

**LA RECREACIÓN GUIADA Y CHILD LIFE EN EL CONTEXTO DE
HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA**

María Camila Rodríguez Gómez

Trabajo presentado para optar por el título de:
Profesional en Recreación

Daniela Duque

Directora de Trabajo de Grado

Programa Académico de Recreación

Facultad de Educación y Pedagogía

Universidad del Valle

2025

Resumen

Este estudio analiza comparativamente el programa internacional Child Life y los procesos de Recreación Guiada en contextos hospitalarios pediátricos, con el propósito de visibilizar el potencial de la Recreación en el ámbito de la salud. A través de una revisión narrativa de enfoque cualitativo y exploratorio, se identifican similitudes y diferencias en sus fundamentos conceptuales, enfoques, metodologías, herramientas y roles profesionales, evidenciando que la Recreación Guiada comparte principios con el modelo de Child Life, tales como la resignificación y humanización del entorno hospitalario, velar por el bienestar del paciente pediátrico, el acompañamiento emocional y el uso de herramientas como el juego. No obstante, a diferencia de Child Life, la Recreación aún no ha alcanzado una consolidación institucional ni un reconocimiento formal en el sistema de salud colombiano. Los hallazgos permiten afirmar que la Recreación posee el potencial para posicionarse como una herramienta clave en la atención integral del niño hospitalizado, siempre que se fortalezcan sus rutas de profesionalización, formación especializada, estructuración y organización interna e inclusión y reconocimiento en los equipos interdisciplinarios de salud. Finalmente, el estudio invita a pensar la Recreación como una estrategia esencial para el bienestar psicosocial y el respeto de los derechos del paciente pediátrico.

Palabras clave: Recreación Guiada, Child Life, paciente pediátrico, salud, hospitalización.

Contenido

Introducción	6
1. Planteamiento del problema	8
2. Objetivos	12
2.1. Objetivo general.....	12
2.2. Objetivos específicos	12
3. Justificación	13
4. Marco conceptual	16
4.1. Recreación	16
4.1.1. Historia y desarrollo de Recreación	17
4.1.2. Concepto de Recreación.....	20
4.1.3. Recreación Guiada.	22
4.1.4. Recreación en el ámbito de la salud pediátrica	29
4.1.5. Recreadores y su rol en el ámbito de la salud pediátrica	34
4.2. Child Life.....	37
4.2.1. Historia y desarrollo de Child Life.....	37
4.2.2. Concepto de Child Life	40
4.2.3. Child life en el ámbito de la salud pediátrica: Estrategias y metodología.	43
4.2.4. Profesionales de Child Life y su Rol en el ámbito de la salud pediátrica.	45
4.3. Hospitalización en la infancia	52
4.3.1. La hospitalización infantil como evento y entorno estresante	53
4.3.2. Impacto psicológico y emocional en el niño hospitalizado	55
4.3.3. Factores moduladores del impacto	56
4.3.4. Impacto en el sistema familiar	58
4.3.5. Intervenciones y estrategias para mitigar el impacto	59
5. Metodología.....	62
5.3. Fundamentación Conceptual.....	62
5.4. Descripción del Proceso.....	63
5.4.1. Child Life	63
5.4.2. Recreación.....	65
5.5. Matriz de categorías	68
6. Análisis	70
6.3. Según su concepto	70
6.4. Según su enfoque.....	74
6.5. Según sus bases teóricas.....	75
6.6. Según su metodología de intervención	76

6.7.	Según sus herramientas de intervención	79
6.8.	Según su rol profesional.....	82
6.9.	Síntesis de las categorías de análisis.....	83
7.	Discusión	85
8.	Recomendaciones.....	98
8.3.	Para las instituciones hospitalarias y el sistema de salud.....	98
8.4.	Para el programa académico de Recreación.....	98
8.5.	Para los profesionales en Recreación.....	99
8.6.	Para futuras investigaciones.....	99
8.7.	Para las políticas públicas en salud y la niñez.....	100
9.	Conclusión.....	102
	Referencias bibliográficas	104
	Anexos	110

Contenido de tablas

Tabla 1. Matriz de categorías.....	68
Tabla 2. Cuadro comparativo. Similitudes y diferencias según las categorías de análisis.	84

Contenido de gráficas

Gráfica 1. Historia de la Recreación.....	19
Gráfica 2. Historia de Child Life.....	40
Gráfica 3. Diagrama de flujo. Selección de documentos de Child Life.....	65
Gráfica 4. Diagrama de flujo. Selección de documentos de Recreación.	67

Introducción

La atención pediátrica históricamente se ha centrado en aspectos biomédicos, dejando en un segundo plano el abordaje integral del bienestar emocional de los niños hospitalizados (Rosenblatt, 2024). Igualmente, de acuerdo con Romito (2021) es un hecho que la estancia hospitalaria pediátrica junto al afrontamiento de la enfermedad conlleva un impacto emocional significativo que influye en el bienestar y en el proceso de recuperación; en efecto, esto resulta un trayecto demandante de altibajos extremos, un viaje emocional complejo y retador que se evidencia en el paciente pediátrico y en el cuidador.

En este sentido, programas como Child Life, implementados en países como Estados Unidos, Canadá, Alemania o España, han demostrado ser eficaces en mitigar estos efectos negativos a través de estrategias y metodologías que procuran dar respuesta a las necesidades emocionales y psicosociales de manera integral. Esto hace fijar la mirada en el campo de la Recreación Guiada en el ámbito de la salud y su potencia como herramienta terapéutica, especialmente porque tiene una estrecha similitud con Child Life y su objetivo como programa que opera en dichos entornos. Así, hay una conexión entre la experiencia de los países mencionados y la recreación en ambientes hospitalarios colombianos, en la medida que contribuyen al bienestar integral integral.

El motivo por el cual surge la idea de este trabajo es la necesidad de reconocer, visibilizar y potenciar la Recreación Guiada y el rol de los recreadores en el ámbito hospitalario en Colombia, pues, a través de experiencias relacionadas al proceso de prácticas profesionales en ámbitos de salud, ha sido posible evidenciar que se cumple con un rol fundamental en el marco de la salud mental y el bienestar durante el proceso de hospitalización. Esto demarca una necesidad imperante de contar con profesionales en Recreación en contextos hospitalarios, donde pueda reconocerse el valor de la Recreación Guiada y la fundamental labor que cumplen los recreadores. Este aspecto también busca la calidad de vida y el respeto de los derechos de

los pacientes pediátricos, considerando la vitalidad de identificar que la atención integral del bienestar de los pacientes debe ser un trabajo profundo.

Para finalizar, este estudio tiene como objetivo identificar las similitudes y diferencias entre el programa Child Life y la Recreación Guiada en contextos hospitalarios. Complementariamente, esta investigación tiene como propósito reconocer el rol del recreador en el entorno señalado, y destacar su contribución al bienestar integral de los niños hospitalizados. Lo anterior, visibiliza una brecha entre los enfoques mencionados, resaltando la pertinencia de articular los mismos y potenciar el rol del recreador

1. Planteamiento del problema

Para Rosenblatt (2024) la atención pediátrica ha tendido a enfocarse predominantemente en los aspectos clínicos y fisiológicos de la salud, lo que ha llevado a que el abordaje integral del bienestar emocional de los niños hospitalizados reciba una menor prioridad. Así, esta orientación, centrada en lo biomédico, ha relegado la atención psicoemocional a un plano secundario a pesar de su importancia para el desarrollo integral y la calidad de vida de los pacientes pediátricos. De esta manera, para la autora, a nivel internacional se puede decir que programas como Child Life (concepto explicado en párrafos posteriores), que ha sido implementado en países como España, Estados Unidos y Canadá, resultan una herramienta fundamental para mejorar la calidad de vida de los pacientes pediátricos y cuidadores al ofrecer apoyo emocional y psicosocial durante su hospitalización.

Ahora bien, dicho enfoque, comparte principios con la Recreación en el ámbito de la salud vista y reconocida como recreación terapéutica, un campo que, si bien ha tenido avances en Colombia, no ha alcanzado la misma visibilidad ni reconocimiento. Siendo así, es pertinente mencionar que en países donde Child Life se ha desarrollado, los profesionales han tenido un papel fundamental en la reducción de la ansiedad, el miedo, el estrés y demás emociones y factores adversos que emergen y experimentan los niños en ambientes hospitalarios, aspecto que llama la atención (Romito, 2021).

Hoy en día, desde el Programa Académico de Recreación y mediante experiencias relacionadas al proceso de prácticas profesionales en ámbitos de salud, se ha reconocido la importancia del papel que desempeña un profesional en Recreación en el ámbito hospitalario, pues, a lo largo del tiempo se ha ido evidenciando que tiene rol fundamental para el bienestar mental y emocional en el inicio, la duración y el final de la enfermedad. No se trata únicamente de llevar a cabo una serie de actividades desde los Lenguajes Lúdico-Creativos (LLC) sino que

también se refleja en que a través de estas actividades se generan sentidos y significados, capacidad para generar momentos de reflexión, comunicación, convivencia, confianza, vínculos y demás elementos potentes al tratar con pacientes y cuidadores. Abordar estas situaciones donde las emociones están a “flor de piel” y el dolor es palpable es una tarea que requiere habilidad y sensibilidad por parte del profesional en recreación. Es en estos momentos críticos donde la labor del recreador se vuelve indispensable.

De esta manera, existe una limitación en cuanto al reconocimiento y desarrollo de la Recreación y de los profesionales (recreadores) en el ámbito hospitalario. Esto, considerando los lineamientos establecidos en los manuales de funciones de profesionales en salud, correspondientes al área de responsabilidad social de las entidades hospitalarias (FVL 2024). Esta idea se sustenta con el hecho de que, aunque los profesionales logran roles pertinentes en las prácticas profesionales, la recreación no se ha consolidado como ejercicio profesional desde un rol igual de significativo, que los roles que se ejercen desde la recreación en otros ámbitos como el comunitario (Betancourt y Salazar 2020).

Igualmente, cuando la recreación no es plenamente reconocida como campo valioso que impacta el bienestar del paciente pediátrico, se dificulta su avance y expansión en estos contextos. En este sentido, y como reflexión, producto de bitácora personal realizada durante las prácticas universitarias de Recreación en FVL, esta falta de reconocimiento no solo afecta la implementación en el entorno hospitalario, sino que también desde la academia o bien, en el programa profesional de Recreación, la carrera se limita en su expansión. Como consecuencia, se obstaculiza la investigación y el crecimiento del campo, impidiendo que la intervención desde la Recreación se consolide como necesidad dentro del sistema de salud, promoviendo su desarrollo a mayor escala.

Aquí, es necesario mencionar que los profesionales de Child Life se caracterizan por su formación interdisciplinar en áreas como el desarrollo infantil, psicología y educación, lo que permite comprender necesidades emocionales, cognitivas y sociales de los niños hospitalizados, y acompañarlos mediante estrategias lúdicas, educativas y de afrontamiento (Rosenblatt, 2024). De manera similar, los recreadores cuentan con competencias orientadas al diseño y ejecución de experiencias significativas que promueven el bienestar, la expresión emocional y la resiliencia a través del juego, la creatividad y la interacción social (Mesa, 2004). Ambos comparten la capacidad de generar espacios humanizados dentro del entorno hospitalario, centrados en el niño y su proceso de adaptación frente a la enfermedad, evidenciando estrecha similitud en sus propósitos y enfoques de acción.

Dado que la recreación también tiene el potencial de abordar aspectos emocionales y psicosociales de los niños en situación de enfermedad, surge la necesidad de investigar cómo los recreadores en Colombia pueden asumir un rol similar al de los profesionales del Child Life, adaptando los principios y estrategias a las particularidades del sistema de salud colombiano. Sin embargo, en la actualidad, no existen suficientes estudios ni propuestas que exploren este vínculo o que planteen un modelo sistematizado que integre la recreación terapéutica en el cuidado pediátrico en los hospitales del país.

Esto plantea la necesidad de establecer relaciones entre Child Life y la Recreación en el ámbito de la salud con el fin de demostrar que la recreación puede ser potenciada en Colombia. Igualmente, la recreación puede abordarse desde el ámbito de la salud, donde los recreadores desempeñan un rol importante en pro del bienestar durante el proceso de enfermedad y hospitalización, el desarrollo integral y la calidad de vida. Por tanto, lo mencionado puede ser visto desde el respaldo hacia los derechos de los pacientes pediátricos hospitalizados, por lo que se quiere mostrar su relevancia en hospitales y clínicas (Betancourt y Salazar 2020 y Claridge et al 2020).

Con base a lo anterior, ha surgido la siguiente pregunta de investigación:

¿Qué similitudes y diferencias se pueden establecer entre el programa Child Life y los procesos de Recreación Guiada en contextos hospitalarios en el marco de sus enfoques y procedimientos?

2. Objetivos

2.1. Objetivo general

Identificar las similitudes y diferencias que se pueden establecer entre Child Life y los procesos de Recreación Guiada en contextos hospitalarios.

2.2. Objetivos específicos

- Identificar los marcos de referencias y enfoques de Child Life y la Recreación.
- Identificar las formas procedimentales en la metodología de intervención de Child Life y la Recreación Guiada.
- Analizar comparativamente los hallazgos identificados.

3. Justificación

Es fundamental reconocer que la calidad de vida durante la estancia hospitalaria está soportada por lineamientos internacionales de derechos humanos, tal como la Carta Europea de los Derechos de los Niños y las Niñas Hospitalizados (EACH. 1986). Igualmente, la calidad de vida durante la estancia hospitalaria se fundamenta en políticas de salud y prácticas de atención médica centrada en el paciente, así como la ley 100 para el caso colombiano (Organización para la Excelencia de la Salud 2020, y Congreso de la República de Colombia 1993).

Este estudio resulta importante dado que destaca el potencial de la Recreación Guiada en contextos hospitalarios. Su aporte al campo de la recreación es ampliar la comprensión del rol del recreador como profesional capaz de incidir en el bienestar integral de los niños hospitalizados, trascendiendo la visión tradicional del ocio o el entretenimiento para posicionarse como mediador de acompañamiento emocional, educativo y terapéutico. Adicional, la identificación de similitudes y diferencias entre el enfoque Child Life y la Recreación Guiada reconoce puntos de convergencia que pueden fortalecer las prácticas recreativas en salud precisando particularidades del contexto colombiano. En efecto, esto ofrece bases conceptuales y metodológicas para futuras intervenciones y desarrollos profesionales en este ámbito.

En esta línea, es vital ver la calidad de vida como un derecho humano, y que incluso en situación de hospitalización debe responder a la vida digna (Corte Constitucional de Colombia 2015). Así, la calidad de vida mental y emocional de los pacientes y cuidadores durante su estancia en el hospital y ante el afrontamiento de la enfermedad es esencial para su bienestar general (Romito 2021). Aquí, la Recreación proporciona una vía para el alivio del estrés, emociones adversas, la distracción y el entretenimiento, lo que puede contribuir

significativamente a mejorar su estado de ánimo y reducir la ansiedad asociada con la enfermedad y el entorno hospitalario (Betancourt y Salazar 2020). Por otra parte, Montoya y Zamudio (2023) plantea como necesario reconocer que la enfermedad es una experiencia compartida por individuos de todas las edades y estratos sociales, así como comprender cómo la recreación puede influir en este proceso es fundamental para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias, la cual, también afecta en algún momento de la vida a una amplia cantidad de la población.

Desde el campo de la Recreación se evidencia la necesidad imperante de la presencia de recreadores en entornos hospitalarios, donde su intervención resulta fundamental para el bienestar emocional y la salud mental de los individuos (Betancourt y Salazar 2020). Por otro lado, es posible partir de que el afrontamiento de la enfermedad se aborda desde múltiples perspectivas, tanto de manera directa como indirecta, convirtiéndose en un campo fértil para la exploración e investigación en el ámbito hospitalario, estos, reflejados mediante experiencias médicas difíciles, como hospitalizaciones, procedimientos médicos, diagnósticos y tratamientos, los cuales, dan luz a un amplio terreno de acción que requiere la presencia y capacitación de profesionales en recreación (Montoya y Zamudio 2023).

Por tanto, es fundamental resaltar la necesidad de que desde la Recreación se pueda ahondar de manera amplia en el campo de la salud (Romito 2021). Desde esta perspectiva, la profesión de recreador ofrece múltiples oportunidades de acción y un potencial significativo para mejorar la calidad de vida de quienes enfrentan enfermedades y no hablando únicamente del principal afectado que es el paciente, también de sus cuidadores. Dicho en otras palabras, al destacar la relevancia del papel del recreador en el contexto hospitalario o bien en el ámbito de la salud, es posible contribuir a promocionar el reconocimiento y la valoración de esta profesión, así como se puede pensar en impulsar la implementación de programas de recreación en hospitales y centros de salud (Montoya y Zamudio 2023).

Al reconocer el Child Life como un campo complementario y afín, los profesionales en Recreación pueden encontrar un nicho importante donde aplicar sus habilidades y conocimientos, surgiendo una oportunidad significativa si existe un interés en trabajar en entornos médicos (Romito 2021). Además, mediante esta investigación se podría llegar a pensar en que la inclusión del profesional en Recreación en equipos interdisciplinarios de Child Life, enriquece el campo y puede mejorar la experiencia global de los pacientes pediátricos y sus cuidadores en entorno hospitalario, por lo que la presencia de recreadores como especialistas en Child Life puede contribuir a una atención más integral y centrada en el paciente, promoviendo así, mejores resultados de salud y bienestar para los niños y sus familias, a modo de buscar o centrar la mejora en la atención pediátrica en el ámbito de la salud.

4. Marco conceptual

En este apartado se introducen los conceptos de Child Life y Recreación, los cuales, son la base en la que se sustenta el objetivo de este trabajo de investigación. En primer lugar, se explora el concepto de Recreación, partiendo de su desarrollo histórico y definición amplia, hasta ser centrado en la Recreación Guiada, enfoque principal de este estudio. Posteriormente, se aborda su aplicación en el ámbito de la salud y se destaca el rol del recreador, subrayando el papel profesional en la promoción del bienestar integral de los pacientes en contextos hospitalarios.

En segundo lugar, se analiza el concepto de Child Life con una estructura similar. Se presenta su historia, definición y evolución en el área de la salud pediátrica, haciendo énfasis en las estrategias y metodologías empleadas para el acompañamiento de los pacientes pediátricos en entornos clínicos. Finalmente, se examina el rol del profesional de Child Life, quien aporta apoyo emocional y psicológico a los niños y sus familias durante el proceso hospitalario.

4.1. Recreación

Esta sección tiene como intención presentar una mirada integral sobre la Recreación, abordando lo conceptual, metodológico y su evolución histórica, así también con énfasis en su dimensión educativa y transformadora. Este tema, se desenlaza desde la autora Guillermina Mesa, con quien se profundiza en la Recreación Guiada, los Lenguajes Lúdico-Creativos y las metodologías SAR y SARI que propone, sin embargo, este capítulo se encontrará el marco de la aplicación de la Recreación en el ámbito hospitalario. De esta manera, se reconoce el papel del recreador y su contribución en la humanización de los entornos clínicos.

4.1.1. Historia y desarrollo de Recreación

Como expone Mesa (2023) la Recreación a lo largo de la historia ha experimentado una transformación en el marco de las prácticas ligadas al ocio elitista, su consolidación como un derecho y un medio de bienestar. En el pasado, fue concebida como una actividad destinada al descanso y al entretenimiento, donde progresivamente esta idea ha sido resignificada como un fenómeno social, educativo y cultural. Igualmente, la autora da un lugar preponderante a los carnavales de edad media como origen de la recreación, lo cual es un foco pertinente al comprender dicha historia. Esto ha sido influenciado por procesos como la industrialización, la colonización y la modernización, que han resignificado el ocio y el tiempo libre, impulsando nuevas formas de recreación vinculadas al bienestar, la productividad y la identidad.

Kyle (2007) plantea que las expresiones iniciales de la recreación pueden rastrearse desde las primeras civilizaciones, siendo contrario a la creencia de que su origen se encuentra exclusivamente en la Antigua Grecia, pues, diversas culturas antiguas ya desarrollaban formas de ocio y rituales recreativos que fortalecían la cohesión social. Entre ejemplos, Egipto, Mesopotamia o China existían juegos, danzas y prácticas ceremoniales con propósitos lúdicos y espirituales. No obstante, fue en la Antigua Grecia donde estos elementos se consolidaron culturalmente, cuyos Juegos Olímpicos (3000 A.C) prácticas entendidas como formas de recreación desde el valor cultural, político, deportivo y social, ligado a lo espiritual en el marco de resaltar el cuerpo y la armonía del entorno.

