si los pacientes y cuidadores habían tenido un cambio en su estancia del Aula Lili por medio del Emocionometro (ver tablas e ilustraciones) (herramienta gráfica y educativa, frecuentemente usada con niños y en aulas, diseñada para identificar, medir y gestionar la intensidad de las emociones.)

Tabla 2 Emocionometro

Nombre paciente:		Edad:	
Nombre del cuidador:			

- **Pre – Intervención**

Emocionómetro

¿Cuál es la emoción que predomina en ti en este momento?

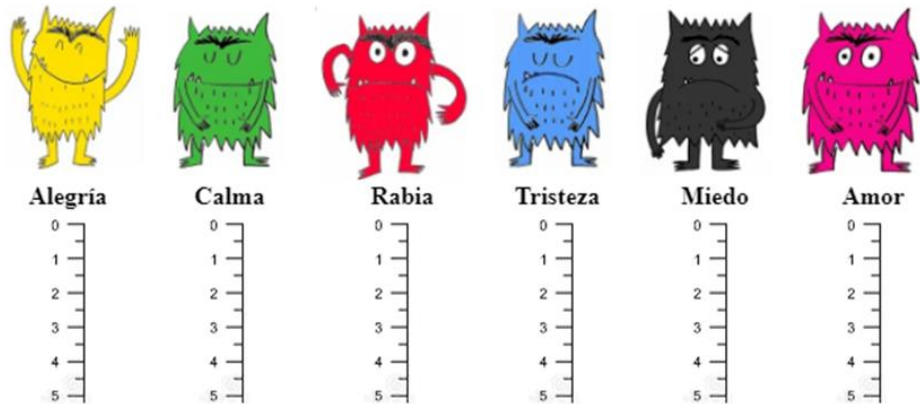


Ilustración 3 Emocionómetro

Pregunta para paciente	Pregunta para cuidador
¿Tengo reconocimiento de mis cualidades en este momento?	
Respuesta paciente:	Respuesta cuidador:

- **Post - Intervención**

Emocionómetro

¿Cuál es la emoción que predomina en tí en este momento?

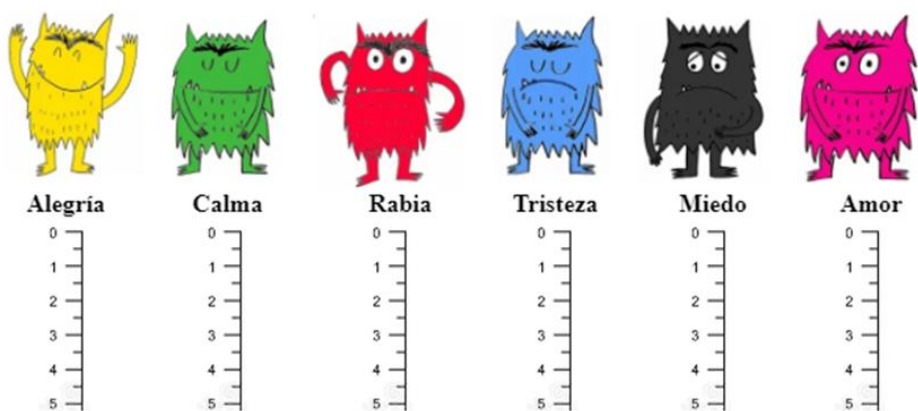


Ilustración 4 Emocionómetro

Pregunta para paciente	Pregunta para cuidador
¿Qué cualidades personales reconozco en mí después de la actividad realizada? ¿He descubierto nuevas cualidades o fortalezas durante esta actividad o proceso?	
Respuesta paciente:	Respuesta cuidador:

Pregunta para paciente	Pregunta para cuidador
1. ¿Crees que tuviste un mayor acercamiento afectivo con la persona que te acompañó hoy? 2. ¿Consideras importante para nuestra salud tener relaciones afectivas?	
Respuesta paciente:	Respuesta cuidador:

CAPÍTULO III – MARCO TEÓRICO

Introducción

Avanzar sobre la experiencia dentro de Aula Lili estuvo atravesado por un ejercicio de revisión teórica que me permitió tener una visión particular sobre las estrategias recreativas dentro de las aulas hospitalarias.

En el capítulo busco aproximarme a una modesta comprensión sobre cómo las estrategias recreativas en aulas hospitalarias se convierten en espacios que van más allá de la distracción de los pacientes pediátricos. Esto implica reconocer y respetar el lugar del paciente y de su cuidador.

El capítulo se organiza en tres partes: la primera se centra en las estrategias recreativas en aulas hospitalarias; la segunda muestra qué son o cómo se definen dichas estrategias; y, la tercera cuál es el impacto real en pacientes y cuidadores.

Retomo especialmente de las propuestas de Albert Bandura (1987; 2001; 2006) y su teoría sobre el aprendizaje social. Los estudios de Bandura dan luz a las formas en las que los niños aprenden a partir de la observación, pero también cómo se perciben a sí mismos y sus capacidades, a lo que Bandura llama “autoeficacia”. También retomo algunos postulados de Erik Erikson (1987; 1988), respecto al desarrollo emocional de los niños, sus etapas de desarrollo y los conflictos que genera su estadía en un contexto hospitalario.

Igualmente, Stumbo y Peterson (2018), proponen la recreación terapéutica, no solo como una distracción, sino como un proceso de aprendizaje con objetivos específicos creados de acuerdo con las necesidades de los pacientes.

Las aulas hospitalarias, como Aula Lili, se perciben a simple vista en lugares de juego o distracción, sin embargo, podemos entenderlos como espacios en los que ambos actores logran recuperar un grado importante de control sobre la enfermedad o situación de crisis, lo que les

permite sentirse capaces, desarrollar capacidades emocionales para enfrentar de una mejor forma la enfermedad y su hospitalización.

Estrategias recreativas en las aulas hospitalarias

Las estrategias recreativas dentro de las aulas hospitalarias son analizadas por Albert Bandura específicamente desde sus planteamientos sobre el aprendizaje social. Bandura (1987) ayuda a tener una visión sobre cómo estudiar estrategias recreativas en espacios o aulas hospitalarias enfocadas en la mejora de pacientes pediátricos, y sus cuidadores.

De acuerdo con los planteamientos de Bandura (1987), el aprendizaje observacional es fundamental para el desarrollo humano, dejando de lado las posturas que ponen el ejercicio de “prueba y error” como básico para la supervivencia. En el contexto hospitalario, el aprendizaje a partir de la observación resulta fundamental para pacientes, especialmente pediátricos, y las formas en las que afrontan distintas situaciones ligadas a su enfermedad. Así se aprende y se imita, y se reflexiona sobre los avances propios (Bandura 1987). En ese contexto el autor propone tres aspectos importantes: autoeficacia, experiencia vicaria y papel terapéutico de la expresión cultural.

Bandura (1987) se refiere a la autoeficacia para describir cómo cada persona toma un juicio sobre sus propias capacidades que le permita alcanzar su objetivo en términos de rendimiento, es decir, cómo percibe sus posibilidades. En el caso de interés, la autoeficacia se hace visible, por ejemplo, distinguiendo las formas en las que otros pacientes obtienen éxito en tratamientos, dado que logra motivar. En un entorno hospitalario, las actividades recreativas no se expresan únicamente cuando el paciente posee una habilidad particular, sino también sobre cómo un paciente percibe sus propias capacidades. Similar sucede en el caso de cuidadores, quienes también interpretan indicadores de fortaleza y progreso.

Siguiendo los postulados de Bandura (1987; 2006), las actividades recreativas en contextos hospitalarios no operan como simples distracciones a la enfermedad, sino también como ejercicios que aumentan y/o fortalecen esta autoeficacia, a lo que Bandura (2006) le llama “poderosas experiencias de maestría”, esto opera tanto en actividades prácticas como motivacionales y de rehabilitación. Es importante reconocer que el cuidador también se involucra en este proceso a través de su percepción y desarrollo de capacidades de cuidado, y las condiciones adversas a las que se llega a enfrentar, como el cansancio físico y emocional. En contextos hospitalarios, en los que hay niveles importantes de perseverancia y optimismo, estos funcionan como protectores, y al mismo tiempo revelan que la eficacia no solo define las actividades en sí mismas, sino también el nivel de esfuerzo que se ejerce (Bandura, 2006).

Tomando como foco las propuestas de Bandura (1987; 2001; 2006), además de la autoeficacia, la perspectiva agéntica es clave para entender el fundamento de la agencia humana. Bandura (2001) plantea que el funcionamiento humano opera por medio de un modelo de causalidad recíproca triádica en el que son al mismo tiempo los factores personales internos, las influencias ambientales y los patrones de conducta. Los puntos mencionados no operan de manera aislada, esa dicha interacción a lo que el autor llama “determinismo recíproco”, que es al mismo tiempo el modelo que define al ser humano como un agente activo que delimita sus conductas. Así, el determinismo recíproco revela y permite entender la dinámica entre las personas, su comportamiento y el ambiente. Considerar la propuesta de Bandura ayuda a comprender cómo las actividades recreativas revelan la relación triádica que propone, considerando los factores personales como las emociones y creencias, el comportamiento y el ambiente. Las actividades recreativas se consideran en este caso como influencias externas, sin embargo, al mismo tiempo tienen un impacto sobre factores personales y comportamiento, considerando su impacto

emocional, por ejemplo (Bandura, 2001). Las actividades recreativas que involucran menores en contextos hospitalarios promueven aprendizajes por parte de pacientes a partir de la observación que plantea inicialmente a partir de Bandura (1987).

El aprendizaje, tanto de pacientes como de cuidadores, ocurre, en el caso de interés, en espacios sociales a partir de observación. He mencionado antes que el ejercicio forma el aprendizaje observacional (Bandura 1987), y es lo que permite adquirir conocimientos, habilidades y estrategias, además de creencias y actitudes.

De acuerdo con Schunk (2012), este aprendizaje por observación no es una simple imitación que funciona de manera mecánica, sino que implica un procesamiento de la información que posteriormente se convierte en representaciones simbólicas, así también existe un impacto sobre el sentir, el pensar y el actuar. El rol del Profesional en Recreación juega aquí un papel fundamental, considerando que tiene a cargo la construcción e implementación de estrategias que promuevan el fortalecimiento de las capacidades tanto emocionales como cognitivas de pacientes y cuidadores, considerando que la recreación en este caso no es únicamente un juego o distracción, sino un proceso de reconstrucción de capacidades (Schunk, 2012).

La propuesta de Albert Bandura (1987; 2001) sobre el aprendizaje revela cómo las estrategias recreativas en contextos hospitalarios pueden ser interpretadas como mediaciones pedagógicas que apoyan el desarrollo y la recuperación del paciente y de su cuidador, considerando que ambos actores perciben frases como “puedo hacerlo” en forma de provocación y/o transformación. Aquí es importante considerar que el aprendizaje, como he mencionado, no opera únicamente de manera directa, sino también vicaria por medio de la observación (Bandura, 2001). El contexto hospitalario es percibido tanto por pacientes como por cuidadores como ambiente

impuesto sobre el que se tiene poco o nada de control, y asume una situación de dificultad. Sin embargo, las actividades recreativas que involucran uno o ambos actores operan como estrategia de transformación del espacio en uno en el que el paciente tiene agencia. La recreación promueve en el paciente estrategias de autorregulación, y al mismo tiempo desarrollan eficacia colectiva (Bandura, 2001).

De otro lado, en el presente trabajo de grado, son centrales los planteamientos de Erik Erikson (1987), quien propone el aprendizaje emocional como un proceso psicosocial que también implica momentos o etapas de crisis. Erikson plantea ocho etapas críticas, cada una de ellas representada por un conflicto que se resuelve dando lugar a un nuevo aprendizaje, cualidad o virtud. La propuesta de Erikson revela que la personalidad se desarrolla a través de una serie de pasos dentro de la interacción social (Erikson, 1987). En el caso de pacientes pediátricos en contextos hospitalarios, el desarrollo se puede ver afectado por circunstancias como el no acompañamiento permanente de cuidadores o el control y pérdida de autonomía. Las actividades recreativas constituyen un escenario en el que los pacientes pediátricos pueden ejercer su capacidad de elección y decisión. Por otro lado, la recreación permite al infante pasar de un grado importante de pasividad a la actividad.

La propuesta de Erikson (1987) deja ver que los niños en etapa escolar o de aprendizaje transitan por una etapa que va del juego a la vida productiva. El infante pasa de la imitación hacia la práctica partiendo de su propia imaginación, a lo que Erikson llama “el principio del trabajo”, en el que descubre cómo realizar tareas diligentes trae consigo una recompensa, como el placer de terminar una tarea.

Considerando lo anterior, el desarrollo de actividades recreativas en contextos hospitalarios tanto para pacientes pediátricos como para sus cuidadores, debe considerarse varios ejes fundamentales. La participación activa y no pasiva es fundamental, el “juego” permite al niño recrear espacios a su voluntad. Las actividades deben estar guiadas como apoyos para resolución de crisis, y no únicamente como distracción. Es importante considerar permitir la libre elección, y el juego a partir de un propósito que permita el reconocimiento de logros reales, y que mitigue los efectos de estar en un espacio distinto al escolar.