En el siglo IV A.C, durante el pensamiento filosófico griego, autores como Platón y Aristóteles discutieron el papel del ocio como una virtud asociada al cultivo del espíritu, la educación y la contemplación filosófica. Esto, sentó una base que diferenciaba el ocio del trabajo forzado, dando paso así a un ideal de recreación vinculada al desarrollo humano (Mesa, 2023).

Consecutivamente para el siglo XIV en la edad media, con los torneos medievales se ofrecían espectáculos de entretenimiento como festividades y carnavales populares que combinaban ocio y recreación. Dichos estaban orientados principalmente a la nobleza (Keen, 1984). Tiempo en el que también la iglesia católica impuso una visión más restrictiva al condenar el ocio y el juego como distracciones del alma y “pérdida del tiempo”, influencia religiosa que marcó una larga etapa donde el disfrute no se valoraba como forma de crecimiento (Mesa, 2023).

Más adelante, en el siglo XV y XVI durante el Renacimiento, Hunt (2006) establece que los jardines recreativos se integraron como espacios de contemplación y esparcimiento que combinaban el arte y la naturaleza, existiendo un aumento de la recreación como parte de la educación y el humanismo. Dichas prácticas en la historia marcan la recreación como una constante humana pese a que su forma y función hayan variado con el tiempo y contexto cultural.

Para el siglo XV, XVI y XVIII en la edad moderna, con el auge del pensamiento ilustrado y la secularización, el ocio comenzó a resignificar especialmente en el siglo XIX con la llegada de la industrialización, lo que provocó la generación de movimientos sociales en defensa del tiempo libre como derecho, buscando equilibrar el trabajo y el esparcimiento. Así, estructurándose como un campo organizado y accesible a distintos sectores sociales (Mesa, 2023).

Para el siglo XX, con la creación de parques temáticos se introdujo la idea de una recreación planificada y dirigida a un público amplio (Long, 2010). En ello, diversos autores han profundizado en las dimensiones de la actividad recreativa desde la psicología, la pedagogía y la sociología. Dumazedier (1964), en su obra *Hacia una Civilización del Ocio*, plantea que el ocio puede contribuir al bienestar de las sociedades modernas al ofrecer espacios

para el aprendizaje, la socialización y la creación de valores culturales. Por su parte, Csikszentmihalyi (1960) propone la teoría del flujo, la cual describe estados de concentración profunda que las personas experimentan cuando se involucran en actividades recreativas significativas. Así mismo, Deci y Ryan (2000), desde la teoría de la autodeterminación, explican cómo la recreación contribuye al crecimiento personal y al bienestar psicológico, al permitir experiencias motivadas intrínsecamente.

Ahora, ya para el siglo XXI se considera que el auge de la tecnología ha transformado los modos de recreación, abriendo paso a formas digitales (Bopp et., 2013). En este último, Mesa (2023) cuestiona si para un futuro muy cercano, la inteligencia artificial se convertirá en un reto, una oportunidad o una amenaza para América Latina y Colombia.

Gráfica 1. Historia de la Recreación.



Elaboración propia

Queda demostrado que con el tiempo surgieron diversas perspectivas que han influido en la evolución de este concepto de recreación, llevándolo a ser considerado un aspecto esencial del desarrollo humano. Esta noción ha sido estudiada desde disciplinas como la psicología, la sociología y la pedagogía, lo que ha permitido entenderla como una práctica dinámica que varía según los contextos históricos, culturales y sociales.

4.1.2. Concepto de Recreación

Mesa (1999) plantea que la recreación ha transitado de concebirse como una actividad espontánea y marginal a consolidarse como una práctica central orientada a fines educativos, comunitarios y de bienestar, contribuyendo al desarrollo integral de las personas. Es a partir de esta concepción que la recreación se configura como un componente multidimensional, cuya interpretación está medida por diversas perspectivas ideológicas políticas, religiosas, disciplinares y profesionales. Esta movilidad semántica se relaciona con la pluralidad de expresiones culturales que, si bien comparten características externas, no siempre responden a un mismo significado, por este motivo puede ser común que el término de “recreación” sea empleado frecuentemente como sinónimo de ocio, tiempo libre, juego, deporte o arte.

En esa línea, Mesa (2004) destaca el papel de la recreación en la cohesión social, el fortalecimiento comunitario y la educación no formal, donde bajo esta perspectiva se reconoce la capacidad para generar disfrute y esparcimiento y a su vez aprendizajes con sentido y significado, desarrollo emocional y un bienestar colectivo. En este punto es donde se considera que la recreación se posiciona como una herramienta transformadora, con potencial para incidir en procesos sociales, educativos y culturales.

A partir de estos antecedentes, Mesa (2004) desarrolla una noción contemporánea de la recreación desde una perspectiva latinoamericana crítica. De este modo, plantea que la recreación no se entienda precisamente como lujo, diversión o entretenimiento, más bien como una necesidad humana fundamental con potencial educativo y de carácter transformador.

En este sentido, para ampliar y centrar el término “Recreación”, se recurre a planteamientos de Mesa (2004) quien afirma que para comprender las variadas interpretaciones y sentidos que se determinan desde la Recreación es crucial aludir a las contribuciones desde

las ciencias sociales y humanas en diferentes aspectos que también se encuentran en el marco de la actividad recreativa.

Entre esto es vital destacar que parte de la variabilidad en los significados y connotaciones del concepto de recreación se atribuye a la amplia gama de prácticas culturales que comparten características aparentemente similares, pues, la existencia de esta diversidad de aplicaciones contribuye a la riqueza y fluidez de los sentidos asociados a la recreación en distintos contextos culturales. En este sentido, la recreación se utiliza de manera intercambiable con términos como ocio, pasatiempos, tiempo libre, juego, deporte, arte, entre otros (Mesa 2004).

Mesa, a partir de la teoría del desarrollo cultural de Vygotsky señala que ha identificado diversas interpretaciones y cuestionamientos en torno al concepto de recreación, particularmente en el contexto colombiano. A lo que define tres dimensiones clave de la actividad recreativa, que a continuación son presentadas, algunas de ellas de manera textual:

- **la Recreación como actividad social general**, esta dimensión se centra en el carácter social y cultural de la recreación, reconociendo que las prácticas recreativas se configuran a partir de la historia, las tradiciones y los valores de una comunidad. Que complementa la educación y el trabajo, y refleja tanto tradiciones culturales como innovaciones contemporáneas. En esta dimensión se identifican tres grandes núcleos que integran: **a)** Lo lúdico y/o los juegos, **b)** lo festivo y carnavalesco, **c)** lo contemplativo y/o la alteridad. (Mesa, et al 2019)
- **La Recreación como práctica pedagógica**, enfocada en objetivos educativos y mediada por la interactividad y la influencia educativa definidas por Coll y colaboradores (1995). Se puede decir que se centra en el potencial educativo de la recreación, especialmente en el contexto de la Recreación Guiada. Mesa (2004)

argumenta que la Recreación Guiada, al estar planificada con una intencionalidad educativa, puede generar aprendizajes significativos.

- **La actividad interna**, donde, apoyándose en Vigotsky (1993), explica cómo las funciones internas se desarrollan a partir de experiencias externas mediadas por la interacción social. Basada en la influencia educativa de Coll (1995) se puede ejercer la recreación en sus dimensiones generales y pedagógicas en los procesos de desarrollo humano integral. Es decir, esta dimensión enfatiza en cómo la recreación internamente actúa en las estructuras internas de la persona, lo que favorece la construcción de significados, la resignificación de vivencias y el fortalecimiento de competencias personales y sociales.

De esta manera, al explorar la recreación como un concepto polisémico, es esencial entender que no se limita a una sola forma o significado. Su valor radica en su variedad al incluir una amplia gama de actividades que impactan en diferentes áreas y aspectos en la vida de las personas. Si bien existen diferentes formas de comprensión ante los tipos de recreación, el siguiente apartado procura hacer énfasis específicamente en la Recreación Guiada (Mesa, 2004), esta es la base en la que se deriva la metodología de las intervenciones realizadas por los profesionales en Recreación en los ámbitos como la educación, lo comunitario, la salud, y el turismo, etc.

4.1.3. Recreación Guiada.

Teniendo que ver con lo mencionado en los párrafos anteriores, Mesa (2009) concibe la Recreación Guiada como una acción educativa intencionada, la cual es medida por la lengua materna y los Lenguajes Lúdico-Creativos (LLC), que, se desarrollan en la interacción entre el recreador y el grupo de recreandos. De esta manera, se caracteriza por su orientación

pedagógica y su propósito formativo que se enmarca en un proceso educativo no escolarizado, dialógico y situado en un contexto socio-institucional específico.

En esta línea, la Recreación Guiada se aplica en programas estructurados con un enfoque educativo, y sugiere que la intencionalidad en el diseño de estas actividades puede transformar una experiencia recreativa en un proceso educativo. Mesa (1997) resalta la recreación como una práctica pedagógica que involucra la participación reflexiva y el liderazgo sociocultural, subrayando la complejidad de este fenómeno en el ámbito educativo y advierte sobre la falta de claridad en ciertos términos pedagógicos asociados a la recreación y la importancia de la conciencia en la transmisión de valores educativos.

Entre sus objetivos, para Mesa (2009), la Recreación Guiada debe fomentar la imaginación creadora y transformadora, promoviendo a través de esto cambios significativos de manera interna en el individuo como de manera colectiva. Por otra parte, la palabra “guiada” hace referencia a la presencia de un “otro”, un otro que desde un rol pedagógico tiene la capacidad de orientar la participación activa y creativa de los sujetos en la construcción conjunta de experiencias significativas en el desarrollo de una intervención. Dicho en breve, la Recreación Guiada se consolida como una práctica pedagógica que a través de la mediación intencionada del recreador y el uso de los LLC, impulsa procesos de aprendizaje, el desarrollo integral humano y en sí la construcción de sentidos en escenarios no formales académicamente.

A modo de comprender y complementar lo anterior según Mesa (2004), los **Lenguajes Lúdico-Creativos (LLC)** son herramientas semióticas fundamentales que surgen de la interacción entre el recreador y los recreandos, las cuales, se basan en expresiones simbólicas no académicas como: (1) Los lenguajes gráfico-plásticos (dibujos, pinturas, grabados, títeres, máscaras, talla, etc.). (2) El juego dramático (juegos teatrales, de representación de personajes y situaciones). (3) Los juegos musicales y coreográficos. (4) Los juegos simbólicos del lenguaje

(metáforas, analogías, ironías, anáforas, ficciones, parodias, etc.). y (5) Las narrativas en general (chistes, refranes, relatos, conversaciones informales, cinéticas, etc.).

Estos lenguajes, vinculados a la imaginación y al desarrollo de competencias comunicativas y lúdicas, facilitan la construcción de sentidos, la expresión creativa y el aprendizaje, y actúan como mediaciones culturales y pedagógicas, por lo que se dice apoya procesos de interiorización y externalización en la Zona de Desarrollo Próximo (ZDP) (este término se explica en párrafos inferiores) (Mesa 2011 y Mesa 2019). Por este motivo, se menciona que, al hacer uso de estas herramientas, se potencia la creatividad, se favorece a la diversidad cultural y se contribuye a la formación integral en espacios educativos no formales. (Mesa 2009)

Para todo lo anterior, Mesa (2004) fundamenta la Recreación Guiada en diferentes teorías y algunos enfoques base que otorgan un sustento educativo y sociocultural que serán mencionados a continuación:

En primera instancia, la autora destaca el **enfoque sociohistórico** de Vygotsky, quien plantea que las funciones psicológicas superiores tienen un origen social, ya que surgen primero en la interacción con otros antes de ser internalizadas por el individuo. Desde este punto se da pie a que la recreación se entienda como una actividad mediadora que a partir de interacciones comunicativas influye en el desarrollo humano y cultural. En este proceso cobra relevancia el concepto de la Zona de Desarrollo Próximo, lo cual, es entendido como el espacio de potencialidad en el que el aprendiz puede alcanzar niveles superiores de desarrollo con la mediación y el apoyo de otros “más experimentados”. Añadiendo a esto, se resalta la importancia de las herramientas semióticas (como signos y símbolos) en la transformación del medio y la construcción de la conciencia.

En segundo lugar, la autora presenta la **Teoría de la Actividad** propuesta por Leóntiev, brinda fundamentos para resignificar la recreación y reconocer sus dimensiones constitutivas. En este marco, Leóntiev sustituye el concepto piagetiano de “asimilación” por el de “apropiación”, lo que encamina los procesos de aprendizaje en una metáfora de carácter sociohistórico.

En tercer aspecto, resulta relevante la teoría la **Influencia Educativa** propuesta por Coll (1995), un modelo que permite analizar el papel del recreador en contextos no escolares, así, enfocándose en mecanismos como la cesión y traspaso progresivo del control y responsabilidad sobre la tarea, una labor compartida que favorece la construcción de significados colectivos (Mesa 2009). Mesa (1997) amplía esta idea al comprender la influencia educativa como el apoyo pedagógico brindado al aprendiz, destacando la participación activa del “otro” en el proceso de aprendizaje dentro de un marco de interactividad. De esta manera, Coll (1995) plantea que la dinámica educativa se estructura en torno a la interacción de tres elementos: (1) profesor, (2) alumno y (3) contenidos, que, posteriormente Mesa (1997) lo traduce en el contexto de la Recreación como: (1) recreador, (2) recreandos, y (3) contenidos, resaltando así la importancia de las relaciones interpersonales para el desarrollo de experiencias significativas. Este modelo, respaldado por teóricos como Driver y Brown (2007), subrayan la necesidad de una planificación cuidadosa y una adaptación sensible a las necesidades de los participantes para maximizar el valor educativo y enriquecer la experiencia recreativa.

Como cuarto elemento, Mesa resalta la importancia que adquiere la **Educación Popular** en la recreación, sustento que se encuentra en los postulados pedagógicos de Paulo Freire (1982), donde se concibe la recreación como una estrategia de intervención educativa, la cual, se desarrolla en el marco de los principios de participación, diálogo y transformación social. Metodológicamente la recreación se vincula a la Investigación Acción Participativa (Freire 1982 y Fals Borda et al 1986) una propuesta que enfatiza la construcción colectiva del

conocimiento y la transformación de las realidades sociales a partir de la experiencia compartida.

Es de esta manera en que la recreación como estrategia pedagógica se plantea como una actividad incluyente y accesible, que se diferencia de las actividades artísticas o deportivas tradicionales en que no se tiene como fin una formación especializada exacta, sino que tiene una fijación por la generación de procesos de reflexión, participación activa y emancipación mediante las prácticas lúdico-creativas. (Mesa. 2009)

A este entramado teórico se une Bruner (2004), al considerar que la actividad recreativa es un espacio de negociación y transformación cultural, subrayando cómo las experiencias recreativas invitan al pensamiento, la reflexión, la elaboración simbólica y la fantasía, dichos, se convierten en elementos valiosos para el desarrollo de procesos creativos y culturales. En general, esta valoración implica procesos tanto cognitivos como de socialización (Mesa 2009).

4.1.3.1. Metodología de la Recreación Guiada

En lo que respecta a las metodologías de intervención, a partir de Mesa, nuevamente es clave aludir al término de Recreación Guiada como una metodología que se fundamenta en modelos teóricos ya mencionados como la influencia educativa, la persuasión socio histórico cultural de Vygotsky y la acción participativa (Velasco 2014). De esta manera, es de interés resaltar que esta se rige mediante dos metodologías de intervención denominadas por Mesa (2009) como 1. Secuencia de Actividad Recreativa (SAR) y 2. Secuencia de Actividad Recreativa Intensiva (SARI). Estas metodologías emergieron en el diseño, ejecución y evaluación de distintos proyectos de intervención-evaluación liderados por Mesa en el periodo 1997-2010.

Estas metodologías señalan la existencia y desencadenamiento de dos recursos pedagógicos designados según Mesa (2010) siendo estas la realización de **preguntas**

orientadoras, que busca guiar las discusiones y el trabajo de los participantes dentro de diversas actividades y procesos formativos. La generación de **problemas pedagógicos**, en los cuales se identifican tres tipos de problemas que puede presentar una tarea colectiva: **(1) Lo social**, que pone a los participantes en la situación de solucionar el problema de cómo organizarse para la participación y qué actitudes y valores privilegiar para un logro de la tarea común. **(2) Cognitivo**, donde se ponen en juego las competencias intelectuales (capacidad argumentativa, conceptos, concepciones y creencias, mitos e imaginarios) sobre la temática seleccionada a representar colectivamente. **(3) Creativo**, en el que emergen las capacidades, habilidades y estrategias comunicativas y expresivas para representar simbólicamente un concepto o idea mediante un lenguaje lúdico creativo.

Se plantean estos dos recursos como manera de identificar la dinámica activa que se genera entre el recreador y los recreandos, procurando que se permita establecer una constante relación entre lo individual y lo grupal. A continuación, se presenta la definición de las metodologías mencionadas:

- **SAR:** Con base en los aportes de Mesa y Manzano (2009), la metodología SAR se presenta como un modelo de intervención que utiliza la Recreación Guiada como eje central. Este modelo opera a través de una matriz flexible y adaptable, regulada por los ritmos y dinámicas tanto del recreador como de los participantes, ajustándose de manera progresiva a los cambios observados durante su implementación. Así, describe que esta metodología está estructurada en tres ciclos principales: diagnóstico global, diseño global y evaluación institucional. A su vez, cada uno de estos ciclos se desglosa en cuatro etapas internas que comprenden: 1) Diagnóstico participativo, 2) Ejecución participativa del proyecto, 3) Culminación y socialización del proyecto, y 4) Evaluación participativa, lo que permite una intervención integral y colaborativa.

- **SARI:** En términos generales, se define la SARI como un esquema metodológico que aborda un proceso de corto tiempo que emerge en dos sesiones vinculadas a una temática constante. La cual, busca crear una oportunidad en el que los participantes se integren a la elaboración y desarrollo de un proyecto o tarea cuya labor radica en alcanzar un objetivo en común, por lo que se tiene como objetivo establecer espacios de esparcimiento, encuentro y convivencia en el que los participantes puedan reconocerse mutuamente en pro de colaborar en un ambiente y experiencia recreativa “impactante”, gratificante, experiencial, reflexiva y creativa (Mesa 2010).

La SARI consta de una estructura que se divide en cuatro momentos, siendo clave mencionar que el nombre dado a cada momento sintetiza el concepto y el tipo de la actividad que se privilegia en éste. Siendo los siguientes: **1.** Primer momento: Apertura, **2.** Segundo momento: Exploración o actividad autoestructurante, que es el momento intrasubjetivo de acercamiento individual a la técnica. **3.** Tercer momento: Negociación, momento intersubjetivo de trabajo grupal para plantear puntos de vista y establecer acuerdos. Y **4.** Cuarto momento: socialización y evaluación (Mesa, 2010).

Los talleres diseñados desde la SARI pretenden ir más allá de la aplicación de la técnica para convertirla en una mediación semiótica (un lenguaje lúdico-creativo) que permita un primer trabajo creativo y reflexivo de tipo intrasubjetivo y un posterior ejercicio intersubjetivo que favorezca la creación de vínculos sociales(Mesa 2019).

4.1.4. Recreación en el ámbito de la salud pediátrica

Considerando la amplitud de la Recreación y reconociendo su capacidad para desarrollarse en diversos contextos, es fundamental hacer énfasis en su aplicación en el ámbito de la salud, particularmente en entornos hospitalarios. Debido al impacto positivo que ha demostrado tener en el bienestar integral de los pacientes, especialmente en su salud mental y emocional. En los párrafos posteriores se realizará una cronología y se hablará de las experiencias de los practicantes de los profesionales en Recreación.