Considerando la relevancia que tiene consolidar la seguridad a partir de experiencias positivas durante la niñez, teóricamente Erikson (1987) plantea un punto fundamental que tiene que ver con una etapa clave, y es la de autonomía vs vergüenza y duda, que es descrito como un segundo momento de conflicto en el desarrollo humano, y que se expresa durante los primeros años. Aquí se debe considerar que el juego dentro de las actividades recreativas permite sincronizar procesos corporales y sociales, y que, como ya he mencionado, no implica solo diversión, sino también una forma de lidiar con la experiencia, reafirmando la autonomía de pacientes pediátricos, de ahí la importancia de la implementación de estrategias que aborden un juego auto cósmico, es decir, sensorial y corporal (Erikson, 1988).

Partiendo también de Erikson, Masten y Motti-Stefanidi (2020) plantean una propuesta que aborda el impacto emocional de la enfermedad. En este caso se logra vislumbrar cómo el impacto sobre los niños es más profundo y multisistémico, y cómo se evidencia en distintos espectros, como el psicológico y el conductual. Al mismo tiempo, plantean el desarrollo saludable como un proceso multisistémico y dinámico en el que debe estar inmerso también el nivel social. Así, el bienestar de los pacientes pediátricos está mediado por la interacción dinámica de sistemas que

son dependientes entre sí, y que se consideran una red de seguridad (Masten y Motti-Stefanidi, 2020).

Finalmente, y retomando la propuesta de Erikson (1987), el juego y el desarrollo psicosocial toman un papel fundamental en el desarrollo de pacientes. Así, el juego es planteado como función del ego, y como un proceso en el que se propone sincronizar lo corporal con lo social, partiendo además de lo que él llama mediación pedagógica, de la cual la microesfera juega un papel fundamental. La estrategia, debe estar centrada hacia el manejo emocional ante situaciones de frustración, permitiendo que el niño (o ego, como lo plantea el autor) retome su capacidad.

Las actividades recreativas constituyen un puente vital para que los pacientes pediátricos sostengan un desarrollo saludable, lo que implica el uso de energía en su propio desarrollo y no necesariamente o exclusivamente en la enfermedad (Erikson, 1988). ¿Pueden considerarse teóricamente desde una perspectiva multisistémica que no solo involucra desarrollo social, sino psicosocial, mental y de agencia humana, y operan como mediaciones pedagógicas y terapéuticas, y como promotoras de autoeficacia tanto para pacientes como para cuidadores?

Estrategias recreativas

De acuerdo con Stumbo y Peterson (2018), las estrategias recreativas con mirada terapéutica se definen como proceso sistemático basado en las necesidades del paciente. El Modelo de Habilidad del Ocio, tiene tres componentes básicos: intervención funcional, educación del ocio y participación en la recreación; los tres enfocados en los pacientes. El modelo planteado por Stumbo y Peterson (2018), implica la puesta en práctica de un proceso de planificación,

implementación y evaluación que asegure eficacia de los programas, además del bienestar el paciente.

Stumbo y Peterson (2018), retomando a David Austin, plantean que el propósito de las estrategias de recreación es apoyar a los pacientes para el desarrollo a partir del ocio hacia mejoras de salud y bienestar. Aquí, no necesariamente se propone una ausencia de enfermedad, sino un mayor nivel de bienestar, es decir, un crecimiento hacia un mayor potencial de crecimiento físico, emocional y social. La recreación terapéutica se refiere a las prácticas que ayuden a un estilo de vida de ocio independiente y satisfactorio, lo que permite al paciente generar habilidades y conocimientos que apoyen su condición, siempre considerando sus necesidades (Stumbo y Peterson, 2018). Es importante mencionar que, en un contexto hospitalario, las estrategias no se eligen al azar, por lo que su planeación y posterior análisis son fundamentales.

Las estrategias de recreación constituyen un proceso más complejo que simples actividades guiadas al placer o la distracción. No están definidas solo por actividades aisladas, sino por el proceso sistemático y lógico basado en las necesidades del paciente.

La terapia recreativa busca el desarrollo de un estilo de vida de ocio independiente y satisfactorio a través de una participación auto direccionada, revelando no solo un direccionamiento del profesional a cargo, sino también el acompañamiento y orientación (Stumbo y Peterson, 2018).

Los documentos revisados conectan las anteriores reflexiones con los planteamientos de Johan Huizinga (2007), quien plantea el juego como punto de partida de la cultura humana y su desarrollo. El aprendizaje a través del juego está sujeto a varios puntos, como la libertad, el desinterés y el orden y las reglas; haciendo énfasis en que cada uno de ellos está separado de la

vida cotidiana y ordinaria. Considerando planteamientos anteriores, como los de Stumbo y Peterson (2018), y tomando como base los planteamientos de Huizinga (2007), el juego opera como una herramienta de transformación que le ofrece a los pacientes no solo distracción, sino también el dominio de su propia realidad. El niño percibe normalmente el ambiente hospitalario como la “vida corriente”, y el juego simbólico funciona como escapatoria por medio de la idea de “libertad”, y por medio de la cual se logra ahondar en una identidad propia por medio de la imaginación.

El arte o las actividades artísticas juegan un papel fundamental y ayudan a configurar lo que Huizinga denomina “círculo mágico” al ser un espacio separado de la vida ordinaria. El crea un ambiente que promueve la búsqueda de una solución, sentimiento de competencia y satisfacción al lograr algún avance o reto.

En el contexto hospitalario, involucrar a los cuidadores en estos ejercicios promueve también una posición de seguridad para el niño. Las estrategias recreativas que involucran a cuidadores permiten también un ambiente alegre en el que se logran activar los sistemas de apoyo, pensando en cubrir las necesidades del paciente y la atención a problemas humano-sociales (Lizasoáin, 2016). En esta misma dirección, el entorno familiar juega un lugar fundamental, considerando que se convierte en el principal sistema de apoyo, y este es vital para la salud, bienestar y calidad de vida del paciente (Stumbo y Peterson, 2018). Si consideramos el contexto específico en el que se desarrolla este trabajo, vemos que las estrategias recreativas se remiten a la ludoterapia, actividades artísticas y creativas, juegos sensoriales e incluso actividades de distracción durante procedimientos médicos.

Impacto de las estrategias recreativas

Las estrategias recreativas, partiendo de la educación del ocio y los principios de la psicología positiva hace parte de un proceso equilibrado, que incluye el desarrollo de la autodeterminación (Dattilo, 2015). El impacto de estos procesos incluye, además de la reducción del estrés, también el evitar el aburrimiento y la ansiedad, es decir, la mejora del estado de ánimo del paciente (Dattilo, 2015). Esto no solo es aplicable para los pacientes, sino también para cuidadores; en ambos casos se propone el fomento de la libertad de elección y competencia, además de una intención de promover la atención a experiencias positivas que se conserven como sentimientos positivos que impacten en la salud mental, incluyendo el principio de reciprocidad, mostrando un esfuerzo colaborativo (Dattilo, 2015).

El bienestar del paciente está ligado al de quien lo cuida, su salud mental y su capacidad de respuesta a la red de apoyo. Teóricamente, siguiendo a Folkman y Lazarus (1987), los cuidadores no desempeñan únicamente un lugar de acompañante, sino que constituyen el principal sistema de apoyo y protección. Así, el cuidador es también un “amortiguador”, que opera como protector ante el estrés clínico. Sin embargo, quien cuida también atraviesa situaciones difíciles y abrumadoras que pueden desencadenar en una cascada negativa. El juego compartido involucra a cuidadores y ayuda a la reducción de su estrés, incertidumbre y ansiedad (Folkman y Lazarus, 1987), lo que tiene un impacto en todo el círculo familiar.

El Modelo Doble ABCX, abordado por Lavee, McCubbin y Patterson (1985), evidencia que la respuesta de estrés no depende únicamente de un evento, sino de la interacción de demandas acumuladas (que hacen referencia a la acumulación de estrés y a tensiones residuales). En la mayor cantidad de ocasiones la respuesta depende de la fortaleza de sus recursos, que en gran medida se desarrollan como respuesta ante la crisis. Los recursos hacen referencia a aspectos como el vínculo

emocional, la adaptabilidad y la comunicación colectiva (Lavee, McCubbin y Patterson, 1985). Las estrategias recreativas se vinculan con este modelo al actuar como motores que activan dichos recursos internos de la familia, lo que influye directamente en la capacidad de adaptación, y que se refleja a través del juego.

Teoría del desarrollo psicosocial de Erikson

Erik Erikson (1987) plantea la noción de “personas significativas” para abordar el impacto de las personas que rodean, en este caso, al paciente. Se refiere a las personas en el entorno inmediato del niño, es decir, sus cuidadores, quienes tienen un impacto directo sobre el estado emocional del paciente. Aquí, el desarrollo de la resiliencia tiene un lugar importante, entendiendo que se identifica como la capacidad de ego, o el paciente, para unificar la experiencia y desarrollar una mejor adaptación (Erikson, 1987). La resiliencia no se define en este caso como una cualidad o idea de no vulnerabilidad, sino como un proceso de desarrollo dinámico que revela una adaptación positiva ante una o varias adversidades (2021).

La teoría del desarrollo psicosocial propuesta por Erikson (1987) plantea que la personalidad humana depende del desarrollo a través de varias etapas predeterminadas en las que el niño interactúa con otras personas o círculo social que se hace cada vez más amplio; esta interacción hace parte fundamental del desarrollo de personalidad de individuo. Cada una de las etapas que se atraviesa tiene un momento crítico que implica progreso o regresión, lo que define también capacidades psicosociales. El éxito de cada etapa depende, en gran medida, del desarrollo de las etapas anteriores.

En total, la propuesta de Erikson hace referencia a ocho etapas que incluyen puntos como la confianza vs desconfianza, autonomía vs vergüenza, iniciativa vs culpa, intimidad vs

aislamiento, entre otros. Esta teoría propone que cada una de las etapas tiene una relación particular con la sociedad, y su interacción con ella. Todo esto implica que el bienestar del paciente depende de que ego logre una adecuada adaptación a cada etapa, lo que permite el sostenimiento de su integridad y el sentido de sus propósitos (Erikson, 1987).

La propuesta del yo de Erikson (1987) se relaciona con la capacidad del paciente para unificar su experiencia o situación de enfermedad y su acción a partir de la adaptación. La relación del yo con el desarrollo del paciente puede conectarse, de acuerdo con Erikson (1987), tiene relación con el orden personal y el cómo se logre sostener su integridad y propósito. Así, su desarrollo depende de la adaptación y ajustamiento a los impactos del entorno (Erikson, 1987).

Teoría del aprendizaje social

Los pacientes pediátricos hospitalarios que hacen parte de las aulas descritas desarrollan habilidades para la vida de acuerdo con los procesos cognitivos y sociales que se involucran en su proceso de aprendizaje. El aprendizaje social responde a estímulos. Para describir este proceso, Albert Bandura (1987) propone como “teoría cognitiva social”; esta se describe como un modelo que explica el desarrollo humano a partir de la interacción social pero también educativa. La propuesta de Bandura (1987) se fija en varios pilares:

- La evolución hacia la Teoría Cognitiva Social. Esto incluye los orígenes sociales del pensamiento y la acción humana, la contribución causal de los procesos de pensamiento, a lo que nombra como “lo cognitivo”; la autorregulación y la motivación.
- El determinismo recíproco triádico. Aquí, Bandura aborda la reciprocidad triádica, que aborda el funcionamiento humano como resultado de la interacción entre la conducta, factores personales y el entorno.

- El aprendizaje por observación. Aquí, cómo mencioné al inicio de este capítulo, se plantea cómo la conducta humana es aprendida a partir de la observación; es decir, de la atención, la retención, la producción y la motivación.
- La autoeficacia percibida. Esta constituye las creencias alrededor de las propias capacidades del paciente para organizar y ejecutar acciones que le permitan alcanzar metas. Para esto se involucran dos puntos: el impacto y las fuentes de información. El primero para abordar cómo influyen las creencias en las metas que se proponen; lo segundo hace referencia a cómo la autoeficacia se construye a partir de logros.
- La agencia humana. En este caso, hace referencia a las capacidades básicas, simbolizadora, de prevención, autorreguladora y autorreflexiva.

A lo que hacen referencia los anteriores puntos es a cómo el paciente puede ejercer influencia sobre su propio destino y/o desarrollo a partir de la educación y el pensamiento como herramienta (Bandura, 1987). Las capacidades son, de acuerdo con la teoría cognitiva social, fundamentales en la definición de la naturaleza humana, lo que permite que el paciente logre actuar como agente activo en su desarrollo.

- Capacidad simbolizadora: se refiere a la capacidad de uso de símbolos para procesar y transformar las experiencias que funcionan de guía para próximas situaciones.
- Capacidad de previsión: hace alusión a las formas en las que la conducta humana se regula a partir de las posibilidades existentes a posibles situaciones futuras.
- Capacidad vicaria: en este caso, permite aprender conocimientos y habilidades a partir de la observación de otras conductas y sus consecuencias.

- Capacidad autorreguladora: se describe como el ejercicio de motivación y dirección de la propia conducta a partir de criterios de autoevaluación. Esta funciona a partir de la comparación entre situaciones y criterios.
- Capacidad de autorreflexión: permite el análisis de las experiencias propias, y la reflexión a partir de evaluación de las propias competencias.