4.1.4.1. Cronología de la Recreación Guiada en el ámbito hospitalario

Es relevante reconocer que la Recreación Guiada desde la postura de la profesora Guillermina Mesa Cobo (fundadora del Programa Académico de Recreación en la Universidad del Valle, Cali) ha llegado y teniendo una evolución significativa dentro del ámbito hospitalario en la ciudad de Cali, Colombia. Su antecedente más antiguo se remonta al programa MIMHOS (Manejo Integral del Menor Hospitalizado) en el Hospital Universitario del Valle (HUV), un programa que fue creado por el equipo de pediatría del hospital y la Universidad del Valle, con un enfoque terapéutico que promueve el desarrollo integral (Lugo, et al. 2021 y HUV 2024) su objetivo radica en disminuir el impacto negativo que tiene en el niño la enfermedad y la hospitalización.

Posteriormente, en el Centro Médico Imbanaco ¹(CMI) citado por Betancourt y Salazar (2020) la Recreación Guiada comenzó a tener presencia con la vinculación del profesional en Recreación Jhon Eider Mosquera desde el año 2010, y se fortaleció con la implementación del programa “Expresar es sanar” entre finales del 2012 en inicios del 2013, siendo descrito como la primera intervención llevada a cabo con pacientes en el contexto de hospitalización en este lugar, abordando el tiempo libre con niños oncológicos y centrado en la creación de espacios

¹ En adelante se usarán las siglas CMI para referirse al Centro Médico Imbanaco.

catárticos (Valencia 2015). Para el año 2016 se presentó la propuesta formal de acompañamiento basada en la Recreación Guiada para pacientes hospitalizados del CMI. Es desde entonces que el CMI ha mantenido la recreación como un servicio esencial en áreas como hospitalización pediátrica, hemato-oncología y salud mental, siendo así, un escenario continuo de práctica profesional. (Betancourt y Salazar. 2020).

Por otra parte, la Fundación Valle del Lili también se integra al permitir prácticas profesionales con el programa de Recreación desde el programa de responsabilidad social con Aula Lili desde el año 2015 y Cuidar desde el año 2019 - 2020. Donde se aplica la Recreación Guiada como herramienta de acompañamiento psicosocial y resignificación de la experiencia hospitalaria en respuesta a las causas negativas de la hospitalización, a través de actividades lúdicas orientadas al fortalecimiento de habilidades y relaciones interpersonales. (Montoya et al. 2023).

Estas instituciones y sus programas actualmente continúan implementando y siendo objeto de estudio, enfocándose en diversas áreas y poblaciones de pacientes. Es de esta manera como la Recreación Guiada ha logrado consolidarse en diferentes instancias de la salud en la ciudad, adaptándose a los diferentes contextos y necesidades de las poblaciones atendidas en cada área.

4.1.4.2. Experiencias de practicantes del programa de Recreación en el ámbito hospitalario.

Ahora bien, en el marco de las prácticas profesionales, algunos estudiantes del programa de Recreación tuvieron la oportunidad de acercarse al entorno hospitalario y, a partir de esta experiencia elaboraron documentos que recogen y sistematizan lo vivido. Lo cual, sus investigaciones y experiencias han reforzado la idea de que la recreación puede desempeñar un papel fundamental en la mejora de la calidad de vida de los pacientes en estos contextos.

Mediante los trabajos realizados, se puede evidenciar que la metodología del recreador en este ámbito hospitalario, por lo general (no en todos) se ha realizado desde la implementación de la metodología SAR o SARI. Donde parte de proceso integral que comienza con:

- La observación y diagnóstico participativo: Donde se identifican las necesidades, intereses, emociones y características de los participantes, junto con la observación del entorno y la realización de entrevistas.
- Planificación estructurada: diseñando actividades adaptadas al contexto y utilizando las metodologías SAR y SARI para organizar la intervención.
- Implementación de las actividades: En la que se enfatiza la participación activa, la interacción social y la resignificación a través de experiencias, integrando herramientas que fomentan la creatividad, la reflexión y el aprendizaje significativo.
- Evaluación continua y la reconstrucción de la experiencia, permitiendo ajustes y mejoras basados en los resultados obtenidos.

Ahora bien, el proceso de intervención se estructura en torno a **tiempos específicos**, con una duración de 1 a 2 horas según el tipo de intervención y las condiciones, una frecuencia de varias veces a la semana en función de las necesidades y el contexto, y un periodo que puede ser a corto o largo plazo dependiendo de la metodología utilizada (SAR-SARI). No obstante, dependiendo de la institución y sus exigencias particulares, es posible evidenciar que las intervenciones individuales tienden a centrarse en cumplir con un número determinado de atenciones, con el fin de demostrar que se ha alcanzado una meta cuantitativa de pacientes atendidos. Esta lógica puede afectar la calidad del acompañamiento, ya que los tiempos destinados a cada intervención se ven reducidos considerablemente. De esta manera, lo que idealmente debería ser una atención de una hora por paciente, se reduce a espacios de 20 o 30

minutos, priorizando la "eficacia" en términos numéricos por encima de la profundidad y el impacto real en el proceso del paciente.

Ahora, para llevar a cabo estas intervenciones, se emplean diversas **herramientas y técnicas**, como la recolección de información a través de entrevistas, encuestas, observación y registro; herramientas lúdico-creativas que incluyen juegos, juegos teatrales, dibujos, pinturas, máscaras, cuentos, videos, música y danza; e instrumentos pedagógicos como preguntas generadoras y actividades de expresión. Entre las metodologías aplicadas se encuentran la expresión gráfico-plástica, el juego dramático con representación de personajes y situaciones, la narrativa, y la música y movimiento. Este proceso se implementa mediante ayuda pedagógica, la construcción progresiva de sistemas de significados compartidos, el traspaso de la tarea, la adaptación según las necesidades, capacidades e intereses de los participantes, y la generación de espacios de confianza e interacción.

Para el apartado anterior, es clave realizar una diferenciación entre una técnica y la manera en que estas técnicas llegan a convertirse en lenguajes lúdico-creativos. Ahora, en el contexto de la Recreación Guiada desde la autora Guillermina Mesa, una técnica se entiende como una herramienta concreta, instrumentos o medios que el recreador usa para generar experiencias recreativas, recursos prácticos mencionados en el párrafo anterior, que permiten dinamizar una sesión, provocar emociones, facilitar la participación y estimular la creatividad y expresión. Ahora bien, una técnica se convierte en un lenguaje lúdico-creativo cuando deja de ser solo una herramienta aislada y pasa a ser un sistema de comunicación simbólico que permite construir y resignificar sentidos. Es decir, cuando la técnica media la construcción de significados, permite la apropiación del contenido pedagógico y genera una experiencia interna transformadora.

Retomando lo anterior, a través de los ex practicantes expuestos, se incluye en este apartado que la Recreación Guiada en contexto hospitalario en definitiva ha presentado una serie de beneficios e impactos en el contexto hospitalario. El cual, en los diferentes trabajos de campo, se expresa que este se refleja en la reducción de la ansiedad de los pacientes y familiares, la mejora del bienestar emocional, el fortalecimiento de las habilidades sociales, el apoyo a la recuperación física, y el fomento de la adherencia al tratamiento (Montoya y Zamudio, 2023; Betancourt y Salazar 2020).

Sin embargo, no es de ignorar que la Recreación en el ámbito hospitalario también se considera un reto y un área quizá poco explorada, que, aunque la demanda y oferta es alta, pues no se cuenta con recursos, o bien, no se reconoce la importancia de estos procesos para el bienestar del paciente (Betancourt y Salazar 2020).

En los entornos hospitalarios, la implementación de programas recreativos ha evidenciado efectos terapéuticos que van más allá de la mera distracción, favoreciendo la reducción del estrés, la ansiedad y la depresión, al tiempo que fortalece la resiliencia y la capacidad de afrontamiento de los pacientes pediátricos y adultos.

5.1.4.3. La Recreación Terapéutica como modalidad de intervención en espacios hospitalarios.

Ahora bien, este ámbito, se puede decir que es concebido a partir de la Recreación Terapéutica la cual, autores como Austin y Crawford (2019) y, Raghavendra y Newman (2008) la presentan como una modalidad específica de participación recreativa, diseñada para responder a necesidades terapéuticas y fomentar el bienestar tanto mental como físico de sus participantes. A diferencia de las actividades recreativas comunes, su enfoque va más allá del simple entretenimiento, incorporando intervenciones planificadas y gestionadas por

profesionales especializados, cuyo principal objetivo es mejorar la calidad de vida de las personas con diversas condiciones de salud.

Este tipo de recreación se caracteriza por el uso intencional y estructurado de actividades recreativas orientadas a alcanzar metas terapéuticas concretas. Los terapeutas recreativos, como se denomina a los profesionales en este campo, diseñan programas adaptados a las necesidades particulares de cada individuo. De acuerdo con Austin y Crawford (2019), la recreación terapéutica puede intervenir en diversas áreas, como la salud mental, la rehabilitación física y el bienestar emocional.

La importancia de la recreación terapéutica radica en su capacidad para ofrecer beneficios de manera integral, por ejemplo, Raghavendra y Newman (2008) subrayan que la participación en actividades recreativas adaptadas a contextos terapéuticos puede mejorar la función motora, aumentar la autonomía y optimizar la calidad de vida de personas con discapacidades físicas. Asimismo, Lynch (2007) menciona que, en el ámbito de la salud mental, se ha comprobado que la recreación terapéutica es eficaz para reducir niveles de estrés, ansiedad y depresión.

4.1.5. Recreadores y su rol en el ámbito de la salud pediátrica

Desde un punto general, retomando a Mesa (2009) el rol del recreador abarca múltiples facetas que contribuyen al desarrollo y bienestar de las personas. Facetas del recreador como:

1. Mediador educativo,
2. Facilitador de la interacción,
3. Creador de estrategias recreativas, y
4. Promotor del bienestar integral.

En todas, el recreador actúa como facilitador del aprendizaje y desarrollo mediante actividades lúdico-creativas, utilizando herramientas educativas y lúdicas para promover la participación, la construcción de significados y fortalecer vínculos sociales, apoyando la autonomía y la interacción.

De esta manera, el Profesional en Recreación asume un rol fundamental en el desarrollo integral de los pacientes, especialmente en contextos hospitalarios (Betancourt y Salazar 2020). Aquí, el juego cumple un rol determinante al formar parte de la cultura y ser una estrategia con alto potencial, dada por medio de las expresiones artísticas culturales, la música, danza, celebraciones tradicionales etc.... (Valencia 2015). En este aspecto, algunas instituciones apoyan desde el aula hospitalaria diferentes actividades de conmemoración o celebraciones de fechas especiales, como el día de la madre, el día del niño, día del cáncer, día de los cuidados paliativos, la navidad, etc. (Montoya y Zamudio 2023).

Al hacer uso de variables instrumento significativos como las herramientas lúdico-creativas y a través de metodologías específicas, como la SARI, se permite intervenir de manera estructurada, brindando apoyo emocional, físico y social a los niños hospitalizados. En estos entornos, el recreador actúa como mediador, promoviendo el bienestar emocional y ayudando a los pacientes a enfrentar el estrés, el miedo y la ansiedad derivados de la hospitalización. Tal como lo señala Cote (2016), “una salud física sin salud mental no tiene sentido”, subrayando la importancia de una atención integral que aborde no solo el cuerpo, sino también la mente y las emociones.

El recreador desempeña un papel clave en la resignificación de los espacios hospitalarios. Montoya y Zamudio (2023), Lugo, Ortiz y Roque (2021) y Mayorga (2016), ex practicantes en contextos hospitalarios egresados actualmente del programa de Recreación destacan desde su experiencia la importancia al proceso de transformar la percepción que tienen los pacientes, cuidadores y personal de salud del entorno hospitalario, generalmente asociado a sentimientos negativos como miedo, dolor, estrés e incertidumbre. Se convierte en un proceso esencial para humanizar la atención médica y mejorar la experiencia del paciente, aspecto que a través de la Recreación Guiada y los lenguajes lúdico-creativos da la posibilidad de transformar la percepción del entorno hospitalario, convirtiéndolo en un espacio más ameno y

aceptable. En este sentido, se transforma en un lugar de interacción positiva y aprendizaje lúdico, donde los pacientes pueden expresar sus emociones y participar en actividades que fomentan la creación de vínculos afectivos y el desarrollo cognitivo.

El recreador emplea los lenguajes lúdico-creativos (como lo gráfico-plástico, el juego teatral, juegos musicales y coreográficos, los juegos simbólicos del lenguaje y las narrativas) para facilitar la expresión, promover la comunicación, favorecer la construcción de sentido y propiciar la transformación interna y colectiva. Van más allá de su función expresiva y actúan como mediaciones para la apropiación de contenidos pedagógicos y la creación de nuevos significados, lo que convierte estos elementos como un pilar en la formación del recreador. (Mesa, 2009).

Es así, como en contextos hospitalarios la implementación de la Recreación Guiada promueve el bienestar emocional y mental de los pacientes pediátricos, refleja a su vez un cambio positivo en la recuperación física que encamina a favorecer un equilibrio emocional al mejorar la respuesta ante los tratamientos médicos. Es de reconocer que más que “simples” recursos, son herramientas que se consolidan como mediaciones potentes que enriquecen el acompañamiento recreativo en el ámbito de la salud (Betancourt y Salazar, 2020).

A modo de sustentarse con problema de investigación de este trabajo, se alude a que la Recreación Guiada se presenta como una estrategia clave para visibilizar y fortalecer la recreación en el ámbito hospitalario colombiano, contribuyendo al bienestar integral de los pacientes pediátricos. A través de metodologías como la SAR y SARI que se proponen desde este concepto, se permite desarrollar intervenciones adaptadas que atienden las necesidades emocionales, físicas y sociales de los niños hospitalizados, transformando los espacios hospitalarios en entornos de aprendizaje y desarrollo. Así, implementar este enfoque podría posicionar al recreador como un profesional que, al igual que otros agentes profesionales,

contribuye en el bienestar y la calidad de vida, un agente esencial para el cuidado emocional y psicológico de los pacientes abordado de manera integral y humanizada. De esta manera, da la posibilidad de que se contribuya a la expansión de la recreación en el sistema de salud colombiano y a la mejora de la experiencia hospitalaria.

4.2. Child Life

Esta sección tiene como propósito presentar de manera detallada el enfoque Child Life, siendo entendida como una práctica profesional que es orientada a promover el bienestar emocional y el desarrollo de los pacientes pediátricos en contextos hospitalarios. En primer lugar, se aborda el origen y su evolución histórica, dando secuencia a la definición del tema. Posteriormente, se exploran los fundamentos teóricos y metodológicos que sustentan su práctica. Se continúa con la descripción de las labores y funciones del especialista en Child Life, sus competencias y campos de acción, llevando así a finalizar con la evidencia del impacto positivo que tiene este programa y sus intervenciones sobre la experiencia hospitalaria de los pacientes pediátricos y sus cuidadores.

4.2.1. Historia y desarrollo de Child Life.

Para Rosenblatt (2024) el bienestar emocional y psicológico de los niños en contextos hospitalarios no siempre fue una prioridad en los sistemas de salud. Durante el siglo XIX y parte del siglo XX, la atención médica pediátrica se enfocaba exclusivamente en el tratamiento físico de las enfermedades sin considerar las implicaciones afectivas, sociales y del desarrollo que conlleva una hospitalización en la infancia. Sin embargo, con el avance de la pediatría, la psicología del desarrollo, la pedagogía y una evolución de la conciencia sobre las necesidades emocionales de los niños, surgieron enfoques integrales que buscaban humanizar la experiencia hospitalaria, tal como lo fue y lo es Child Life. A continuación, se presenta un recorrido histórico del origen y desarrollo de este programa y profesión.

El concepto de Child Life en palabras de Rosenblatt (2024) tiene sus raíces en 1922 en el Mott's Children's Hospital en los Estados Unidos, aunque no se consolidó como una profesión formal hasta las décadas de 1970 y 1980. Durante este período, el campo experimentó un desarrollo significativo con la creación de la Asociación de Profesionales de Vida Infantil (²ACLIP, por sus siglas en inglés).

Es importante destacar que las raíces de ³CLS se remontan a principios del siglo XX impulsado por el reciente desarrollo del campo de la pediatría a finales del siglo XIX. En ese entonces era común que los niños hospitalizados fueran tratados como “adultos pequeños” sin considerar sus necesidades específicas según su etapa de desarrollo. Este trato fue objeto de críticas, ya que ignoraba el impacto emocional y psicológico en los niños, lo que podía generar experiencias traumáticas.

Fue así como dos pensadores contemporáneos jugaron un papel clave en cuestionar estas prácticas, entre ellos René Spitz, un psicoanalista austro-estadounidense, llevó a cabo un estudio observacional en el que evidenció que los niños criados en instituciones sin estímulos emocionales ni atención psicológica adecuada presentaban retrasos en su desarrollo y diversas afecciones físicas. A raíz de sus hallazgos, nombró el término “hospitalismo” para describir este fenómeno. Por su parte, el pediatra Harry Bakwin cuestionó el aislamiento al que eran sometidos los niños hospitalizados y promovió un enfoque más humano en el cuidado, incentivando al personal médico a establecer vínculos afectivos con los pacientes, lo que

² En adelante se usarán las siglas ACLIP (Association of Child Life Professionals): La ACLIP es la Asociación de Profesionales de Child Life, la cual se encarga de establecer y mantener los estándares profesionales del campo de Child Life, incluyendo la certificación y recertificación continua.

³ En adelante se usarán las siglas CLS (Child Life Specialist): Los CLS son los especialistas en Child Life, profesionales de atención psicosocial especializados en el desarrollo y la salud infantil.

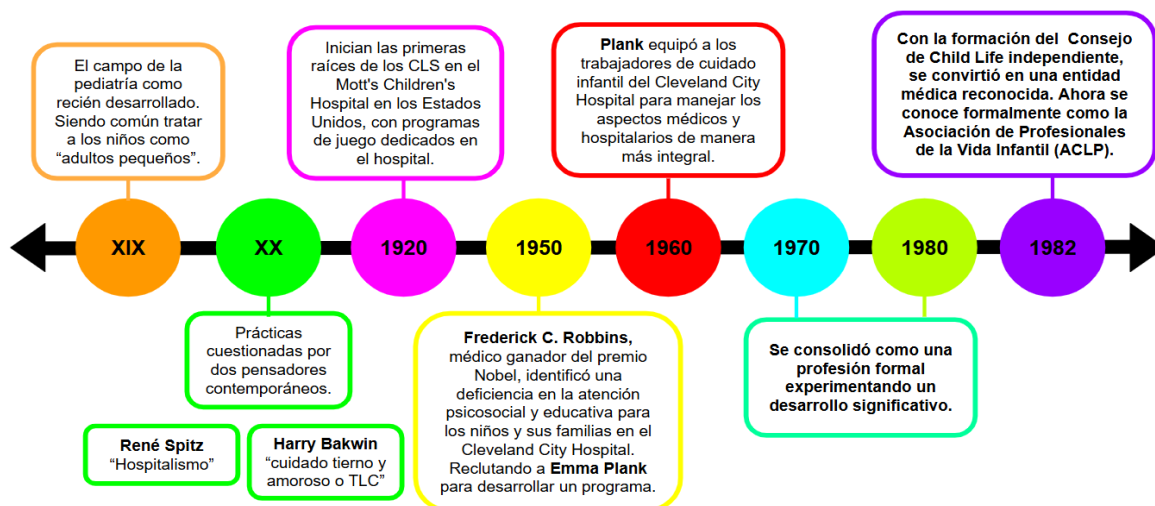
posteriormente se popularizó como “cuidado tierno y amoroso” (TLC, por sus siglas en inglés). (Rajapillai LI Pillai 2020)

A medida que se identificaban deficiencias y necesidades en la atención pediátrica hospitalaria, comenzaron a surgir diversos avances. En la década de 1920, aparecieron los primeros programas de juego en hospitales, y para 1930 se estableció uno de los más distintivos en el Children's Memorial Hospital de Chicago. Paralelamente, el interés por la Psicología del Desarrollo fue en aumento, impulsado por las contribuciones de destacados investigadores como Jean Piaget, John Bowlby y James y Joan Robertson. Entre las figuras clave en este campo también se encuentra Anna Freud, quien tuvo un papel fundamental como mentora de Emma Plank, que, posteriormente fue reconocida como la madre y pionera de Child Life (Rajapillai LI Pillai, 2020)

El tramo para llegar a esta formalidad parte también en los años 1950, donde el médico Frederick C. Robbins, ganador del premio Nobel, identificó una deficiencia en la atención psicosocial y educativa para los niños y sus familias en el Cleveland City Hospital. Ante esta necesidad, reclutó a Emma Plank, una experta en desarrollo infantil, para diseñar un programa que abordara dichas carencias. Plank formó a trabajadores del hospital en las áreas de desarrollo infantil y los preparó para manejar los aspectos médicos y hospitalarios de manera más integral.