Bandura (1987) y Erikson (1987) proponen la Teoría Cognitiva Social y el Desarrollo Psicosocial respectivamente; ambos ayudan a entender cómo operan las estrategias recreativas en aulas hospitalarias, es decir, cómo se convierten en herramientas para transformar las experiencias alrededor de la enfermedad en una maestría y fortalecimiento del ego. El juego se convierte en uno de los principales potencializadores de esta transformación. Erikson (1987) plantea el juego como una capacidad para recrear situaciones y ganar dominio sobre la realidad; mientras Bandura (1987) propone las experiencias de maestría como inicio de la autoeficacia. El aula hospitalaria opera como una microesfera en la que el paciente logra experimentar un éxito real que logra contrarrestar la impotencia generada por la enfermedad (Erikson 1987). Como se ha venido mencionando, las estrategias recreativas no funcionan como simple juego, sino como un proceso o mediación educativa (Erikson, 1987) para impulsar en los pacientes la percepción de la autoeficacia (Bandura, 1987).

Las estrategias recreativas funcionan como mediación educativa y terapéutica integral, además de la protección de la salud mental y física del paciente. Estos impactos llegan a la activación de sistemas neurobiológicos, y sobre la regulación emocional, de neurotransmisores y de hormonas (Fancourt y Finn, 2019). El juego, las prácticas artísticas y educativas funcionan como potenciadores de respuestas neurobiológicas integradas, lo que afecta procesos psicológicos,

neurológicos, inmunológicos y endocrinos, lo que implica que existe también un efecto sobre la salud física (Fancourt y Finn, 2019).

Como ya he mencionado, las actividades en las aulas hospitalarias incluyen la recreación a partir del juego, el arte y el deporte; estas son adaptadas de acuerdo con las necesidades de los pacientes, su salud física, pero también emocional y mental. Este impacto llega también a la mitigación de la ansiedad, los miedos y el estrés, tanto para el paciente como para su cuidador (Lizasoain, 2016). Una de las formas de reducir el estrés se da a través de las actividades lúdicas, como el juego o escuchar música, que funcionan a manera de distracción. La recreación contribuye significativamente en la estabilidad emocional del paciente, lo que al mismo tiempo impacta sobre su recuperación (Lizasoain, 2016). La autoeficacia (Bandura, 1987) como creencia en la propia capacidad tiene un impacto fuerte sobre procesos sociales y cognitivos. Existe una importante influencia en el comportamiento, la cantidad de esfuerzo invertido y las acciones que se eligen. Las habilidades para la vida son el resultado de un ego fuerte, que logra atravesar una acción adaptativa, proceso en el que se involucran a lo que Erikson (1987) las personas significativas, es decir, los cuidadores, cuya reactividad y estado emocional impactan sobre la experiencia del yo y el desarrollo psicosocial (Erikson, 1987).

Erikson (1987) plantea el “yo” o el “ego” no únicamente como parte de la mente, sino como un ente interno que salvaguarda el orden personal, además de que ayuda al proceso adaptativo. El yo organiza y prepara al individuo sobre transformaciones y demandas de su entorno, además de que funciona como mediador de los impulsos instintivos. En términos de virtudes, Erikson (1987) reconoce algunas básicas, como la esperanza, voluntad, propósito, competencia, fidelidad, amor y cuidado. Como se ha descrito, las estrategias recreativas se convierten en herramientas esenciales que ayudan al paciente a recuperar su control, pero también a mitigar los efectos negativos que

puede provocar el contexto hospitalario. Retomar el control no solo permite que el paciente retome el control, sino que al mismo tiempo refuerza su autonomía, por lo que las estrategias deben primar en salvar la iniciativa del niño, impidiendo que las limitaciones producidas por los tratamientos se conviertan en fuente de culpa (Erikson, 1987).

Partiendo de estos planteamientos, es importante reconocer que los procesos de hospitalización y tratamiento pueden interrumpir el desarrollo de identidad de los pacientes, y de cómo se perciben a sí mismos. Existe una ruptura de la continuidad del yo, en tanto la hospitalización opera como un evento traumático (Erikson, 1987). Así, la implementación de estrategias recreativas se convierte en un mecanismo de reparación y fortalecimiento del yo, que permite avanzar sobre la continuidad del yo, dado que la hospitalización impone un grado importante de pasividad forzada, y la recreación permite al niño el dominio del trauma (Erikson, 1987).

Retomando a Bandura (1987) es importante reconocer que la observación y el aprendizaje a través de ella es muy importante. Es decir, las actividades recreativas operan como escenarios en los que los participantes aprenden a enfrentar sus emociones a través del ejemplo e interacción con otros.

En este punto, la autoeficacia propuesta por Bandura (1987) funciona como punto de partida para comprender cómo la recreación impulsa la maestría y regulación emocional, permitiendo que tanto pacientes como cuidadores dejen de ser actores pasivos para convertirse en agentes activos en su recuperación. La experiencia de maestría, al mismo tiempo, ayuda a avanzar sobre transformaciones personales. La recreación y el uso de la microesfera funciona como una mediación fundamental para que pacientes y cuidadores transformen el estrés en experiencias de

maestría y autoeficacia (Bandura, 2006). La interacción con otros pacientes y cuidadores logra avanzar sobre el apoyo mutuo, a través de la eficacia colectiva y la regulación mutua, lo que permite la construcción de la unidad (Bandura, 2006). Así, se consigue la reducción del estrés tanto para pacientes como para cuidadores, lo que promueve la mejoría física y mental del paciente, reduciendo también su vulnerabilidad (Fancourt y Finn, 2019).

Aulas Hospitalarias en la ciudad de Cali

En el marco del contexto de interés, las aulas hospitalarias constituyen también un espacio de formación o educativo en clínicas y hospitales, en el que los pacientes pediátricos determinan, de acuerdo con sus necesidades, las actividades. El objetivo además de contribuir al desarrollo de los pacientes, tiene que ver con dar continuidad a un proceso educativo que promueva el desarrollo emocional.

En la ciudad de Cali, el Hospital Universitario del Valle (HUV) Evaristo García ofrece uno de los centros con aula hospitalaria de manera permanente. Similar ocurre en la Clínica Infantil Club Noel, donde se atienden alrededor de cincuenta niños por mes. Por otro lado, desde el año 2009 el Hospital Universitario Fundación Valle de Lili ofrece un espacio de aula hospitalaria, y desde 2018 formalizó un programa educativo con el apoyo de la Universidad Icesi y su programa de educación. Esta último es el programa Caritas Felices, desde donde se promueven actividades como el juego, la lectura y manualidades; y Aula Hospitalaria o Aula Lili, donde brindan oportunidades de aprendizaje que les permiten reintegrarse a su vida escolar, y donde se atienden diez pacientes pediátricos y sus cuidadores, quienes de acuerdo con las indicaciones de sus médicos hacer parte de actividades recreativas direccionadas por profesionales en recreación (Fundación Valle de Lili, 2018; 2022). Semanalmente se atienden 72 camas, en las que

permanecen niños que no pueden participar de las actividades colectivas por razones diagnósticas, como infecciones, enfermedades contagiosas o movilidad reducida.