Así, entre los años 1970 y 1980 la profesión Child Life Specialist se consolida formalmente en hospitales, con formación en desarrollo infantil, educación y terapia recreativa, experimentando un desarrollo significativo. En 1982, con la formación de un Consejo de Vida Infantil independiente, esta disciplina se formalizó y se desarrolló como una entidad médica reconocida. Desde entonces, los Servicios de Vida Infantil (CLS) se han expandido internacionalmente, con profesionales que practican en más de 25 países, siendo reconocidos por su importante papel en la atención pediátrica integral (Wong 2022).

Gráfica 2. Historia de Child Life.



Elaboración propia

4.2.2. Concepto de Child Life

Según Romito (2021) en la declaración política de la American Academy of Pediatrics, refiere a este concepto como un enfoque especializado dentro del ámbito de la salud pediátrica, cuyo objetivo principal es reducir el estrés y la ansiedad de los niños hospitalizados y sus familias a través de intervenciones psicosociales centradas en el juego, la preparación emocional y la educación adecuada según la etapa del desarrollo infantil. Siendo estos servicios fundamentales en los hospitales para abordar las preocupaciones psicosociales que surgen durante la hospitalización, promoviendo la comprensión y el manejo de las experiencias de atención médica, y fomentando la expresión de emociones que facilitan el proceso de curación, una atención integral centrada en el paciente y su familia que gira en torno a mejorar los resultados generales.

A través de estudios que analizan los programas de Child Life, la práctica y el impacto de los especialistas en Child Life (CLS) se respalda la eficacia de las intervenciones en la reducción de respuestas emocionales negativas durante los procedimientos médicos. Dentro de

estas estrategias clave de intervención, Romito (2021) destaca tres áreas fundamentales: **1.** El manejo del dolor y el afrontamiento, **2.** El valor terapéutico del juego y **3.** La asociación con las familias para brindar apoyo.

Como fundamento, Rosenblatt (2024), en su revisión, enfatiza que los especialistas en Child Life desempeñan un papel crucial dentro de los equipos médicos multidisciplinarios al priorizar el apoyo psicosocial de los niños y sus familias. Pues sus estrategias demuestran ser efectivas para mitigar el dolor, el miedo, minimizar el trauma médico y fomentar la participación activa de los pacientes en su atención o bien en la cooperación durante los procedimientos médicos. Se convierte en un objetivo general de mejorar su capacidad de afrontamiento y bienestar general, contribuyendo a normalizar la experiencia hospitalaria.

Teniendo presente lo anterior, Child Life se fundamenta en diferentes teorías y enfoques base para poder reconocer esta necesidad en la experiencia hospitalaria. Los cuales, serán mencionados a continuación:

Child Life se ha guiado y construido principalmente por las teorías de las **etapas de desarrollo** formuladas por Piaget (1959) y Erikson (1963). Desde la teoría del desarrollo cognitivo de *Piaget* es posible comprender cómo el pensamiento infantil evoluciona a través de etapas cualitativamente distintas, siendo este término el que encamina la adaptación de las estrategias de la preparación médica, el juego terapéutico y el acompañamiento emocional de acuerdo con el nivel evolutivo del niño. *Erikson* aporta con su enfoque psicosocial al identificar las tareas emocionales propias de cada etapa del desarrollo, manera en la que se reconoce la importancia de apoyar la identidad y el sentido de competencia del paciente pediátrico en situaciones de enfermedad y hospitalización. (Koller 2020).

Entre las ramas fundamentales de Child Life, Romito (2021) reconoce la importancia del **juego** como herramienta terapéutica y educativa, y Boles (2021) el **enfoque centrado en**

la familia como figura central en el proceso de adaptación y recuperación (términos que se expondrá de manera detallada en párrafos inferiores).

No obstante, con los años han emergido **críticas contemporáneas a las bases teóricas tradicionales**, concepto sustentado desde la teoría de la nueva **sociología de la infancia** de James y Prout, (1997). La cual, señala que las teorías de desarrollo clásicas tienden a homogeneizar la infancia bajo parámetros occidentales, neoliberales y normativos, teniendo en cuenta que existe una diversidad de infancias y contextos. Estas críticas invitan a reconocer la amplitud de las diferencias y proponen un cambio paradigmático en el que se supere la visión lineal del desarrollo para dar paso a enfoques más inclusivos. (Koller 2020).

Por otra parte, la **Convención de los Derechos del Niño** (UNCRC) que replantean al niño como sujeto social activo, competente y con derecho a participar en las decisiones que afectan su vida. Desde esta mirada relacional se transforma el rol del CLS como facilitador capaz de construir intervenciones sensibles al entorno social, cultural y estructural del niño. (Matthiese 2024).

Por último, se integran enfoques emergentes como los **Determinantes Sociales de la Salud y Teoría de Sistemas Ecológicos** de Bronfenbrenner (1979), en los que se comprende que la experiencia del niño enfermo no se limita únicamente a nivel individual, también se encuentra atravesada por múltiples sistemas (familia, escuela, comunidad, cultural, etc.) y factores estructurales (acceso a la salud, pobreza, discriminación), convirtiéndose en miradas que amplían el campo de acción de los ⁴CCLS, dotándolo de herramientas para intervenir de formar integral, crítica y situada. (Koller. 2020).

⁴ En adelante se usarán las siglas CCLS (Certified Child Life Specialist): Los CCLS son especialistas en Child Life certificados.

Es de esta manera que se puede decir, que los conceptos y enfoques de Child Life han evolucionado desde una fundamentación centrada en el desarrollo individual hacia una visión más compleja, relacional y basada en los derechos.

4.2.3. Child life en el ámbito de la salud pediátrica: Estrategias y metodología.

Child Life desde la perspectiva que se ha venido mencionando en párrafos anteriores, refiriéndose a un enfoque integral del apoyo psicosocial y emocional a los niños hospitalizados y sus familias. Y ante la colaboración con un equipo multidisciplinario, los especialistas en Child Life implementan diversas estrategias y metodologías que permiten no solo mejorar el afrontamiento del niño frente a la enfermedad, sino también promover su bienestar integral, las cuales, radican en tres tipos de intervenciones generales referenciados en Romito (2021) y Claridge (2020).

Una de las estrategias clave en Child Life es la **(1) preparación psicológica** de los niños para enfrentarse a situaciones médicas complejas, como cirugías y procedimientos de diagnóstico. Esta preparación incluye proporcionar información apropiada para su nivel de desarrollo, fomentar la expresión emocional y construir una relación de confianza con los profesionales de la salud. Según Humel (2021), estas intervenciones son fundamentales para reducir el miedo y la ansiedad, lo que contribuye a una mejor cooperación del niño durante los procedimientos y una disminución de las experiencias traumáticas. Además, Romito (2021) señala que estas intervenciones tienen un impacto positivo en la recuperación del paciente, ya que disminuyen la necesidad de sedación, mejoran el afrontamiento a largo plazo y contribuyen a una adaptación positiva frente a futuros desafíos médicos.

Por otra parte, **(2) el juego terapéutico** es otra metodología esencial dentro de Child Life. A través de esta estrategia, se permite a los niños explorar sus emociones, reducir el estrés y normalizar la experiencia médica. Lo cual, hablar de “normalizar” trata de contribuir en la

percepción del entorno hospitalario como un espacio menos extraño y más comprensible, de recrear un sentido de cotidianidad y familiaridad incluso en un ambiente que por naturaleza es estresante, como un hospital.

El juego se adapta a las necesidades y capacidades de desarrollo de cada niño, y puede incluir actividades sensoriomotoras para bebés, juegos de fantasía para preescolares, o juegos que fomentan el logro y la conexión social en adolescentes. Según Hummel (2021), el juego no solo tiene un valor terapéutico, sino que también actúa como un medio para fortalecer la relación entre el niño y su familia, ya que se fomenta la participación de los cuidadores en estas actividades. De manera similar, Romito (2021) destaca que el juego puede ayudar a los niños a superar el miedo y la angustia generadas por los procedimientos médicos, al mismo tiempo que promueve un desarrollo óptimo y una mayor comprensión de su situación médica.

Finalmente, **(3) la asociación o participación de las familias** es fundamental en el enfoque de los CLS. El apoyo emocional y psicosocial brindado a los padres y hermanos ayuda a que toda la familia enfrente de manera más efectiva la experiencia médica del niño. Los especialistas en Child Life trabajan en estrecha colaboración con las familias para brindar estrategias de afrontamiento y mejorar la comunicación entre los diferentes miembros del equipo médico. Romito (2021) señala que esta colaboración entre CLS y las familias no solo facilita la adaptación de los cuidadores, sino que también contribuye a reducir la ansiedad parental, lo que a su vez tiene un impacto positivo en el bienestar del paciente pediátrico.

Teniendo en cuenta lo anterior, es de interés cerrar este apartado de Child Life en la salud pediátrica, considerando que:

Las intervenciones en este campo genera menos angustia emocional, mejor afrontamiento general durante la hospitalización, comprensión clara de los procedimientos, menos tiempo con narcóticos para el dolor, duración reducida de la hospitalización, reducción

del miedo entre los pacientes pediátricos y una mayor satisfacción de los padres[...]Específicamente, se ha demostrado que el juego terapéutico reduce la angustia emocional de los niños [...] y las actividades apropiadas para el desarrollo, como el juego, el arte, la lectura, el teatro y la música, pueden ayudar a reducir los niveles de ansiedad de los niños y hacer que su experiencia en el hospital sea menos intimidante y aterradora. y facilita el desarrollo de los niños (Lookabaugh, 2018, p.2).

4.2.4. Profesionales de Child Life y su Rol en el ámbito de la salud pediátrica.

4.2.4.1. Formación del profesional en Child Life

De antemano, en lo que respecta a la formación de los CLS se considera rigurosa y multidisciplinaria, pues como se ha hecho mención, requiere una base sólida en desarrollo infantil, psicología, educación basada en evidencia, terapia recreativa y a fines. También, se habla de rigurosidad ya que, aparte de tener una profesión de base, es necesario cumplir con una serie de requisitos específicos para obtener la certificación como Especialista en Child Life (CCLS). De acuerdo con la ACLP, los aspirantes deben completar cursos específicos relacionados con el desarrollo infantil y la intervención psicosocial en el ámbito hospitalario, realizar una pasantía supervisada en Child Life con un mínimo de 600 horas de práctica y aprobar un examen de certificación, la cual, debe renovarse cada cinco años para garantizar la actualización constante en el campo (Rajapillai LI Pillai, 2020)

Por otra parte, según Wong (2022) los CLS están altamente capacitados para mejorar la experiencia del paciente pediátrico a través de intervenciones que incluyen la preparación psicológica, el manejo del dolor y el juego terapéutico. En algunos entornos hospitalarios, los CLS⁵ colaboran con asistentes, los cuales son quienes tienen formación en áreas relacionadas

⁵ Asistente de Child Life (Child Life Assistant): Los asistentes de Child Life son profesionales que, en algunos entornos, complementan los servicios de los especialistas en vida infantil. Generalmente,

y apoyan la implementación de actividades lúdicas y el manejo de espacios recreativos (Romito, 2021).

4.2.4.2. Rol en el ámbito de la salud pediátrica

Ahora bien, en términos generales, los Especialistas en Child Life (CLS) son responsables de garantizar el cumplimiento de los objetivos de los programas de Child Life, promoviendo estrategias que favorecen el bienestar psicosocial de los niños y sus familias. Desempeñan un papel esencial dentro de los equipos multidisciplinarios de atención pediátrica, colaborando estrechamente con médicos, enfermeras, trabajadores sociales y centros de cuidados paliativos. De esta manera, gracias a esta sinergia, logran ofrecer un enfoque integral que abarca tanto el bienestar emocional como físico de los niños hospitalizados. En sí, su labor va más allá de los paradigmas tradicionales de atención médica a través de las variables intervenciones adaptadas a las necesidades individuales de cada paciente y familia.

Entrando un poco a lo que incluye su labor en el campo profesional, los Especialistas en Child Life (CLS) realizan intervenciones que según Rosenblatt (2024) se centran en las necesidades de desarrollo y afrontamiento de los niños, lo que mejora su experiencia hospitalaria y la de sus familias. Estas intervenciones, de alguna manera ya definidos en párrafos superiores, se basan en una metodología integral que combina estrategias psicosociales, herramientas lúdicas y técnicas de preparación emocional para optimizar la experiencia hospitalaria de los niños y sus familias. Por otra parte, estos especialistas cumplen con la labor de proporcionar actividades de juego, coordinación de eventos especiales (visitantes de la comunidad, celebraciones navideñas, celebración del día del niño etc.) y

requieren un título de asociado (associate degree) en desarrollo infantil, el juego, psicología o una formación universitaria básica similar, así como experiencia trabajando con niños en entornos grupales.

mantienen el ambiente de la sala de juegos. A continuación, se describen los aspectos clave de la implementación de estas intervenciones:

- **Tiempos de Intervención:** Las intervenciones de los CCLS y los CLS varían en duración según las necesidades del paciente y el contexto hospitalario. Teniendo en cuenta los datos de productividad, se estima que en una jornada de 8 horas pueden atenderse entre 6 y 10 consultas, dependiendo del área y su exigencia ante procedimientos que requieren preparación y apoyos significativos. En términos generales, estas pueden clasificarse en:
 - Duración macro: Puede extenderse desde sesiones puntuales de algunos minutos hasta procesos prolongados, dependiendo de la hospitalización o el tratamiento.
 - Duración de sesiones individuales: **1.** Preparación preoperatoria: Entre 30 minutos y 1 hora, según el procedimiento y la edad del paciente. **2.** Acompañamiento en procedimientos médicos: Los CCLS permanecen con el niño durante toda la intervención médica para brindar apoyo emocional y reducir la ansiedad. **3.** Intervenciones generales: Se desarrollan en sesiones de mínimo 30 minutos hasta 1 o 2 horas, dependiendo de la atención requerida.
 - Evaluación del impacto: Se emplean instrumentos como el Child Drawing: Hospital (CD:H) para medir el nivel de ansiedad antes y después de las intervenciones.
 - Colaboración continua: La intervención puede mantenerse a lo largo de toda la estadía hospitalaria o en consultas ambulatorias, según la necesidad del paciente.
- **Herramientas y Recursos:** Para la implementación de las estrategias de intervención, se utilizan diversas herramientas y recursos, entre los cuales destacan:
 - Materiales de juego y muñecos: Facilitan la simulación, exploración y preparación del niño para los procedimientos médicos.
 - Uso de sujeciones cómodas: Técnicas de conexión, vínculo y seguridad entre el paciente y el cuidador a la hora de realizar un procedimiento médico.

- Instrumentos de evaluación y recolección de datos: Incluyen cuestionarios, encuestas y herramientas diseñadas para medir niveles de estrés y emociones. Se emplean métodos de observación del comportamiento, así como entrevistas semiestructuradas con familias, niños y profesionales de la salud.
- Recursos creativos: Se integran expresiones artísticas como el dibujo, la música y la escritura, promoviendo la comunicación emocional y el afrontamiento del niño.
- **Proceso de Implementación:** La metodología aplicada por los CCLS se basa en diversas estrategias diseñadas para preparar y acompañar a los niños en su proceso hospitalario. Estas incluyen:
 - Juego terapéutico: Utilizado como herramienta para el procesamiento emocional, la comprensión de procedimientos médicos y el desarrollo de estrategias de afrontamiento.
 - Preparación psicológica: Se lleva a cabo mediante recorridos por las áreas hospitalarias, explicaciones simples y adaptadas a la edad del niño, así como simulaciones para anticipar procedimientos médicos.
 - Intervenciones psicosociales: Incorporan técnicas de relajación, actividades creativas y estrategias para fomentar la resiliencia y el bienestar emocional.
 - Colaboración interdisciplinaria: Implica la coordinación con médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales para garantizar una atención integral.
 - Evaluación continua: Se documenta el progreso del niño antes, durante y después de la intervención, permitiendo un seguimiento efectivo de los resultados y ajustes en las estrategias aplicadas.

En este contexto, los CLS enseñan estrategias de afrontamiento para minimizar las consecuencias negativas de la hospitalización (Hummel, 2021) y facilitan el manejo del dolor no farmacológico mediante técnicas de respiración y relajación, así como la preparación psicológica antes de los procedimientos médicos (Romito, 2021). Por otra parte, los CCLS defienden las necesidades psicosociales de los niños y sus familias, brindando educación adecuada para el desarrollo y actuación como un puente entre los pacientes y otros profesionales de la salud (Wittenberg & Barnhart, 2021).

Precisando un poco más lo anterior, estos especialistas se apropian de conocimientos especializados en diversas áreas, los cuales, se combinan entre el desarrollo infantil, la psicología, atención médica e investigación. Esto les permite abordar necesidades emocionales y psicosociales de los niños, prepararlos para procedimientos médicos y defender su bienestar basándose en evidencia. A estos conocimientos también se añaden las habilidades y actitudes.

Dichas, van muy compaginadas con lo mencionado anteriormente, sin embargo, va más allá de la base en el desarrollo infantil y la psicología, pues, requieren habilidades en investigación, comunicación, colaboración y adaptabilidad para trabajar en entornos diversos y responder a las necesidades psicosociales de los niños. Su compromiso con la defensa de los derechos del paciente y su apertura a la innovación y creatividad constante se destacan como actitudes esenciales en un campo en evolución y donde siempre se diversifican las situaciones.

4.2.4.3. Child Life y su Impacto

Romito (2021), Brandon (2022), Claridge (2020) Et. Concuerdan que la labor que cumplen los CLS tiene un impacto significativo que ha sido evidenciado en diversos ámbitos dentro del entorno hospitalario a través de investigaciones realizadas. Los autores identifican estos impactos en 4 aspectos globales:

1. Impactos en el paciente: De 1 a 100, se aproxima que entre el 50% y 75% de los pacientes pediátricos desarrollan miedo y ansiedad en niveles importantes antes de la cirugía. Se ha evidenciado que la intervención realizada por estos especialistas ha contribuido a la reducción del uso de sedación, disminución del miedo, el estrés y promoción de experiencias positivas, lo que a su vez mejora la recuperación y el bienestar emocional. Por otra parte, se ha demostrado que optimiza la recuperación postoperatoria, fomentan el desarrollo y la comprensión a través del juego, implementan estrategias no farmacológicas para el manejo del dolor y enseñan estrategias de afrontamiento exitosas, pues de 1 a 100 se menciona que por lo general el 86% de los pacientes tienen una comprensión limitada ante las explicaciones de los médicos.

Es relevante que también se ha demostrado que las respuestas fisiológicas, como la sudoración de las palmas de las manos, el movimiento corporal excesivo, la taquicardia y la hipertensión, pueden reducirse con intervenciones de juego terapéutico. Por último, no es de ignorar el hecho que también, se promueve el empoderamiento del niño a través de la toma de decisiones.

2. Impactos en la Familia: Se destaca que la intervención realizada gira en torno al alivio del estrés, la mejora de la experiencia hospitalaria a través de estrategias no farmacológicas y el fortalecimiento de los vínculos afectivos. Así mismo, contribuyen en la confianza familiar mediante la inclusión en la toma de decisiones, lo que permite a los padres y cuidadores sentirse más involucrados y seguros en el proceso hospitalario.

3. Impactos en la institución: A nivel institucional el impacto es relativamente importante debido que posiciona la institución con una buena imagen, resalta el prestigio y contribuye en la sostenibilidad, se demuestra a través de datos, estadísticas, encuestas de satisfacción por parte de los “clientes” que en este caso son pacientes y sus familiares.

De esta manera, los impactos se han visto reflejados mayormente en la mejora de la calidad y satisfacción del paciente, la optimización de la atención y reducción de costos, el aumento de la eficiencia operativa y mejora de los ingresos, el hecho de la integración de los CCLS en el equipo médico para mejorar la atención, e incluso contribuye en el obtener una menor tasa de abandono del procedimiento.

4. Impactos en el rol profesional: La presencia de los CLS ha tenido un impacto en el trabajo interdisciplinario, en la mejora de la superación de desafíos en la integración del equipo. Un aspecto importante para destacar es el reconocimiento de la efectividad psicosocial de los CCLS, pues este ha pasado por una constante lucha con las demás profesiones que se encuentran en este ámbito hospitalario, donde su labor no era tomada en cuenta.