El Aula Lili constituye un espacio acondicionado para pacientes pediátricos, en el que se protege la salud de dichos pacientes, con condiciones de bioseguridad, mobiliario y materiales de apoyo pedagógico especializado. Abarca un salón, zonas al aire libre que cumplen con los criterios establecidos por los médicos. Su funcionamiento está a cargo de profesionales en educación hospitalaria, practicantes de pedagogía y recreación y disciplinas afines, además de voluntarios universitarios (Fundación Valle de Lili, 2018). Tal y como se plantean teóricamente, los juegos y procesos educativos no solo operan como distracción, sino también como procesos de aprendizaje (Stumbo y Peterson, 2018).

Las aulas hospitalares constituyen una respuesta educativa a una condición de enfermedad que puede significar un nivel importante de desventaja al que se enfrentan los pacientes pediátricos. De acuerdo con Lizasoain (2021), las aulas hospitalarias son espacios escolares de apoyo con visión holística y global, desarrollando actividades no solo dentro de las aulas sino también en las habitaciones de los pacientes. Su objetivo se centra en el apoyo de los alumnos a pesar de la situación negativa a la que se enfrentan, con ánimo de que puedan avanzar con la mayor normalidad posible, procurando la mejor calidad de vida posible, aprovechando su tiempo libre y reduciendo al máximo un posible retraso escolar. Así, pueden reconocerse como una extensión del sistema educativo (Lizasoain, 2021). Las aulas hospitalarias deben abarcar una perspectiva pedagógica étnica, orientada a la humanización de la enfermedad (Lizasoain y Ocampo, 2018), y tienen como fin el desarrollo integral de los pacientes, haciendo énfasis en la normalización y estabilidad emocional, promoviendo la adaptación, la agencia, la autonomía y la socialización (Lizasoain y Ocampo, 2018).

Cumplen con una doble función, por un lado, la educativa y por otro, social, desde ambas se busca garantizar el desarrollo integral de los pacientes. Como ya he mencionado, y de acuerdo con Lizasoáin (2016), buscan ser una herramienta que minimice el posible atraso escolar; al mismo tiempo pretenden prevenir la exclusión, marginación o discriminación. En ese sentido, implican proporcionar elementos familiares, como la figura del docente y las tareas, normalizando la vida dentro del hospital, y alejándose de la idea de caos que promueve (Lizasoain y Ocampo, 2018).

Además, las aulas hospitalarias dan un lugar fundamental al afecto, entendiendo que no solo operan como espacios en los que se transmiten conocimientos, sino también la atención a necesidades afectivas y sociales que están ligadas a la enfermedad y su estancia en el hospital (Lizasoain y Ocampo, 2018). Se busca la humanización de la enfermedad y una aproximación más cálida con el contexto hospitalario. (Lizasoain y Ocampo, 2018).

De la misma forma, la inclusión de los cuidadores en estos espacios es fundamental, dado que se consideran un componente nuclear que permite que el proceso de humanización sea más amable (Lizasoain y Ocampo, 2018). La inclusión de los cuidadores promueve un entorno de confianza y seguridad que ayuda al avance sobre el bienestar psicosocial de los pacientes (Lizasoáin, 2021). Así, las aulas hospitalarias constituyen una manifestación de educación y/o escuela inclusiva, considerando que opera como un mecanismo en el que la educación se ajusta para garantizar el desarrollo y el derecho de los pacientes (Lizasoáin, 2016).

CAPÍTULO IV

Aproximación al análisis

El presente capítulo intenta hacer un modesto análisis vinculando mi propia experiencia de Práctica Profesional en la Fundación Valle de Lili, específicamente en el programa Aula Lili, con algunos referentes teóricos que fundamentan la intervención del Profesional en Recreación. A través de este ejercicio, me interesa profundizar sobre la labor de la Recreación como un quehacer que trasciende el simple entretenimiento para convertirse en una herramienta educativa y de mediación emocional fundamental en el contexto hospitalario, en tanto crea condiciones para que los pacientes y sus cuidadores, resignifiquen un poco su experiencia de hospitalización.

Las intervenciones lúdicas desarrolladas por el Profesional en Recreación en el área de Aula Lili, permiten comprender que, lo que inicialmente podría percibirse por el público general como una estrategia para olvidar el entorno hospitalario, en realidad es una herramienta terapéutica de re significación. Siguiendo la postura teórica de Stumbo y Peterson (2018), la Recreación en el ámbito hospitalario no debe entenderse como una distracción frente a la enfermedad, sino como un proceso de aprendizaje pleno que conlleva a objetivos y estrategias específicas creadas de acuerdo con las necesidades particulares de los pacientes.

La Recreación dentro del entorno clínico se aleja de la concepción tradicional “pasar el tiempo”. Las aulas hospitalarias, como el Aula Lili, son entornos que operan como espacios en los que los pacientes y sus cuidadores logran recuperar un poco el control sobre la enfermedad y las situaciones de crisis; les permiten desarrollar herramientas emocionales y sociales que fortalecen su capacidad para enfrentarse a la adversidad de salud y al su entorno hospitalario.

Siguiendo la postura de Stumbo y Peterson (2018), la Recreación en el ámbito hospitalario no debe entenderse como una distracción, sino como un proceso de aprendizaje pleno que conlleva a objetivos y estrategias específicas. Como lo mencioné en la intervención de los pingüinos, la actividad nace para abordar las crisis emocionales y el dolor físico de los pacientes pediátricos.

La actividad propuso el reconocimiento de la identidad y las raíces a través de la metáfora del pingüino, un animal que sobrevive en entornos extremos gracias a que reconoce su propia colonia. En el entorno hospitalario, los niños a menudo experimentan un proceso de despersonalización, en los cuales su identidad corre el riesgo de reducirse a un diagnóstico o a un número de habitación. Al invitar a la paciente a construir su pingüino mediante el recorte y el pegado, al escribir su nombre en el centro de la figura, se realiza un ejercicio de memoria. Reconocer quién es y de dónde viene potencia su agencia y le recuerda que, a pesar de la enfermedad, sigue siendo el protagonista de su propia historia y pertenece a una familia y a un entorno que lo reconoce y lo espera.

En segundo lugar, la actividad me permitió reflexionar sobre la importancia fundamental de validar las emociones presentes, sin negarlas ni enmascararlas. En los espacios hospitalarios es común que los adultos (tanto personal médico como cuidadores) intenten animar al niño desde una positividad forzada, instándolo a "ser valiente" o a "no llorar". Sin embargo, esta intervención me enseñó que negar el dolor o la tristeza no hace que desaparezcan; por el contrario, aumenta la angustia.

Finalmente, esta reflexión me lleva al núcleo del afrontamiento ante la crisis, el abrazo del pingüino. Ante la imposibilidad de cambiar de inmediato la realidad médica (el dolor, el tratamiento o la hospitalización), la intervención lúdica da algunas modestas herramientas para

transitar la "tormenta". La metáfora de que, en momentos de crisis extrema, los pingüinos no se aíslan fingiendo que no tienen frío, sino que se agrupan para buscar calor, se puede traducir en acciones concretas que el niño puede ejercer: permitirse llorar para liberar tensión, pedir un abrazo a su cuidador, utilizar la respiración guiada o comunicar su dolor al personal médico.

Albert Bandura (2001) define este suceso como agencia humana ya que entorno caracterizado por la pérdida de control sobre la propia cotidianidad, el acto de crear y nombrar, permite fortalecer la capacidad de actuar intencionalmente, transformando (al menos por un tiempo determinado) un espacio de vulnerabilidad en uno de empoderamiento personal.

No obstante, durante Práctica Profesional, también se enfrentaron momentos de crisis. Bandura (2001) plantea el concepto de determinismo recíproco y considera que el funcionamiento humano opera por medio de un modelo de causalidad recíproca triádica, en el cual interactúan simultáneamente tres elementos: los factores personales internos, las influencias ambientales y los patrones de conducta. Estos puntos no operan de manera aislada, sino que definen la dinámica entre las personas, su comportamiento y el ambiente.

Si aplicamos el determinismo recíproco a la intervención inicial fallida en el Aula Lili, observamos cómo la triada generó un ciclo negativo. La influencia ambiental (el ruido, la cantidad de personas y el estímulo del Aula Lili) chocó directamente con un factor personal interno crítico (el fuerte dolor de cabeza de la paciente). Esta interacción probablemente ocasionó un hecho concreto: la crisis emocional, el llanto constante y los gritos. Mi error como Practicante en ese primer momento fue intentar modificar el patrón de conducta ofreciendo estímulos externos mecánicos (dibujos, música, juguetes), ignorando por completo el factor personal interno que era el detonante real de la situación.

En contraste, la intervención de los pingüinos en la habitación fue un éxito precisamente porque operó en sintonía con el determinismo recíproco. Al modificar la influencia ambiental (trasladando la actividad a un espacio silencioso y seguro en la habitación del cuarto piso) y adaptarme al factor personal interno (diseñando una actividad manual de bajo impacto físico que respetara su dolor de cabeza), logré transformar el patrón de conducta. Las actividades recreativas, como señala Bandura (2001), actúan como influencias externas que logran un impacto directo sobre los factores personales y el comportamiento. El resultado fue evidente: la menor dejó el llanto, colaboró, participó activamente y sonrió.

Otro concepto teórico vital que se materializó en esta experiencia fue el de la "agencia humana". En el contexto hospitalario, que suele ser percibido por pacientes y cuidadores como un ambiente impuesto sobre el que se tiene poco o nada de control, la Recreación funciona como una estrategia de transformación del espacio en uno donde el paciente recupera su agencia (su enfermedad) Al permitirle a la niña elaborar los pingüinos y elegir sus nombres, se le devolvió la capacidad de actuar intencionalmente, lo que Bandura (2001) define como agencia humana. Este simple acto de crear y nombrar transformó temporalmente un escenario de vulnerabilidad médica en uno de empoderamiento personal.

A la par de la agencia, se fortaleció la "autoeficacia", es decir, el juicio que la persona hace sobre sus propias capacidades para alcanzar un objetivo. Siguiendo a Bandura (2006), las actividades en contextos clínicos no son meras distracciones, sino que operan como "poderosas experiencias de maestría" que aumentan esta autoeficacia. Al terminar la manualidad de los pingüinos, la menor comprobó que, a pesar de su dolor y su internación, era capaz de crear algo bello y terminar una tarea.

Otro modesto ejemplo del impacto de la Recreación en contextos hospitalario es la reacción que las pequeñas muestras de empoderamiento del paciente, se extiende a sus cuidadores. La madre de la menor, quien inicialmente se encontraba alterada y sumida en el estrés, pudo ser testigo de la sonrisa y participación de su hija. Como advierte el marco teórico, el cuidador también se involucra en el proceso al interpretar los indicadores de fortaleza y progreso, lo que funciona como un factor protector frente al cansancio físico y emocional.

Finalmente, esta experiencia práctica dialoga directamente con los postulados de Erik Erikson (1987) sobre el desarrollo emocional en la infancia. Erikson señala que las actividades recreativas operan como un espacio en el que los pacientes pediátricos pueden recuperar un nivel importante de elección. Uno de los mayores riesgos psicológicos de la hospitalización infantil es la sumisión total a los procedimientos médicos, lo cual genera inactividad. Sin embargo, la recreación pertinente permite al infante pasar de un grado importante de pasividad a la actividad.

En la elaboración de los pingüinos, la niña transitó por lo que Erikson denomina "el principio del trabajo", un estadio donde el menor pasa de la imitación hacia la práctica partiendo de su propia imaginación, descubriendo que realizar tareas diligentes trae consigo la recompensa y el placer de concluir una labor. Su participación le dio la posibilidad de recrear su propio espacio y lograr un poco de autonomía.

La interdependencia entre la práctica ejecutada en el Aula Lili y la teoría del aprendizaje social y emocional dan algunas pistas para comprender que el éxito de la Recreación en el ámbito de la salud no reside en la ejecución mecánica de tareas preestablecidas. El rol del Profesional en Recreación exige capacidad de observación y adaptabilidad; el profesional deja de ser un simple animador para convertirse en un facilitador de experiencias educativas. Solo a través de una

compresión respetuosa de las necesidades del paciente se logra que la Recreación desarrolle una función pedagógica y terapéutica: potenciar capacidades y crear algunas condiciones para que el niño mantenga vivo su derecho a actuar e imaginar en medio de la adversidad clínica.

CONCLUSIONES

Llegar al cierre del trabajo de grado, representa mucho más que la culminación de un requisito académico para la obtención del título profesional; en este punto la formación universitaria, la empatía, la pedagogía y la transformación personal se entrelazan.

El desarrollo de este trabajo de grado, me dio la oportunidad de reflexionar sobre mi vivencia durante un año de Práctica Profesional en el programa Aula Lili de la Fundación Valle del Lili (Cali, Colombia). El proceso me permitió comprender que la Recreación, en un contexto irremediabilmente marcado por la enfermedad y la incertidumbre, se dirige como un acto de resistencia vital y de reafirmación humana.

El proceso global me enseñó que los documentos y las teorías requieren ser contrastados con las realidades de quienes habitan el hospital (pacientes pediátricos – cuidadores). Documentar y analizar nuestras intervenciones, como he procurado hacerlo me permite lograr aprendizajes importantes sobre mi quehacer como futuro Profesional en Recreación.