A partir de encuestas al equipo interdisciplinario mencionaron que los CCLS eran beneficiosos el 75% de los casos, sin embargo, cabe recalcar que dentro de ello también entran cuestiones de la falta de reconocimiento del rol. Esto, también implicaba en la existencia de un agotamiento de los profesionales CLS ante una mejor comprensión de su rol, por lo que ahora se puede indicar que ha tenido un impacto en la prevención (Wittenberg y Barnhart, 2021).

El impacto en el rol profesional también se ha evidenciado al conocer que el 63% de los pacientes pediátricos desarrollan miedo a los profesionales de la salud, lo cual, es un aspecto que cambia al ser intervenidos por un CLS (Romito 2021). Por otra parte, el aumento de la visibilidad de los CLS ha contribuido en la investigación y documentación del campo de dicho programa, e incluso su labor ha aportado a la institución para la continuación de la investigación pediátrica con mayor facilidad y efectividad (Hummel 2023). Por último, se ha evidenciado un impacto en la mejora del bienestar a través del juego intencionado, el cual, se menciona como una estrategia potente y aún innovadora (Rosenblatt 2024).

En este contexto, resulta útil establecer de manera previa la semejanza con el rol del recreador en lo que respecta a que este también cuenta con una formación integral que incluye el diseño, la planeación y la implementación de intervenciones individuales y colectivas, desde los lenguajes y técnicas lúdico-creativas orientadas al bienestar emocional, social e indirectamente físico de los pacientes.

Con base en el problema de investigación que guía este estudio, es posible decir que el concepto de Child Life es relevante a dicho trabajo ya que, ofrece un modelo consolidado que demuestra cómo el juego y las estrategias lúdicas pueden transformar la experiencia hospitalaria de los niños, promoviendo su bienestar integral.

4.3. Hospitalización en la infancia

Este capítulo explora el impacto psicológico y emocional que la enfermedad y la hospitalización tienen en los pacientes pediátricos, identificando las reacciones frecuentes, los factores que modulan el impacto, la manera en que se manifiestan en las diferentes fases de la estancia hospitalaria y la importancia de abordar estas necesidades para mejorar la calidad de vida del niño en condición de hospitalización.

La hospitalización en la infancia según González y Jenaro (2007) constituye un evento significativo que implica un cambio radical en las condiciones de vida tanto del niño como de su familia o cuidadores, una experiencia compleja que si no se aborda adecuadamente puede comprometer y generar consecuencias emocionales, cognitivas, sociales y conductuales a corto y largo plazo. Supone asumir rutinas, normas y pautas de comportamiento distintas a las habituales que, en sí, generan una barrera y una ruptura de las actividades de la vida diaria, generando un estado de impotencia y posterior estrés.

Para ahondar más en ello, Fernández y López (2006), y Claridge (2020) apoyan esta idea mencionando que la enfermedad que justifica el ingreso, junto con la incertidumbre sobre el futuro lleva a generar angustia, ansiedad y estrés en el niño, su círculo social, e incluso en el equipo médico. Por este motivo, la hospitalización es percibida como una situación donde el sujeto siente un incremento de su propia vulnerabilidad y se enfrenta a una gran cantidad de estímulos estresantes y a menudo amenazantes para su integridad (Fernández y López 2006).

4.3.1. La hospitalización infantil como evento y entorno estresante

Para Fernández y López (2006) y Romero (2024), el ambiente hospitalario, incluso para adultos es percibido como un ámbito de riesgo, complejidad y desagrado. El entorno hospitalario, si bien es necesario para el cuidado médico y un recurso útil para la atención de pacientes, puede representar un ámbito de adversidad para los niños, un entorno que puede ser extraño y hostil (Romero. 2024). Como se hizo mención, encontrarse en condición de hospitalización interrumpe las rutinas, impone restricciones físicas y emocionales, generando ansiedad por el alojamiento de las figuras de apego, que en palabras de Velásquez (2014) la hospitalización infantil debe entenderse como una “situación que rompe la continuidad de la vida cotidiana del niño y lo confronta con múltiples pérdidas simbólicas y reales” (p. 17).

Ahora bien, desde una mirada algo más crítica contemporánea, Hummel (2021) también advierte que en muchos sistemas de salud, como el alemán, las tendencias de racionalización y escasez de personal especializado impiden implementar plenamente los derechos de los niños establecidos en la Convención de las Naciones Unidas, aspecto que se traduce en entornos clínicos que frecuentemente carecen de estructuras sensibles a las necesidades infantiles, agravando la vivencia hospitalaria y dificultando su participación activa en el tratamiento. Este autor, destaca también que “tiene sentido implementar estructuras que tengan más en cuenta

las necesidades de los niños en el tratamiento y, por tanto, las experiencias traumatizantes se mitigan” (Hummel, 2021, p.40).

Velásquez (2014) refiere que históricamente la preocupación por el bienestar psicosocial del niño hospitalizado es relativamente reciente, donde en Reino Unido, investigaciones pioneras como el informe del Ministry of Health (1952), liderado por Alix Hanley Moncrieff, pediatra británica que estaba comprometida con la mejora de las condiciones hospitalarias para la infancia, abogaron por permitir la presencia de los padres en las salas pediátricas, reconociendo que su ausencia podría generar serios efectos psicológicos.

Paralelamente, el trabajo de René Spitz, psiquiatra y psicoanalista austro-estadounidense introdujo en el año 1945 el concepto de “Hospitalismo”, evidenciando los efectos devastadores que la separación prolongada de la madre tenía en el desarrollo afectivo de los lactantes internados. Por su parte, Jhon Bowlby, psiquiatra y psicoanalista inglés, en el año 1951 desarrolló la teoría del apego y describió cómo la ansiedad por separación en niños hospitalizados podía desencadenar alteraciones emocionales de largo plazo (Velásquez 2014).

Estos hallazgos contribuyeron como base para los cambios en los protocolos hospitalarios que con el tiempo permitieron la permanencia de los padres durante la hospitalización de sus hijos, aspecto importante al reconocer el valor terapéutico del vínculo afectivo continuo.

El documento Niños Hospitalizados indica que, durante gran parte del siglo XX, el modelo hospitalario predominante se centró exclusivamente en la enfermedad, dejando de lado el sentir, las emociones del paciente pediátrico al vivenciar y percibirse en este contexto, pues, los entornos hospitalarios eran fríos, restrictivos y a menudo privaban al niño del contacto constante con su familia (Velásquez 2014).

En esta misma línea, García y De la Barra (2005) afirman que la evolución de los modelos de atención ha sido desigual, y que, en muchos contextos, los equipos médicos aún toman decisiones sin consultar al niño ni considerar sus necesidades subjetivas, lo que perpetúa una visión pasiva del paciente pediátrico. Así mismo, menciona que la consecuencia de este enfoque limitado es una experiencia hospitalaria deshumanizante que afecta el desarrollo emocional y la percepción del niño sobre su enfermedad y el sistema de salud.

4.3.2. Impacto psicológico y emocional en el niño hospitalizado

Existen investigaciones que estiman que entre el 10% y el 37% de los niños hospitalizados presentan trastornos psicológicos significativos como resultado de su estancia hospitalaria (García y de la Barra 2005). A continuación, se detallan las principales respuestas emocionales y conductuales, una recopilación hecha a partir de diferentes perspectivas.

- **Ansiedad y estrés:** La ansiedad aparece como una reacción inmediata ante la pérdida de control y la incertidumbre (Claridge 2020) señala que la “hospitalización representa un factor estresante importante y cuando no hay un control del estrés, los niños pueden experimentar una multitud de emociones negativas” (pág. 4). A esto, se añade que las emociones de ansiedad (una inquietud ante una amenaza potencial) y de angustia (malestar físico y afectivo) suelen solaparse y dificultar el proceso de adaptación (Claridge 2020; Fernández y López 2006).

Estos autores también mencionan que esta ansiedad puede intensificarse por la percepción de dolor, el temor a la muerte, la anestesia, al quirófano o amenazas a la imagen corporal. Se reconoce también que los niños más pequeños, son los que suelen reaccionar con mayor inquietud, ritmos alterados, llantos y problemas alimenticios. (Fernández y López 2006).

- **Miedo:** Catalogada como una de las emociones más prevalentes según Velásquez (2014). Por una parte, “los niños experimentan temor al abandono, toman por hecho considerar que estar en aquel lugar hospitalizado es a causa de un mal comportamiento, un castigo” (pág. 22). Velásquez (2014) y, García y De la Barra (2005) enfatizan también el temor a los procedimientos médicos dolorosos, un ejemplo de ello son las inyecciones y extracciones de sangre, añadidas el temor de la jeringa y el procedimiento, lo cual simbolizan una invasión a su cuerpo.

- **Depresión y tristeza:** Durante hospitalizaciones prolongadas, pueden emerger síntomas depresivos, que se expresan en forma de apatía, pérdida de autoestima, sentimiento de inutilidad, culpa, irritabilidad, pérdida de apetito o alteraciones del sueño. Según González y Jenaro (2006), “la calidad de vida de los niños disminuye significativamente durante la hospitalización, afectando su bienestar emocional” (p. 238).

- **Regresiones y problemas conductuales:** Para Velásquez (2014) conductas como la pérdida de habilidades adquiridas, dependencia afectiva y general excesiva, “pataletas”, miedo a la oscuridad, rechazo al tratamiento y problemas de cooperación son comunes. Este autor, identifica estas respuestas como parte del “impacto emocional profundo que puede producir la separación y la medicalización del cuerpo infantil” (p. 29).

- **Síntomas y traumas:** Hummel (2021) advierte que algunas estancias hospitalarias pueden desencadenar estrés psicológico general o incluso síntomas compatibles con estrés postraumático, especialmente cuando no se cuenta con estructuras de apoyo emocional adecuadas.

4.3.3. Factores moduladores del impacto

Para Fernández y López (2006), y Romero (2024), el impacto psicológico de la

hospitalización no es homogéneo; está influenciado por factores personales, familiares, médicos y contextuales:

- **Factores personales:**

- ***Edad y etapa de desarrollo:*** La reacción del niño ante la hospitalización influye según su etapa de desarrollo, en la que se provee diferentes herramientas y habilidades, preocupaciones y necesidades (García y De la Barra. 2005). En este sentido, Velásquez (2014) categoriza que los niños entre los 6 meses y los 4 años que presentan estancias hospitalarias repetidas se encuentran en riesgo de problemas de conducta y aprendizaje. Por su parte, García y de la Barra (2005) encuentran que los niños en etapa preescolar (3 a 5 años) pueden pensar que la enfermedad es un castigo por haber realizado algo “malo”. Por otra parte, estos autores también enfatizan que los niños en edad escolar (6 a 12 años) requieren explicaciones simples de la enfermedad y una anticipación de los procedimientos. Ahora bien, a esta categorización se suma Fernández y López (2006) mencionando que generalmente existe una tendencia a la disminución del estrés a medida que aumenta la edad, sin embargo, los adolescentes pueden tener mayor preocupación sobre las intervenciones médicas debido a su mayor desarrollo cognitivo.
- ***Morbilidad psiquiátrica previa:*** García y De la Barra (2005) realizan una valoración respecto a que los niños y adolescentes que presentan antecedentes de depresión, angustia o trastornos del desarrollo psiconeurológico pueden tener mayor dificultad para enfrentar la hospitalización y relacionarse con el equipo de salud.
- ***Experiencias previas:*** Si bien existen estudios que sugieren que las experiencias previas de hospitalización pueden reducir el estrés por habituación, muchos otros estudios indican completamente lo contrario. Se menciona que tener una valoración cualitativa de la experiencia es crucial, ya que demarca que, si la experiencia durante la hospitalización fue negativa, los niveles de estrés aumentan de manera significativa (Fernández y López 2006).

- **Factores relacionados con el ambiente hospitalario:**

- ***Ambiente físico:*** Raj, et al. (2024) establecen que el ambiente estresante de las unidades de cuidados intensivos (UCI), teniendo en cuenta que en ello se caracteriza la privación del sueño, aumento de estimulación, respiración mecánica, aislamiento social, etc., pueden causar delirio. Romero (2024) añade que, por lo general los hospitales carecen de espacios que faciliten el desplazamiento con mobiliario y decoración adecuados a la edad, también suele haber ruido constante, falta de luz apropiada, y la inmovilidad forzada contribuyen al malestar.
- ***Factor humano y organizativo:*** Raj, et (2024) atribuyen a que el comportamiento impersonal o antipático del personal puede generar problemas iatrogénicos, es decir daños emocionales o físicos ocasionados por el profesional de la salud a pacientes o familiar de manera no intencional. Ahora bien, teniendo en cuenta que para González y Jenaro (2007) es vital hacer al niño partícipe de lo que ocurre con él, establecen que a menudo ocurre el error de que las decisiones que afectan al niño y su entorno se suelen tomar sin valorar sus demandas previas ni hacerlos partícipes. Por otra parte, García y De la Barra (2005) y Romero (2024) indican que la sobrecarga laboral del personal de la salud también puede afectar la atención integral y la relación con los pacientes y su familia, un aspecto importante que debería ser considerado por las instituciones. En este hilo que involucra la participación de la institución, se suma González y Jenaro (2007) aludiendo que existe una falta de programas de intervención que palien las deficiencias en las necesidades educativas, afectivas, emocionales y de otros tipos del niño, catalogando como una deficiencia observada.

4.3.4. Impacto en el sistema familiar

García y De la Barra (2005) indican que la hospitalización de un niño genera un impacto en todo el sistema familiar y afectivo, los cuales, también atraviesan un proceso de cambio y

adaptación complejo. Esto, resaltando que la familia es un nexo fundamental como red de apoyo para el niño, que puede contribuir a través de su participación activa con la recuperación (García y De la Barra. 2005). A continuación, se presentan el impacto en los diferentes personajes de la familia según diversos autores:

- **Padres y madres:** La hospitalización de un hijo es un evento amenazante para la integridad física y emocional del niño, una situación compleja que genera angustia y preocupación para los padres (García y De la Barra 2005). González y Jenaro (2007) apoyan esta idea, añadiendo que experimentan temor, indefensión y así como los pacientes, una alteración a su rutina diaria y su ritmo de vida normal. Ante esto, para ellos las emociones se encuentran inestables e incontrolables en diversas situaciones, lo cual, puede llevar a descuidos, a la incomprensión, y así a dificultar la colaboración con el personal médico, sin embargo, no es algo intencionado, se reitera que sucede a causa del estado de confusión y ansiedad de la madre o el padre ante el impacto psicológico que ha recibido de la salud del niño (Velásquez 2014).

- **Hermanos:** Teniendo en cuenta que la vida familiar se altera radicalmente con cambios y atención centrada en el niño enfermo según García y De la barra (2005), los hermanos pueden presentar problemas psicológicos y psicosociales (conducta, adaptación, retraimiento social, irritabilidad, etc.) Para los autores, esto, especialmente si son más pequeños (entre 3 a 6 años), por lo general, se debe a la disminución de atención y tiempo que los padres les dedican.

4.3.5. Intervenciones y estrategias para mitigar el impacto

García y de la Barra (2005) y Velásquez (2014) concuerdan en que para atenuar los efectos negativos de la hospitalización y promover el bienestar del niño, se requiere un enfoque integral y una labor multidisciplinar de profesionales, que incluya intervenciones médicas,

psicológicas, conductuales y sociales.

En primer lugar, en cuanto al **enfoque médico**, el autor Raj, et (2024) considera que es vital contar con un médico a cargo que supervise las estrategias terapéuticas y que genere confianza en el paciente. Por otra parte, el manejo adecuado del dolor y del descanso es fundamental para favorecer el bienestar y las capacidades de afrontamiento del niño durante la hospitalización, por lo que es importante que el personal de salud identifique de manera temprana signos de ansiedad o depresión en los niños, de modo que, estos puedan ser abordados de forma oportuna y adecuada, ya sea mediante el apoyo farmacológico bajo supervisión especializada, acompañamiento psicosocial e intervenciones terapéuticas.

En segundo aspecto, Velásquez (2014) comenta que la **preparación psicológica** del paciente y su familia es crucial para lo que va a suceder respecto a procedimientos, desconfiguraciones, etc., de igual manera el hecho de repetir y contar con estrategias para explicar, mejoran la comprensión. En secuencia, también se añade el **enfoque conductual** según Raj, et al (2024), en el que se menciona que desde la desensibilización previa es posible aliviar la ansiedad por los procedimientos médicos, un ejemplo de ello es realizar ensayos generales.

En este sentido, la cooperación del niño también puede mejorar con “reforzadores” apropiados, es decir, que en su procedimiento se involucre su enfermera favorita, su familiar, etc. Así mismo, se priorizan las técnicas de relajación, hipnosis y distracción de la atención, ya que previenen efectos secundarios del tratamiento. Ahora bien, en pro de la parte social, Raj (2004) indica que antes del alta, es importante evaluar si la familia está preparada para afrontar posibles cambios físicos o emocionales del niño, pues el acompañamiento desde la fase aguda favorece una transición más fluida, y el apoyo de grupos de autoayuda puede facilitar su adaptación a una nueva dinámica social y a retomar sus rutinas y realidad.

Por último, una de las estrategias importantes desencadena desde la **humanización y la pedagogía hospitalaria**, Velásquez (2014) pone como ejemplo el programa de Child Life, el cual ha sido desarrollado para reducir el impacto emocional a causa de la hospitalización, una iniciativa importante que integra el juego, la información adaptada y la contención emocional como estrategias para acompañar al niño en su proceso de enfermedad. Por otra parte, González y Jenaro (2007) refieren a la pedagogía hospitalaria como una rama multidisciplinar que tiene como objetivo garantizar el derecho del niño a continuar con su desarrollo educativo y personal durante la hospitalización. A través de las aulas hospitalarias y otras estrategias didácticas, se busca mantener el vínculo con el proceso de aprendizaje, y favorecer el afrontamiento de la enfermedad.

En síntesis, los autores mencionados en este apartado de hospitalización reiteran en reconocer la hospitalización infantil como una experiencia que trasciende el mero acto médico, configurándose como un evento de profundo impacto psicológico y social para el niño y su familia. Las diversas reacciones emocionales y conductuales, junto con las repercusiones en la calidad de vida y las dinámicas familiares evidencian la necesidad de un abordaje que vaya incluso más allá del tratamiento físico.

Se finaliza subrayando la importancia de considerar la edad y etapa de desarrollo del niño, las características de la enfermedad y fundamentalmente las condiciones del ambiente hospitalario y las interacciones humanas. También, destaca la urgencia de implementar programas de preparación psicológica integrales, basados en la evidencia, que fomenten la participación activa de los padres, y que se promueva un entorno hospitalario humanizado. Es dicho que solo a través de una atención holística y centrada en el paciente y su familia, que reconozca y aborde los factores psicosociales inherentes a la hospitalización, se podrá mitigar el estrés, fomentar la adaptación y contribuir a una recuperación más integral y un mejor bienestar a largo plazo.

5. Metodología

5.3. Fundamentación Conceptual

En coherencia con el propósito de este trabajo investigativo, se plantea el método cualitativo como el más pertinente para el estudio. En esta línea, se estima como enfoque una revisión narrativa con elementos comparativos y un alcance exploratorio. Dicho método resulta relevante, dado que este trabajo busca comprender las similitudes, diferencias, significados, roles y enfoques empleados en el marco de dos conceptos específicos: Recreación Guiada y Child Life.

El método cualitativo se considera el más apropiado para este estudio, ya que permite capturar las dimensiones subjetivas y complejas de ambos conceptos, a diferencia de los métodos cuantitativos, que se centran en medir variables y generalizar resultados. Según Denzin y Lincoln (2005), la investigación cualitativa es ideal para explorar fenómenos desde una perspectiva interpretativa, proporcionando una comprensión profunda y contextualizada de la experiencia humana, rica en detalles, que facilita la exploración de significados complejos y promueve un enfoque ético y reflexivo. Esto permite un análisis más profundo de las similitudes y diferencias entre los conceptos que se pretenden comparar.

Por otra parte, Fortich (2013) define el enfoque de revisión narrativa como un estudio bibliográfico que recopila, analiza, sintetiza y discute la información publicada sobre un tema, incluyendo un examen crítico del estado del conocimiento reportado en la literatura. Este enfoque resulta pertinente para el trabajo, ya que reúne y organiza información dispersa para presentarla de manera coherente y comprensible, proporcionando una visión actualizada de la información existente y permitiendo el análisis y la discusión en contraste con su relevancia.