La implementación de la metodología del modelo de intervención SARI (Mesa 2010) en mi Práctica Profesional nos permitió dar estructura y propósito a cada interacción con los pacientes. Al diseñar propuestas basadas en momentos claros de apertura, exploración, negociación, socialización y evaluación garantizó que ninguna actividad fuera producto del azar o llevada al intento de improvisación. Logré así comprender que flexibilidad y la sensibilidad humana, indispensables en un hospital, deben estar ancladas en una planificación consciente. El Aula Lili no operó simplemente como un cuarto de juegos, sino como un laboratorio donde cada actividad nos permitió dar oportunidad a los pacientes de disfrutar de su niñez, aún en un contexto complejo como el de la hospitalización

Sin embargo, uno de los aprendizajes más determinantes y profundos de este proceso formativo no provino de los éxitos inmediatos, sino de la confrontación directa con la frustración y la vulnerabilidad como profesional. La experiencia de enfrentar una crisis emocional incontrolable en una paciente durante mis primeras intervenciones me hizo cuestionar la eficacia de mis herramientas e incluso mi permanecía en el espacio. No obstante, ese momento de bloqueo y aparente fracaso fue el catalizador de una maduración invaluable. Comprendí que el rol del Profesional en Recreación no consiste en silenciar mecánicamente el dolor o forzar un estado de alegría artificial, sino en validar las emociones y acompañar, incluso desde el silencio reflexivo. Entendí que la intervención más poderosa reside en la capacidad de adaptar el entorno a las necesidades reales del sujeto, como ocurrió al trasladar la actividad a la habitación para buscar una comodidad más agradable a la paciente.

Ese episodio particular evidenció de manera empírica el determinismo recíproco triádico propuesto por Albert Bandura, demostrando cómo una estrategia recreativa influye en el cambio del dolor físico de un paciente para transformarlo en una conducta positiva. La noción de "agencia humana" de Bandura cobró vida frente a mis ojos cada vez que un paciente tomaba el control de su actividad, en tanto, para nosotros era muy importante que los pacientes pediátricos y sus cuidadores recapitularan situaciones de su vida donde la tristeza y el dolor hicieron parte, pero que mediante la actividad lo transformaban como un aprendizaje.

En un entorno hospitalario donde muchas de las decisiones médicas limitan al paciente, la Recreación permitió que los pacientes entendieran que a pesar del entorno en el que se encontraban, sus actividades como niños tenían derecho de seguir con normalidad siguiendo una vida plena y llena de risas. De igual manera, los postulados de Erik Erikson sobre el juego como

función esencial del “yo” se ratificaron al observar cómo las estrategias recreativas ayudaron a los infantes a procesar su experiencia de enfermedad, sincronizando sus emociones internas con el complejo mundo hospitalario.

Finalmente, es crucial destacar que el ambiente hospitalario el cuidador no puede ser considerado un actor secundario. La revisión documental y la reflexión de la práctica evidenciaron su profundo desgaste físico, la sobrecarga emocional y los altos niveles de incertidumbre que manejan. Actividades conjuntas como "La odisea del camino" demostraron que, cuando se les brinda un espacio seguro y validado para expresar sus temores y narrar su propia trayectoria frente al diagnóstico, se reduce significativamente la ansiedad. Las estrategias recreativas actuaron como un soporte vital al paciente-cuidador, consolidando redes de apoyo afectivas que son indispensables para sobrellevar los largos tiempos de estancia hospitalaria.

A modo de cierre, los resultados y reflexiones plasmados en este documento constituyen un llamado a las instituciones de salud, a la academia y a los futuros colegas. El Profesional en Recreación no es generador de pasatiempos; es un componente esencial del equipo interdisciplinario que humaniza los espacios clínicos. Nuestra labor salvaguarda el derecho inherente al juego, fomenta el desarrollo psicosocial y contribuye de manera directa a la mejora de la calidad de vida en contextos de adversidad.

Las aulas hospitalarias de Cali y del mundo funcionan como formar de ver a los pacientes, como niños definidos no solo por su diagnóstico médico, sino como un ser humano integral, para quienes jugar, más allá de la lúdica, es un acto indispensable para sanar. Lo mismo ocurre con los cuidadores, más que asistentes de los pacientes, son personas con sufrimientos y dolores profundos que requieren ser atendidos y reconocidos.

BIBLIOGRAFÍA

- Bandura, A. 1987. *Pensamiento y acción. Fundamentos Sociales*. Martínez Roca.
- Bandura, A. 2001. “Guía para la construcción de escalas de autoeficacia”.
- Bandura, A. 2006. “Guide for constructing self-efficacy scales”. En: *Beliefs of adolescents*, pp. 307-337.
- Dattilo, J. 2015. “Positive psychology and leisure education. A balanced and systematic service delivery model”. *Therapeutic Recreation Journal*, XLIX (2), pp- 148-165.
- Erikson, E. 1987. *Childhood and Society*. Paladin Grafton Books.
- Erikson, E. 1988. *El ciclo vital completado*. Versión en español. Editorial Paidós, Buenos Aires.
- Fancourt, D. y S. Finn. 2012. “What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being”. World Health Organization. Informe.
- Fundación Universitaria Valle de Lili. 2022. “Aula Lili”. Disponible en: <https://valledellili.org/multimedia/aula-lili/>
- Fundación Universitaria Valle de Lili. 2018. “Inauguración de nuevo espacio que regalará sonrisas a los niños y jóvenes hospitalizados de la Fundación Valle del Lili”. Disponible en: <https://valledellili.org/inauguracion-caritas-felices/>
- Huizinga, A. 2007. *Homo ludens*. Emecé Editores.
- Lavee, Y; H. McCubbin y J. Patterson. 1985. “The double ABCX modelo f family stress and adaptation: an empirical test by análisis of structural equations with latent variables”. *Journal of marriage and Family*, 47 (4), pp. 811-825.
- Lazarus, R y S. Folkman. 1984. *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company. New York.
- Lizosoáin, O. 2016. *Pedagogía hospitalaria. Guía para la atención psicoeducativa del alumno enfermo*. Editorial Síntesis.

Lizosáin, O. y A. Ocampo. (2018). “Pedagogía hospitalaria: trayectorias de desarrollo intelectual, conquistas profesionales y desafíos de futuro”. *Revista Intersaberes*, 13 (29), pp. 415-423.

Masten, A. y Motti-Stefanidi. 2020. “Multisystem resilience for children and youth in disaster: reflections in the context of COVID-19”. *Adversity and Resilience Science* (1) 95-106.

Schunk, D. 2012. *Teorías del aprendizaje. Una perspectiva educativa*. Sexta edición. Pearson.

Stumbo, N. y C. Peterson. 2018. *Therapeutic recreation program design. Principles and procedures*. Quinta edición. Sagamore Venture.