Es importante mencionar que para desarrollar la revisión narrativa se realizó previamente una revisión de literatura que permitió identificar fuentes relevantes y

proporcionar una base sólida para el análisis comparativo. En otras palabras, esta revisión se utilizó como una herramienta para recopilar y seleccionar estudios existentes en torno a ambos conceptos (*Child Life* y Recreación). Posteriormente, la revisión narrativa se enfocó en sintetizar y discutir críticamente la información recopilada. El enfoque comparativo resulta pertinente para establecer relaciones que permitan reconocer cómo *Child Life*, que ha tenido un desarrollo destacado, presenta similitudes significativas con el campo de la Recreación Guiada en el ámbito de la salud. Esto sugiere una oportunidad para que los recreadores en Colombia fortalezcan su papel, destacando su potencial para desempeñar un rol esencial en el cuidado pediátrico, un aporte que merece mayor visibilidad y reconocimiento.

Finalmente, dado el alcance exploratorio, y en consecuencia de la identificación de similitudes y diferencias de este trabajo, se derivan conexiones y enfoques entre la Recreación Guiada y *Child Life*, como áreas poco estudiadas en el contexto colombiano. Esta exploración, fundamentada en el análisis cualitativo y la revisión de literatura, abre caminos para futuras investigaciones e intervenciones en la Recreación en el ámbito de la salud y, en general, en la salud pediátrica.

5.4. Descripción del Proceso

La recolección de información para esta revisión narrativa se llevó a cabo mediante una metodología rigurosa que incluyó la búsqueda de literatura relevante en torno a dos conceptos principales: *Child Life* y Recreación. Para facilitar la explicación, se presentan dos apartados:

5.4.1. Child Life

La búsqueda relacionada con *Child Life* se realizó en siete bases de datos especializadas: Psychology Database (ProQuest), ScienceDirect (Elsevier), PubMed, Ovid, EBSCO, Taylor & Francis y SpringerLink. Además, se consultaron revistas académicas

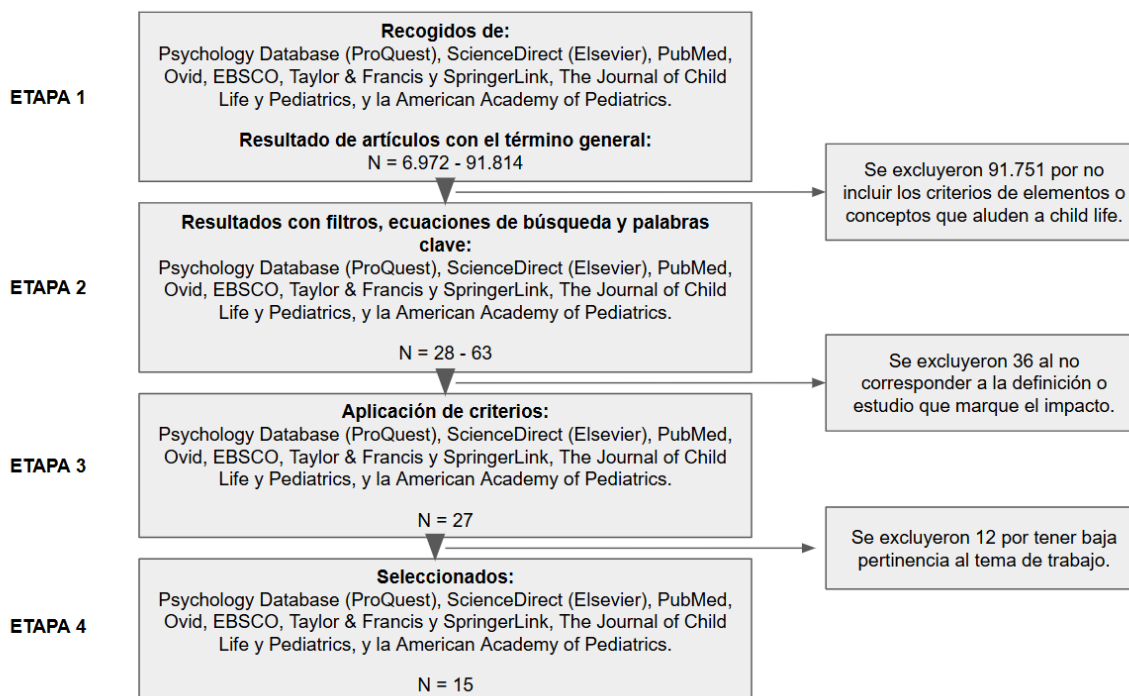
especializadas como The Journal of Child Life y Pediatrics, de la American Academy of Pediatrics, incluyendo la declaración política más reciente sobre los servicios de Child Life (*Child Life Services*, CLS).

Los términos de búsqueda empleados incluyeron: "Child Life", "*Child Life Specialist*", "*Pediatric Child Life*", "*Child Life Therapy*", "*Child Life Services*" y "*Impact Child Life Service*". Estas palabras clave se combinaron mediante ecuaciones de búsqueda con operadores booleanos (AND, OR) y siempre incluyeron el término "Child Life". Sin embargo, la búsqueda presentó algunas complejidades debido a que este concepto es poco común, se añade a otros términos específicos que aluden a las características del programa de *Child Life* y al área de la salud, estos, de carácter psicoeducativo, psicosocial, el bienestar emocional y demás, lo cual, también fue una característica coincidente que. Para abordar estas limitaciones, se aplicaron filtros como relevancia, acceso a texto completo, fecha de publicación, artículos evaluados. En cuanto a resultados, cuando se buscaba únicamente el término "Child Life" su número de artículos era alto, variando entre 6.972 y 91.814. Sin embargo, cuando se añadían los filtros mencionados anteriormente, las ecuaciones de búsqueda y otros términos característicos semejantes a él, se reducía significativamente, oscilando entre 23 a 68 resultados. Aun así, muchos de los resultados no compaginaban con la información que realmente se requería para este trabajo. Aspecto que lleva a la selección de documentos, los criterios de inclusión y exclusión.

Los criterios se establecieron con un rango de publicación de hasta 6 años (2018-2024), se eligieron estudios que validaran el impacto del programa de Child Life, que incluyeran el término en su totalidad, que presentara una definición del concepto, el enfoque, las metodologías y herramientas utilizadas, definiendo también el rol profesional de los especialistas en Child Life (CLS). En todo este proceso, se seleccionaron 27 documentos que

cumplieron con algunos de estos criterios, donde únicamente se leyeron 15 documentos que sí cumplían estrictamente con los criterios de inclusión. Fue así como con estos 15 documentos se planteó el concepto de Child Life.

Gráfica 3. Diagrama de flujo. Selección de documentos de Child Life.



Elaboración propia

5.4.2. Recreación

En cuanto al concepto de Recreación, la búsqueda se inició en la biblioteca digital de la Universidad del Valle, revisando trabajos de grado del programa de Profesional en Recreación, complementado con libros físicos disponibles y el catálogo digital de la Universidad. También se consultaron bases de datos especializadas como: Education Database (ProQuest), SpringerLink, Educator's Reference Complete (GALE) y Education Research Complete (EBSCO).

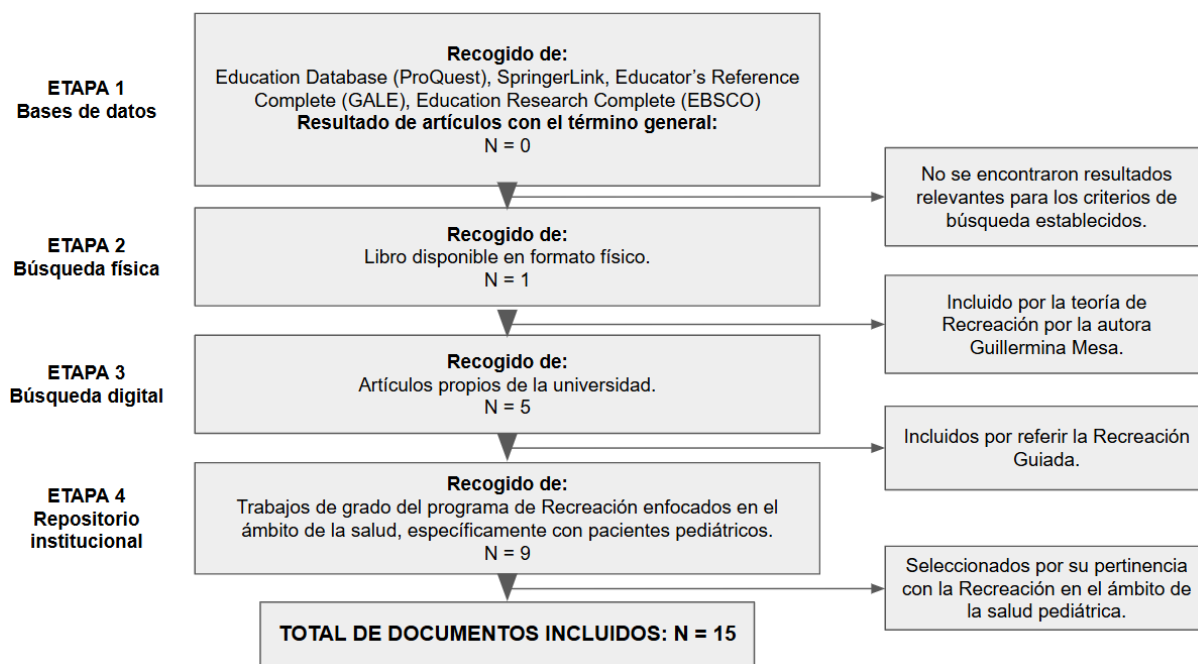
Los términos de búsqueda empleados incluyeron: “Recreación”, “Recreación Guiada”, “Recreación Influencia Educativa”, “Terapia Recreativa” y “Recreación Salud”. Utilizando

ecuaciones de búsqueda como AND, OR y, en algunos casos, NOT, para excluir términos no pertinentes que se relacionan con la Recreación en un sentido amplio y que no aportan al enfoque específico de este trabajo.

Durante este proceso, se puede decir que el concepto de Recreación generalmente aparece de forma amplia y generalizada en las bases de datos, sin una orientación precisa hacia la Recreación Guiada o la Recreación en el contexto profesional que aborda el programa de Recreación, por lo que no se tuvo mucho éxito en la búsqueda. Ante el objetivo de definir el concepto de Recreación en relación con su rol profesional, enfoque, metodologías y herramientas de intervención, se optó en gran medida por seleccionar trabajos de grado que aborden estas especificidades, principalmente que fueran enfocados al ámbito de la salud. Por otra parte, fue necesario también consultar textos base sobre Recreación Guiada de autores clave, que se encontraron algunos en libros físicos, ya que los documentos disponibles en formato digital y completos eran limitados. A diferencia de la búsqueda del concepto de Child Life, en el caso de Recreación se amplió el rango de años consultados debido a la escasez de documentación específica en años recientes, siendo su temporalidad de año de publicación de 1997 - 2023.

En total, se seleccionaron 15 documentos que cumplían con criterios específicos, como abordar la Recreación Guiada en el contexto de la salud y estudios que validan su impacto, preferentemente en pacientes pediátricos.

Gráfica 4. Diagrama de flujo. Selección de documentos de Recreación.



Elaboración propia

Ahora, de manera general para ambos conceptos, esta información de los documentos seleccionados fueron categorizados en una matriz donde se especificaba algunos datos de los artículos, casillas que incluyeron, el resumen del documento, la definición del concepto, el enfoque, la metodología y herramientas de intervención, bases teóricas y el nivel de importancia categorizado por colores (rojo = bajo, naranja = medio y verde = alto) (*Ver anexo 1*). Consecutivamente, de esta matriz se elegían los documentos que realmente serían leídos. Ante esto, se realizó un documento con las anotaciones importantes de las lecturas que correspondiera al interés mencionado respecto a la definición, rol, etc. Además, hallazgos importantes que resaltaban en algunos documentos de los estudios que abordaban y que validaban el impacto.

Este proceso permitió establecer una base inicial para el desarrollo de una comparación entre los conceptos, comenzando con una reflexión y un análisis preliminar de carácter exploratorio a través de la literatura. De esta manera, es posible aludir a que este primer

acercamiento facilitó la identificación de puntos clave y diferencias, creando un marco adecuado para una comprensión más profunda. A partir de esta base, se procedió a un análisis y discusión más detallada, siendo este el objetivo y desarrollo del trabajo, donde se examinaron aspectos específicos y se profundizó en las conexiones entre los temas, los cuales serán abordados en los párrafos posteriores.

5.5. Matriz de categorías

Como parte del proceso metodológico se construyó una matriz de análisis comparativo que permite organizar las similitudes y diferencias entre Child Life y Recreación Guiada en contextos hospitalarios, a partir de tres categorías analíticas: conceptuales, metodológicas y profesionales. La cual, facilita la síntesis de hallazgos y la estructuración del análisis desarrollado posteriormente en este trabajo. A continuación, se presenta la matriz de categorías construida.

Tabla 1. Matriz de categorías.

Categoría	Subcategoría	Elementos
Similitudes	Conceptuales	● Bienestar integral ● Calidad de vida ● Desarrollo infantil ● Afrontamiento de la enfermedad ● Hospitalización
	Metodológicas	● Juego terapéutico ● Actividades lúdicas ● Expresión emocional ● Inclusión familiar
	Herramientas	● Arte, juego, gráfico-plástico, etc. ● Estrategias emocionales ● Herramientas de expresión
	Rol profesional	● Acompañamiento emocional ● Mediación con el entorno clínico
Diferencias	Conceptuales	● Child Life: enfoque clínico-terapéutico ● Recreación: enfoque pedagógico

	Metodológicas	• Child Life: Preparación psicológica, juego terapéutico, participación familiar. Y Protocolos clínicos estructurados • Recreación: SAR y SARI.
	Herramientas	• Child Life: Materiales médicos y diagnósticos. • Recreación: Lenguajes Lúdico-Creativos
	Rol profesional	• Child Life: especialista clínico certificado (CLS) • Recreación: Mediador/recreador

Elaboración propia

6. Análisis

Para iniciar este capítulo de análisis, se establece un marco comparativo entre Child Life y la Recreación Guiada en el ámbito de la salud, centrado en sus fundamentos conceptuales, metodológicos y procedimentales. Esta delimitación responde a la intención de comprender cómo ambos programas estructuran sus intervenciones en el ámbito clínico, desde sus bases teóricas hasta sus formas de aplicación con pacientes pediátricos.

La elección de estas categorías obedece a la necesidad de identificar elementos que permitan evaluar el potencial de implementación de programas orientados al bienestar emocional e integral de los niños hospitalizados. En este sentido, la selección del modelo Child Life como referente no es arbitraria, sino que se fundamenta en su consolidación como un programa interdisciplinario, completo, estructurado y organizado, reconocido por su efectividad y por su enfoque centrado en el niño y su familia.

Desde el enfoque de la ciencia de la implementación, este análisis no se limita a una comparación descriptiva, sino que busca generar aprendizajes aplicables al contexto colombiano, donde la Recreación Guiada podría asumir un papel más estructurado en los servicios de salud. Por este motivo, se considera que explorar estas convergencias y divergencias permite vislumbrar caminos para fortalecer la práctica para consolidar la Recreación en el espacio hospitalario, desde una perspectiva profesional, sistemática y con capacidad de impacto.

6.3. Según su concepto

Desde una perspectiva conceptual, en primera instancia es posible afirmar que la Recreación Guiada se configura como una práctica inherente al ser humano, orientada al desarrollo integral, la expresión creativa, el disfrute y la interacción social, la cual, puede ser

intencionada con fines pedagógicos (Mesa. 2004). Dicha práctica trasciende el entretenimiento para posicionarse como una estrategia pedagógica y simbólica que contribuye al bienestar emocional y social (Mesa 1997 y Mesa 2008). Por el contrario, Child Life se define como un servicio profesional especializado en el ámbito de la salud pediátrica, cuyo propósito principal radica en reducir el estrés, la ansiedad y otras reacciones emocionales negativas relacionadas a la experiencia hospitalaria (Romito et al., 2021 y Rosenblatt et al., 2024). En este sentido, a diferencia de la Recreación Guiada, Child Life surge directamente del campo clínico y se integra de manera formal a los equipos multidisciplinarios de atención médica.

Teniendo en cuenta la definición de la Recreación Guiada y Child Life, en ambas perspectivas emergen puntos de encuentro significativos. En primer lugar, se identifica que la Recreación Guiada y Child Life se orientan hacia el bienestar integral del paciente pediátrico y presentan un enfoque centrado en el desarrollo emocional, social y psicológico (Mesa 2004, Rodríguez & Portilla 2022, Betancourt y Salazar 2020, Romito 2021, Claridge 2020).

En esta perspectiva, la Recreación Guiada y Child Life presentan una leve diferencia en su objetivo preciso. Child Life busca reducir el estrés, la ansiedad, el miedo y demás factores no gratos e incluso negativos, que genera el entorno hospitalario a través de la preparación, el apoyo y acompañamiento emocional (Romito. 2021). Por su parte, la Recreación Guiada en el ámbito salud, se propone generar experiencias positivas, formativas y significativas contribuyendo a una atención más humana y cercana (Montoya, & Zamudio. 2023, Lugo, et al. 2021, y Mayorga, 2016)

En este sentido, ambos comparten una visión educativa y terapéutica, que, si bien provienen de tradiciones distintas, sus prácticas se constituyen como formas de acompañamiento psicoeducativo. Un ejemplo de ello es que Child Life lo hace a través de la preparación para procedimientos médicos generando estrategias de afrontamiento emocional

(Romito et al., 2021), mientras que Recreación Guiada lo logra mediante actividades creativas que favorecen la reflexión, la expresión, lo simbólico y la construcción de un sentido y significado (Mesa. 2004). Es por esto que se halla de manera indirecta que ambos promueven el aprendizaje y la transformación, la adaptación a aquel entorno difícil, reconociendo la interacción, la participación activa y la importancia de herramientas como los lenguajes lúdico creativos, que recordemos según Mesa (2004), desde la Recreación se entienden como formas expresivas de mediación simbólica y emocional, los cuales, son facilitadores del juego y la participación, y que en el ámbito de la salud permiten resignificar las experiencias del niño hospitalizado, siendo estas vías para potenciar la agencia del niño en un contexto adverso.

No obstante, pese a los puntos de encuentro mencionados, también es posible identificar diferencias estructurales y conceptuales que marcan un distanciamiento entre ambos programas. En primer lugar, si bien Child Life cuenta con definiciones reconocidas como la ofrecida por la Association of Child Life Professionals (ACLP), su conceptualización ha sido construida en parte a partir de la experiencia profesional, el campo aplicado y la investigación clínica lo cual genera variaciones en su definición según el contexto y el país (Romito et al., 2021).

Por el contrario, la Recreación Guiada, si bien es polisémica y compleja, ha sido abordada desde múltiples disciplinas, particularmente en América Latina, enmarcando su práctica como una estrategia educativa, simbólica y transformadora (Mesa. 2004). Así, a nivel histórico se evidencia también un recorrido divergente, la Recreación pese a que ha estado presente como práctica humana desde tiempos antiguos, ha sido constantemente subvalorada por asociarse al disfrute o al entretenimiento superficial, lo cual, ha limitado su reconocimiento como campo formativo y transformador (Mesa 2004, Dumazedier 1975) aspecto que también influye en su dificultad para ser reconocida en el ámbito de la salud. En contraste, Child Life aunque más reciente (siglo XX) surge precisamente en respuesta a la necesidad de visibilizar y

atender las necesidades emocionales del niño hospitalizado, posicionándose desde sus inicios en el ámbito únicamente de la salud.

Es en este hilo donde las diferencias en el campo son notorias. Child Life es un programa diseñado exclusivamente para contextos hospitalarios pediátricos, con un alto grado de estructuración y articulación con los equipos médicos, donde su trabajo se desarrolla de forma coordinada con otros profesionales de la salud, permitiendo una atención integrada durante y después de la hospitalización. Por su parte, la Recreación Guiada posee un campo de aplicación más amplio, puede intervenir en contextos comunitarios, ambientales, educativos, turísticos, culturales, de salud, etc.

Así, la Recreación juega un rol importante en los contextos comunitarios mencionados, dado que permite la interacción y construcción del tejido social ante diferentes problemáticas (Mesa 2004). Al respecto, es valiosa la labor interdisciplinaria que también se realiza con otros profesionales en los diferentes escenarios, pues esta forma de acercamiento a la población facilita la integración de conocimientos y creación de soluciones desde diversas disciplinas (Mesa 2008).

Mientras la Recreación Guiada se estructura a partir de tres dimensiones (actividad social, guiada e interna) y se sostiene en un proceso de mediación pedagógica, que busca promover el desarrollo integral y la resignificación, Child Life se enfoca en la experiencia inmediata del niño dentro del hospital desde un acompañamiento más clínico-emocional, orientado a reducir el estrés, el miedo y la ansiedad propios del entorno hospitalario, el cual, no responde necesariamente a una estructura educativa como tal. Es importante cerrar este apartado de análisis según su concepto mencionando que Recreación Guiada y Child Life comparten una base común en su propósito humanizante que se diferencian en su trayectoria, grado de integración institucional, campo de acción y fundamentos estructurales. Si bien son

diferencias, no necesariamente los colocan en oposición, sino que abren la posibilidad de considerar sus aportes de manera complementaria, ambos modelos pueden contribuir y llevar a la transformación del cuidado del niño en contextos hospitalarios.

6.4. Según su enfoque

En términos generales el enfoque de Child Life busca proteger y preparar al niño frente a una situación difícil, actuando como un puente emocional en el contexto hospitalario (Romito et al., 2021). En cambio, el enfoque de la Recreación Guiada pretende transformar el sentido de esa situación difícil, promoviendo la agencia del niño a través del juego, la creatividad y la reflexión compartida. Esta perspectiva parte de comprender la recreación como una práctica inherente al ser humano, presente desde tiempos antiguos como forma de expresión simbólica, exploración del mundo y construcción de un sentido. Precisamente por este carácter que a su vez puede ser empleada como recurso metodológico y pedagógico que aporta a procesos de aprendizaje, creatividad y transformación.

Tal como lo plantea Dumazedier (1975), la recreación constituye una necesidad social y cultural que permite el desarrollo individual a través del descanso, el entretenimiento y la expansión personal; a su vez, Huizinga (1949) la reconoce como una manifestación antropológica esencial, que ha acompañado históricamente a la humanidad bajo múltiples formas lúdicas. Desde esta mirada es que la Recreación se convierte en una vía privilegiada para resignificar experiencias adversas, potenciar la subjetividad y generar bienestar en medio de situaciones complejas tal como lo es la hospitalización. Ambos objetivos se consideran valiosos, sin embargo, sus intenciones, marcos de acción y tipos de intervención responden a lógicas distintas, lo que les otorga identidades propias y complementarias.

A modo de ampliar lo anterior, se logró evidenciar que, aunque ambos comparten el interés por mejorar la experiencia del niño hospitalizado, de manera profunda no buscan el

mismo objetivo y enfoques de apoyo. Por una parte, Child Life presenta una intención claramente terapéutica, centrada en la adaptación del niño al entorno clínico, reduciendo el impacto de efectos negativos que genera la hospitalización. Pues, su intervención parte de una lógica médica, estructurada en torno a la atención emocional durante el proceso de enfermedad, un diagnóstico o un procedimiento médico (Romito et al., 2021; Association of Child Life Professionals [ACLP], s.f.). Por lo que su objetivo y enfoque principal se basa en preparar al niño para afrontar aquella experiencia hospitalaria con herramientas emocionales y psicosociales que contribuyan a su bienestar.

Ahora, la Recreación Guiada se posiciona desde una mirada pedagógica, crítica y transformadora que reconoce al niño y su cuidador como sujetos capaces de construir un sentido, del apoyo al afrontamiento frente a su experiencia. Su objetivo no se limita a la adaptación al hospital, busca resignificar ese entorno clínico, su enfoque se centra en la intención de generar proceso de transformación personal y colectiva que favorezcan al desarrollo humano integral y a la construcción de vínculo en medio de. Así, desde esta idea, la Recreación aparte de ser una actividad complementaria es también una mediación simbólica de potencial pedagógico, emocional y social (Mesa, 2004).

6.5. Según sus bases teóricas

Si bien ambos enfoques comparten ciertos principios orientadores relacionados con el bienestar del niño, difieren en sus fundamentos teóricos, concepciones del desarrollo y modalidades de intervención, mostrando así dos formas distintas (aunque complementarias) de abordar las necesidades psicosociales de la infancia en contextos de salud.

Child Life y la Recreación Guiada si presentan ciertos puntos de convergencia teórica, especialmente en su comprensión del niño como sujeto activo de derechos, inmerso en un contexto sociocultural que incide directamente en su desarrollo (Mesa 2004 y Matthiese,

2024)). Ambos enfoques reconocen el valor del juego como herramienta fundamental para la expresión emocional, el aprendizaje significativo y la construcción de vínculos (ACLP, s.f y Mesa, 2009). Comparten una visión centrada en el bienestar infantil, entendiendo la intervención profesional como una mediación que debe adaptarse a las necesidades emocionales, cognitivas y sociales del niño, especialmente en contextos como el hospitalario (Rosenblatt 2024 y Mesa, 2009). Estas coincidencias permiten identificar una base común orientada al acompañamiento integral, desde un enfoque humanista y participativo.

Sin embargo, al analizar las bases teóricas que sustentan cada enfoque, se evidencian diferencias tales como que Child Life se apoya en la psicología del desarrollo clásica, particularmente en autores como Piaget y Erikson, así como en la teoría de los sistemas ecológicos de Bronfenbrenner. Este marco teórico le otorga un carácter clínico y funcionalista, centrado en la preparación emocional, la reducción del trauma médico y la adaptación del niño al entorno hospitalario mediante intervenciones estructuradas (Romito et al., 2021; Rosenblatt, 2024). Por su parte, la Recreación Guiada se fundamenta en corrientes críticas y socioculturales como la psicología histórico-cultural de Vygotsky, la teoría de la actividad de Leóntiev, la influencia educativa de Coll y la pedagogía de Paulo Freire. Estas perspectivas confieren una orientación pedagógica, dialógica y transformadora, que privilegia la construcción colectiva de significados, la creatividad y la resignificación de la experiencia hospitalaria a través de lenguajes lúdico-creativos y metodologías (Mesa, 2004, 2009, 2010).

6.6. Según su metodología de intervención

En cuanto a sus metodologías se identificó que tanto la Recreación Guiada como Child Life, el juego se presenta como una herramienta central ya sea desde una función terapéutica como lo destaca Child Life (Romito et al., 2021; ACLP, s.f.), o como un lenguaje mediador y transformador desde la Recreación Guiada (Mesa, 2009, 2010).

Es posible observar que ambas metodologías consideran la expresión simbólica como vía para el afrontamiento emocional y la resignificación del entorno hospitalario, adaptándose a las necesidades individuales de los pacientes y fomentando una participación activa. Un aspecto relevante por destacar en este análisis en cuanto a sus similitudes es que también se coincide en el rol del profesional como mediadores, actúan como facilitadores que acompañan el proceso del niño, que observan y orientan, un rol activo mediador entre el paciente, el entorno y los aprendizajes en el marco de lo emocional, lo significativo, simbólico y humano. No obstante, esta mediación se estructura de forma más definida en la Recreación Guiada teniendo en cuenta desde el triángulo interactivo (recreador, recreado y contenido), como una relación dialógica y pedagógica que permite construir sentido y favorecer procesos de desarrollo integral (Mesa, 2009).

Respecto al modo de actuar, se coincide en que ambos inician sus intervenciones con un diagnóstico o evaluación contextual, esto a través de la observación directa, el reconocimiento del estado emocional del niño y la interpretación de su conducta. Si bien la metodología pura de cada programa varía, ambos comprenden la importancia también, de adaptar la intervención de manera flexible y continua, lo que permite una mejor respuesta a las particularidades del entorno hospitalario y a los cambios que experimenta el paciente (Mesa, 2009; ACLP, s.f.). Por otro lado, para ambos la generación y el fortalecimiento de vínculos afectivos y la construcción de confianza son elementos importantes del proceso, ya que, permiten fortalecer la conexión entre el niño, su entorno y el profesional que lo acompaña (Romito et al., 2021; Mesa, 2010).

Ahora bien, esta indagación permitió ver que existen diferencias marcadas en la estructura metodológica, los tiempos de intervención, el seguimiento y la documentación del proceso. La Recreación Guiada cuenta con dos metodologías estructuradas (SAR y SARI), una para procesos largos y la otra para procesos más “breves” pero de impacto significativo (Mesa

& Manzano, 2009). En el ámbito de la salud generalmente se emplea la metodología SARI, debido a que sus tiempos de intervención (1 a 2 horas máximo) se ajustan mejor a las dinámicas y exigencias de este contexto. Estas metodologías de la Recreación Guiada y sus momentos definidos como los ciclos en el marco de sus herramientas como los LLC y los problemas pedagógicos permiten una claridad metodológica que consiente la planeación de intervenciones de carácter educativo y simbólico. Por el contrario, Child Life no cuenta con una metodología única estandarizada; más bien se rige por una lógica flexible pero estructurada, basada en sus tres pilares -preparación emocional, el juego terapéutico y el trabajo con la familia- (Rosenblatt, 2024; ACLP, s.f.), que si bien, esta flexibilidad permite personalizar las intervenciones, también genera retos en cuanto a la comparabilidad de resultados, sistematización de proceso y seguimiento interdisciplinar.

En términos de tiempo y frecuencia, Child Life ofrece mayor continuidad en las intervenciones. Las sesiones pueden durar entre 30 minutos y 2 horas, con una frecuencia determinada según las necesidades médicas del paciente por tener una integración directa con el equipo de la salud (Rosenblatt, 2024; Romito et al., 2021). En aporte, los CLS llevan un seguimiento documentado y sistemático, lo que permite observar la evolución del paciente pediátrico y tomar decisiones junto al personal que lo está atendiendo para tener un seguimiento riguroso e integral (ACLP, s.f.).

En cambio, en muchos contextos hospitalarios donde se implementa la Recreación, la intervención se ve limitada a espacios breves sin continuidad y frecuentemente con una función más recreativa que formativa, también debido a que los recreadores no siempre están integrados a los equipos clínicos. Aunque en teoría se podrían aplicar procesos largos mediante la metodología SAR, en la práctica esto rara vez ocurre, ya que muchas instituciones no cuentan con un sistema de seguimiento estructurado ni reconocen la intervención del recreador como parte de un proceso terapéutico formal (Betancourt & Salazar, 2020).

Finalmente, un aspecto diferencial clave es la preparación psicológica que ofrece Child Life, la cual busca anticipar y reducir el trauma asociado a procedimientos médicos. Esta metodología es altamente valorada por su impacto emocional y clínico en el niño, y se considera una herramienta especializada que fortalece la atención pediátrica integral (Romito et al., 2021; Rosenblatt, 2024; ACLP, s.f.). Este tipo de preparación aún no se encuentra en la estructura metodológica de la Recreación Guiada, lo que revela una posibilidad de enriquecimiento mutuo. Es de interés cerrar en que ambos enfoques, desde sus metodologías, podrían complementarse: Child Life aporta profundidad clínica y seguimiento interdisciplinario, mientras que la Recreación Guiada ofrece una estructura metodológica clara, herramientas expresivas profundas y una perspectiva crítica transformadora desde la exploración propia del ser (Mesa & Manzano, 2009; Mesa, 2010).

6.7. Según sus herramientas de intervención

Al revisar las herramientas utilizadas en Child Life y Recreación en el ámbito de la salud, es posible evidenciar coincidencias en torno a la importancia del juego y la expresión creativa como medios de intervención. Como se ha dicho, en ambos programas el juego funciona como una herramienta importante que permite generar vínculos, facilitar el afrontamiento emocional y acompañar al niño en situación de hospitalización (Romito et al., 2021; Mesa, 2009). Por una parte, Child Life emplea el juego como instrumento para la preparación médica, la distracción o la expresión emocional antes y durante los procedimientos, configurándose como un medio para reducir la ansiedad y promover la comprensión de la situación médica (ACLP, s.f.). Y la Recreación posiciona el juego como una vía de desarrollo, interacción y construcción simbólica (Mesa, 2009, 2010). A pesar de tener un enfoque diferente, reconocen que el juego cumple con una función normalizadora, especialmente en contextos de adversidad.

Especificando más en las herramientas, una similitud relevante se encuentra en el uso de técnicas y herramientas expresivas y actividades creativas, coinciden en el uso de lo gráfico plástico, la música, la dramatización o el uso de títeres como medios catalizadores de las emociones y a través de ello, el poder de resignificar la estancia y vivencias hospitalarias (Romito et al., 2021; Mesa, 2010). Sin embargo, la diferencia radica en la manera en que estas son comprendidas, es decir, Child Life los denomina en nombre propio como “medios de apoyo terapéutico” (ACLP, s.f.), y desde la Recreación Guiada se articulan en los Lenguaje Lúdico Creativos, un sistema simbólico que permite al niño expresar, construir sentido y reflexionar individual y colectivamente su experiencia, un camino exploratorio que indirectamente lo sumerge a ese cambio en pro del bienestar (Mesa, 2009, 2010).

Por otra parte, se reitera en que ambos enfoques a través de su promoción en la participación activa del niño y su cuidador, se los hace partícipe de actividades cotidianas y de momentos significativos como las celebraciones o conmemoraciones, aspectos que buscan siempre incidir en el bienestar emocional del paciente en su proceso de atención (Mesa, 2009; Rosenblatt, 2024).

En cuanto a sus diferencias, se determina en la naturaleza de los programas, su propósito y la estructuración de estas herramientas. Una de las más notorias es el uso que Child Life de técnicas especializadas de preparación médica, donde se emplean fotografías, diagramas, muñecos, equipos reales o ficticios, simulaciones y recorridos hospitalarios para anticipar la experiencia médica y reducir el miedo, la ansiedad y el estrés tanto del niño como de su cuidador. De esta manera, se cae en cuenta que este tipo de intervención, que combina elementos visuales, táctiles y verbales, tiene un carácter clínico preciso que busca empoderar al niño mediante la comprensión de lo que va a vivir (Romito et al., 2021; ACLP, s.f.; Rosenblatt, 2024).

En cambio, la Recreación Guiada en el ámbito de la salud no se centra en la preparación médica directa, sino en favorecer procesos de apropiación simbólica mediante el uso libre y flexible de materiales, permitiendo que el niño explore creativamente y construya aprendizajes desde la experiencia compartida a nivel individual y grupal (Mesa, 2009, 2010). En este enfoque, el énfasis recae en la resignificación del contexto y en la generación de bienestar mediante lenguajes expresivos, promoviendo el desarrollo integral del sujeto más allá del evento clínico.

Otro punto importante a considerar entre las diferencias, es ver que Child Life implementa técnicas específicas de afrontamiento emocional como los ejercicios de respiración, relajación o estrategias de conexión físico-afectiva (ejemplo: permitir que el niño esté en el regazo del cuidador durante procedimientos), lo cual, demuestra tener un impacto en la reducción del miedo, el dolor y la necesidad de intervenciones coercitivas, es decir, que funcionan para forzar la voluntad o la conducta del paciente (Romito et al., 2021; Rosenblatt, 2024). Son prácticas que han sido cuidadosamente diseñadas para responder a protocolos clínicos, y están dirigidas para garantizar la seguridad emocional del paciente (ACLP, s.f.).

Por el contrario, la Recreación Guiada se basa más en técnicas pedagógicas como las preguntas orientadoras, los problemas creativos o las actividades intersubjetivas, que estimulan la reflexión y la construcción colectiva de significados (Mesa, 2009, 2010), algo más allá del procedimiento médico en sí. Si bien, en estos espacios los recreadores apoyan actividades de este tipo de relajación, de generar conexión y tranquilidad, los encargados son otros programas, como Cuidados Paliativos o llevado a cabo por otras personas como médicos, más no el recreador es el encargado de ello.

Uno de los últimos aspectos a considerar en cuanto a diferencias, trata en los instrumentos de evaluación utilizados por cada programa. La Recreación Guiada en estos

espacios evalúa a través de procesos cualitativos y participativos, como la observación reflexiva, la narrativa, la expresión simbólica y la reconstrucción colectiva de la experiencia vivida (Mesa, 2010), sin necesariamente generar un seguimiento formal. Lo cual, probablemente puede limitar su integración en estos espacios e incluirse en procesos multidisciplinarios dentro de las instituciones de salud. Ahora, Child Life recurre a herramientas clínicas estandarizadas para observar y medir la ansiedad, el comportamiento o el afrontamiento del paciente (Romito et al., 2021; ACLP, s.f.), lo que facilita el seguimiento detallado de su evolución emocional e incluso de manera indirecta su evolución física, en coordinación con un equipo médico y demás personal de la salud a cargo.

6.8. Según su rol profesional.

Analizando el rol profesional de los recreadores y los CLS, se evidencia algunas convergencias y contrastes que permiten comprender mejor las tensiones, alcances y desafíos de estos profesionales en los contextos hospitalarios. En este sentido, se trae en primer lugar una similitud importante que radica en el reconocimiento limitado por parte de las instituciones que a través de la historia han recibido ambos roles. En contexto, pese a su impacto en el bienestar emocional del paciente pediátrico y su cuidador, los recreadores y los CLS han visto tergiversada y subvalorada su labor, incluso dentro del mismo equipo interdisciplinario. Por lo que, esta falta de visibilidad ha dificultado su integración plena en los procesos clínicos, contribuyendo a que sus intervenciones sean interpretadas como actividades complementarias, de simple distracción o sin sentido, cuando en realidad responden a objetivos psicosociales, pedagógicos o terapéuticos fundamentales en la atención integral del niño en condición de hospitalización.

No obstante, las diferencias en la delimitación y formalización del rol profesional pueden ser notorias en el sentido en que: Child Life cuenta con una figura profesional claramente

definida con los CLS, cuyo perfil ha sido profesionalizado, nombrado y validado en países anglosajones, especialmente en EE. UU, incluyendo certificaciones específicas y una formación en desarrollo infantil, psicología, salud y manejo del duelo (ACLP, s.f.; Romito et al., 2021). Dicha definición da paso a que el CLS intervenga de forma activa no únicamente en la preparación emocional y el acompañamiento, sino que también en procesos altamente sensibles como el apoyo en situaciones de duelo o final de vida, un proceso que aplica en el paciente y sus cuidadores a través de rituales simbólicos, actividades de legado y contención emocional, espacios de una atención humana y sensible, de resignificación y acompañamiento respetuoso (Rosenblatt, 2024).

Por el contrario, el rol del recreador en contextos hospitalarios se puede decir que carece de la consolidación profesional e institucional que tiene el CLS. Es posible caer en cuenta que el recreador ingresa al espacio clínico desde experiencias diferentes como en el ámbito comunitario, educativo y cultural, sin una ruta exacta de profesionalización específica para el entorno hospitalario (Betancourt y Salazar, 2020). El recreador sigue luchando por consolidar su lugar dentro del campo hospitalario a pesar de contar con propuestas metodológicas robustas que pueden contribuir al bienestar del paciente y sus cuidadores de manera significativa. Por otra parte, en algunas instituciones de salud, su papel se ve limitado en la organización de actividades recreativas puntuales, sin conllevar un trabajo en conjunto con el equipo clínico y sin un seguimiento al paciente. Sin embargo, desde la propuesta de la Recreación Guiada, se plantea un rol activo, intencionado y pedagógico.

6.9. Síntesis de las categorías de análisis

A continuación, y con el propósito de sintetizar los análisis desarrollados en las categorías anteriores, se presenta el siguiente cuadro comparativo, el cual recoge de manera concisa los puntos principales entre ambos programas.

Tabla 2. Cuadro comparativo. Similitudes y diferencias según las categorías de análisis.

Aspecto	Recreación	Child Life
Concepto	Práctica inherente al ser humano. Práctica pedagógica. Orientada al disfrute, la expresión, el juego y el bienestar. La cual, puede ser intencionada con fines pedagógicos, terapéuticos y psicosociales en diferentes ámbitos.	Servicio de intervención profesional que usa el juego y la preparación psicoemocional para reducir el estrés y el trauma en pacientes pediátricos.
Enfoque	Pedagógico y socioconstructivista. Centrado en la persona y su bienestar emocional, social y cultural, desde la construcción de sentidos y significados. Adopta un enfoque flexible que se adapta a las necesidades del contexto, en pro de su resignificación.	Clínico y terapéutico. Centrado en el niño y la familia, con enfoque del desarrollo infantil, la salud emocional y la reducción del trauma médico. Basado en prácticas basadas en la evidencia.
Bases teóricas	Se apoya en la psicología sociocultural (Vygotsky, Leontiev), la educación popular (Freire), las teorías del desarrollo humano (Erikson, Piaget), pedagogía del ocio (Dumazedier). y pedagogía del juego (Huizinga).	Basado en teorías del desarrollo infantil (Piaget, Erikson), el apego (Bowlby), el afrontamiento del estrés (Lazarus y Folkman) y principios de pedagogía hospitalaria centrada en el niño.
Metodología	Flexible, adaptativa y participativa. Con dos metodologías exactas y estructuradas: SAR (procesos largos) y SARI (intervenciones cortas).	Sistematizada y basada en protocolos clínicos. Utiliza la planificación individualizada, evaluación de necesidades, y seguimiento del proceso terapéutico-emocional del niño. Parte desde tres puntos clave: preparación emocional, juego y apoyo familiar.
Herramientas de intervención	Lenguajes lúdico-creativos, técnicas pedagógicas. Uso central del juego, actividades simbólicas, expresivas y creativas. Técnicas y participación activa.	Juego terapéutico, juego médico, preparación para procedimientos, actividades de afrontamiento, intervención en crisis, acompañamiento emocional al paciente y familia.
Rol profesional	Mediador. “Agente” que favorece al bienestar, el desarrollo emocional y la resignificación del entorno hospitalario.	Profesional clínico capacitado en desarrollo infantil y salud, que interviene directamente para reducir el trauma hospitalario y mejorar la adaptación del niño al tratamiento médico.

Elaboración propia

7. ⁶Discusión

En primera instancia, en cuanto a implicaciones prácticas, se encuentra que la Recreación Guiada y Child Life son muy diferentes entre sí, uno más amplio que el otro en diferentes aspectos. Sin embargo, podrían complementarse para generar un plus. La Recreación Guiada por su parte, podría integrarse más en estos ámbitos y, progresivamente adquirir un reconocimiento que les permita ser partícipes a los profesionales en la mejora del paciente pediátrico de manera integrada con el equipo, e implementar estrategias de mediación desde la Recreación Guiada, y así ir generar una organización y estructura en el ámbito de la salud.

Es interesante observar que Child Life busca expandirse a otros campos de acción, pues los especialistas en Child Life (CLS) manifiestan que lo que abordan en el hospital es una necesidad que no se ve únicamente en estos contextos, sino también en otros ámbitos. Es decir, quieren abarcar otros espacios fuera del hospital donde se atiendan las necesidades de los niños, e incluso lo han pensado en titular como “salud y bienestar de los niños” considerando que puede ser el momento de desafiar el modelo tradicional de un CLS que sólo trabaja en hospitales y clínicas, y de hacer que los servicios de vida infantil sean estándar en cualquier entorno que atienda a niños y familias que experimentan factores estresantes de la vida. (Lookabaugh & Ballard. 2018).

En este punto, los elementos propios de la Recreación podrían enriquecer y diversificar sus panoramas y modos de acción en otros ámbitos. Sin embargo, es posible considerar que para la Recreación esta amplitud en el campo ha dificultado en algunos casos e instituciones su

⁶ Aunque el documento se encuentra redactado en tercera persona en coherencia con los lineamientos académicos, este apartado de discusión se empleará en primera persona. Esto ya que considero importante dar una opinión propia, incluyéndose también desde la experiencia con la práctica profesional. Y, más allá de exponer resultados, ver la interpretación y apropiación personal que enriquece la comprensión del tema.

reconocimiento formal como disciplina necesaria en el entorno hospitalario, ubicando al recreador como figura externa, no siempre integrada al equipo de la salud.

Esto conduce a pensar en comparar ambos programas en su historia, ya que se puede considerar que la Recreación en el ámbito salud está transitando una etapa similar a la que vivió Child Life en sus inicios (década del 1930) con intervenciones espontáneas y sin estructura clara. Esto sugiere que, si se desea avanzar hacia un reconocimiento y consolidación institucional, es necesario comenzar ahora a construir una base sólida. En palabras más breves, la Recreación ha ingresado al contexto de salud hace aproximadamente tres décadas con el programa MIMHOS, y posteriormente estableciéndose un poco más en el Centro Médico Imbanaco (CMI), que reconocen la presencia de profesionales en Recreación y el desarrollo inicial de prácticas de Recreación Guiada; sin embargo, a diferencia de otros centros de práctica, este proceso aún se encuentra en una fase incipiente. La siguiente comparación histórica permite dimensionar este panorama: Según Rajajpillai (2020) mientras que en la década de 1930 Child Life contaba con únicamente programas de juego y actividades lúdicas, hoy dispone de una estructura consolidada y organizada, añadido a un trabajo en conjunto con equipo multidisciplinar. De esta manera, se infiere que, si la Recreación en el ámbito de la salud continúa en este camino, su consolidación y posicionamiento requerirá también de un proceso de varios años.

Considero que un aspecto relevante a reflexionar es que la Recreación debido a su diversidad en sus campos de acción, no ha podido establecer una organización o un campo claro en el ámbito de la salud. Las instituciones hospitalarias (algunas) desconocen de esta profesión que puede ser vital para complementar los espacios lúdicos (Betancourt & Salazar, 2020). Interpreto que, si se tiene un mayor reconocimiento de los profesionales en recreación podría ser un impulso a que estos espacios hospitalarios respondan a las precariedades de la resignificación del contexto hospitalario para los pacientes pediátricos.

Ante ello, es necesario pensar en dar una estructura a la Recreación en el ámbito hospitalario, sin embargo, no es una decisión únicamente del programa, pues debe haber participación y decisión de exploración por parte de las diferentes instituciones de salud, tanto en la ciudad como a nivel nacional. Incluso puedo decir que sería emocionante pensar en expandir la Recreación Guiada en estos contextos a nivel continental, esto apoyándonos en la idea que surge de autores como Cruz y Pérez (2018) al identificar que en contextos hospitalarios de América Latina persiste una precariedad estructural en la atención emocional del niño, reflejada en el limitado reconocimiento institucional de enfoques y programas, quizá como la Recreación Guiada. Añadiendo también, aunque ha habido avances en la humanización del cuidado pediátrico, aún persisten brechas en la implementación de estrategias sistemáticas que atiendan la dimensión emocional de los niños hospitalizados, lo cual se ha documentado en países como Colombia, Cuba, Perú y Argentina.

A ello se suma que la Recreación según Mesa (2009) ha sido históricamente subvalorada y vista como actividad secundaria. Lo cual, nuevamente menciono que esto también hace parte de su dificultad para incluirse en procesos clínicos. De forma similar, Betancourt y Salazar (2020) evidencian que en hospitales colombianos el recreador rara vez está articulado a los equipos de salud. Romito, Moyer y Fredrick (2021) destacan que Child Life aún no ha logrado expandirse fuera de Estados Unidos, lo que refuerza las barreras para consolidar intervenciones psicosociales en la región. Todo esto traduce a una precariedad en el ámbito de la salud ante estas atenciones en Latino América.

A propósito de esta reflexión, y teniendo en cuenta las implicaciones políticas, pongo como punto de ejemplo lo dicho por Romito (2021) al expresar que abogar por la inclusión de los CLS como parte esencial del equipo interdisciplinario es una responsabilidad de las organizaciones de atención médica, con el fin de que su presencia se convierta en un estándar de la atención pediátrica, tanto a nivel local como nacional. No obstante, este ideal se ve

frecuentemente obstaculizado por limitaciones económicas y por la persistente falta de reconocimiento institucional hacia estos roles. Esto lleva a cuestionar aún más esta situación en el contexto colombiano, donde se evidencia también la urgencia de responder de manera integral a las necesidades emocionales y psicosociales de los pacientes pediátricos, por lo que estimo e insisto que el reconocimiento formal del recreador puede ayudar a mitigar esta deuda institucional en la nación.

Considero que muchos de los servicios que ofrece un CLS podrían ser asumidos con la formación adecuada, por los recreadores sin perder lo propio de la Recreación, una manera de fortalecerse; esto, siempre que se reconozca formalmente su valor y se les permita integrarse de manera activa a los equipos de salud. Resulta evidente que lograr este nivel de formalización requerirá tiempo y esfuerzo, y probablemente pasen años antes de que se instaure plenamente. Sin embargo, es precisamente por ello que resulta fundamental comenzar a construir desde ahora los primeros cimientos para su consolidación futura.

En paralelo, es preocupante la falta de garantía, cumplimiento o bien seguimiento constante con los derechos de los niños hospitalizados que tiene Colombia. Esta afirmación no surge desde una revisión documental precisamente, sino también desde la observación directa durante las prácticas profesionales en contexto hospitalario, donde se ha constatado que incluso instituciones de alto nivel cuentan en sí con aulas hospitalarias (que van un poco más desde la continuidad académica) y espacios lúdicos no guiados. Aunque estos espacios tienen como objetivo abordar lo emocional, pedagógico y recreativo, en la práctica suelen estar desarticulados, se tergiversa y no responde de manera completa a la necesidad de cuidar el bienestar en su salud mental tanto del paciente como del cuidador. Esta situación se alinea con lo planteado por Portilla y Rodríguez (2022), quienes reconocen que aún existen debilidades en la atención emocional y la humanización de los cuidados en la infancia hospitalizada en América Latina.

A nivel nacional, la Ley 1098 de 2006 establece que la hospitalización no debe vulnerar los derechos del niño, y la Corte Constitucional ha reiterado recientemente la obligación de garantizar el acceso efectivo a servicios de salud mental y bienestar emocional sin barreras ni omisiones institucionales (Corte Constitucional, 2024). Pese a este marco normativo, persisten brechas entre lo que se legisla y lo que efectivamente se implementa en las instituciones de salud del país.

Continuando la idea anterior, no prestar atención a los traumas que el niño desarrolla como consecuencia del tratamiento médico, desencadena una cantidad de dificultades para su recuperación. Omisión que impacta directamente en el trabajo del personal de salud debido a que complica las intervenciones clínicas al generar reacciones de resistencia o negación por parte del niño. Tal vez un ejemplo de ello es cuando el niño entra en negación ante la realización de procedimientos médicos a causa del miedo, la ansiedad y el estrés acumulados.

Teniendo en cuenta la experiencia propia durante las prácticas, en muchos casos basta con la simple presencia del personal de salud (el cual es caracterizado por su uniforme institucional) entrando a la habitación para activar en el niño una alerta anticipada de que será “lastimado”, generando reacciones defensivas o de retraimiento. Como advierte Hummel (2021), “las experiencias traumatizantes se mitigan cuando se implementan estructuras que tengan más en cuenta las necesidades de los niños en el tratamiento” (p. 40). De manera similar, Claridge (2020) resalta que la exposición reiterada al sufrimiento físico, sin acompañamiento emocional, puede derivar en la aparición de síntomas regresivos, conductas evitativas y reacciones desproporcionadas frente a procedimientos habituales.

El ejemplo anterior lleva a reflexionar en que lo ideal sería poder construir un ambiente seguro que le consolide al niño y a su cuidador una confianza, partiendo desde explicar tal vez los tratamientos de otra manera, de generar espacios de dispersión y expresión, de poder drenar

un poco esas emociones negativas que se causan por la hospitalización. He aquí donde también visualizo un posible rol del recreador en estas situaciones, tal vez, un modelo a seguir como el de Child Life.

En lo dicho, encuentro que la Recreación Guiada en el ámbito de la salud puede estarse desaprovechando al quedarse únicamente en la resignificación del espacio hospitalario. Aunque esta función es valiosa, considero que el potencial del recreador podría ampliarse en ejecutar intervenciones más integrales como la preparación emocional para procedimientos médicos y el acompañamiento durante el proceso clínico. En el que a través de herramientas valiosas con las que ya posee, puede llevar a cabo un seguimiento integral durante el proceso médico y su estancia en el hospital. Y tal vez esta idea podría ser una explicación al hecho de que actualmente las clínicas y hospitales que atienden pacientes pediátricos se quedan únicamente en establecer espacios de juego y dispersión, contando con salas lúdicas o las aulas hospitalarias. Sin embargo, reitero, esto no es atender las necesidades de manera completa e integral en el paciente pediátrico. A lo que quiero llegar, es que si se toma ciertas metodologías que aplica Child Life podría llegarse a ese plus en atención al paciente, a generar aquel interés en el que el paciente se encuentre con todas las condiciones para llevar con éxito su recuperación o bien, hacer más grato y llevadero afrontar la situación de enfermedad.

A futuro, considero relevante profundizar en una idea que ha surgido: el miedo persistente que muchas personas sienten hacia los hospitales también puede estar relacionado con las experiencias vividas desde la infancia. Históricamente, estos entornos han sido asociados al dolor, la enfermedad y la intervención médica invasiva, y esa percepción se ha transmitido de generación en generación. Esto puede explicarse, en parte, porque la atención hospitalaria no ha abordado de manera integral todas las dimensiones del paciente, especialmente la dimensión emocional (Claridge, 2020). La falta de espacios de contención, expresión y acompañamiento simbólico desde edades tempranas ha contribuido a que los

hospitales sean percibidos como lugares amenazantes, más que como entornos de cuidado y bienestar (Hummel, 2021).

Por lo anterior, un elemento que considero fundamental traer a reflexión es el efecto positivo que tanto la implementación de los programas Child Life y la Recreación Guiada en medio de sus roles podrían tener en el cuidado pediátrico, especialmente en lo relacionado con la gestión del miedo, el estrés y el dolor, tal como se ha evidenciado a lo largo de este trabajo con autores como Claridge (2020) y Lookabaugh y Ballard, (2018). Estos enfoques, si se incorporan de forma sistemática y sostenible en la atención clínica diaria, podrían transformar significativamente la experiencia hospitalaria de los niños y jóvenes. Para ello, es indispensable avanzar hacia un posicionamiento claro que garantice la presencia de estos profesionales, y también el reconocimiento explícito de la perspectiva del niño y la implementación real de sus derechos dentro de los entornos de salud (Hummel, 2021). Sin embargo, la inclusión estructural de programas como Child Life se enfrenta a desafíos importantes, especialmente en lo que respecta a los tiempos y recursos financieros que exige su puesta en marcha, lo cual suele ir en contravía con las actuales medidas de racionalización en la atención pediátrica (Lookabaugh y Ballard, 2018). Esta tensión puede derivar en situaciones críticas como la falta de preparación emocional, la exclusión de los niños en los procesos de decisión sobre su propio cuidado, y, en consecuencia, en la vulneración de sus derechos. Por lo que superar estas barreras podría ser clave para avanzar hacia una atención más humana, ética e integral.

Desviándome un poco de lo mencionado anteriormente, encuentro importante destacar que el programa Child Life, al estar más consolidado dentro del ámbito de la salud pediátrica, cuenta con investigaciones que respaldan la efectividad de sus intervenciones en contextos hospitalarios. Tal como demostrar que efectivamente la presencia de un CLS contribuye de manera significativa a la reducción de la ansiedad, el estrés y el miedo en los niños hospitalizados (Lookabaugh y Ballard, 2018). Sin embargo, también es necesario señalar que,

aunque existe evidencia a través de los estudios e investigaciones, estos aún son limitados si se compara con otras áreas del campo de la salud, tanto en alcance como en volumen de publicaciones científicas (Romito, 2021). Por otro lado, la Recreación, especialmente en el contexto hospitalario, enfrenta una carencia evidente de investigaciones que validen el impacto de sus intervenciones. Esto puede atribuirse, en parte, a que el programa de Recreación no incluye de manera suficiente herramientas metodológicas y estadísticas que permitan medir cualitativamente y sustentar el efecto de la labor del recreador, especialmente de los practicantes. También, se suma la escasa iniciativa institucional para promover o financiar estudios que visibilicen la relevancia y el aporte del recreador en estos entornos, lo que profundiza la precariedad del reconocimiento profesional en este campo.

Se evidencia que gracias a los estudios e investigaciones que se han realizado con el programa de Child Life, se ha identificado el logro de los efectos positivos que se han mencionado en párrafos anteriores -disminución en el estrés postraumático, niveles más bajos de miedo y ansiedad, mayores comportamientos cooperativos y un mejor afrontamiento y adaptación a largo plazo a futuros desafíos médicos- (Romito, 2021). Esto me lleva a reflexionar en que la Recreación en el ámbito de la salud debería considerar visionarse en validar la eficacia de las intervenciones desde la Recreación Guiada. Puede ser una manera importante de dar a conocer y reconocer la importancia de contar con un recreador en estos espacios. Esta proyección se sustenta teniendo en cuenta la similitud entre Child Life y Recreación en el ámbito de la salud pediátrica.

En cuanto a herramientas y metodologías llama la atención que hay una parte esencial de Child Life en la preparación psicológica (Romito, 2021) para procedimiento quirúrgico, refiero a sus métodos prácticos, es un método que podría ser una mirada futura donde el Recreador pueda actuar si la misma institución decidiría visionarse en este proceso metodológico de tener una preparación psicológica que no es precisamente tratando por un

psicólogo sino por un equipo multidisciplinar, entre ellos el recreador. De manera ambiciosa, el recreador con sus herramientas prácticas, y tal vez con instrucción o preparación del tema quirúrgico podría llevarlo a cabo. Esta ampliación del campo de acción del recreador podría atender de manera integral aquellas necesidades de bienestar emocional que se presenta en los pacientes pediátricos e incluso sus cuidadores.

Siguiendo el hilo, se analiza la importancia de resaltar el valor del juego en estos ámbitos complejos como lo es la hospitalización en un paciente pediátrico. Pues bien, se convierte en una herramienta poderosa que va más allá. O como bien menciona el psicólogo y psicoanalista alemán Erikson (1963), el juego es la medida autoterapéutica más natural de la infancia, aquí, el niño utiliza la imaginación para compensar las derrotas, los sufrimientos y las frustraciones. Es importante centrar la mirada en el juego como algo más profundo y de valor.

En este orden de ideas, he de resaltar que mientras Child Life trabaja desde una perspectiva clínica, con juegos y técnicas que buscan preparar emocionalmente al niño para enfrentar el entorno hospitalario (Romito, 2021), la Recreación Guiada plantea una intervención más abierta, simbólica y pedagógica, donde los lenguajes lúdico-creativos no sólo acompañan, sino que estructuran el proceso de transformación personal y colectiva (Mesa, 2004). Así, Child Life se enfoca en la regulación emocional y la adaptación al entorno médico, mientras que la Recreación Guiada promueve la expresión, la conciencia y el aprendizaje desde la vivencia y la resignificación simbólica.

Entrando un poco en cuanto al campo de acción, se percibe otra posible proyección a futuro para la Recreación en el ámbito de la salud que podría centrarse en el acompañamiento a las familias durante procesos de duelo ante la pérdida de un paciente pediátrico. Según experiencia propia, en los entornos hospitalarios, estas situaciones son frecuentes y, por lo general, son abordadas únicamente desde los programas de cuidados paliativos. Sin embargo,

considero que el recreador, si se cualifica, también podría desempeñar un papel significativo en estos momentos, aportando desde lo simbólico, lo ritual y lo expresivo para facilitar el proceso de despedida, un modelo que en cierta medida también aplica Child Life. Considero que la creación de rituales de cierre o actividades simbólicas puede enriquecer el proceso emocional de los cuidadores y del propio entorno hospitalario. Por otra parte, es importante reconocer que para que este rol se expanda dentro de los hospitales, sería necesario abrir un espacio de reflexión y formación más profunda sobre el duelo, la muerte y el autocuidado profesional.

Ahora bien, aunque actualmente el programa de Recreación incluye la asignatura de salud, teniendo en cuenta la experiencia propia, percibo que este tema se aborda de manera superficial, pues considero que los estudiantes no reciben una preparación suficiente para enfrentar emocionalmente los retos que implican estos espacios, donde el dolor, la pérdida y el sufrimiento son parte del día a día. Fortalecer la formación en este sentido podría abrir nuevas posibilidades de acción para el recreador y consolidar su presencia como un agente sensible y preparado para acompañar también en los momentos más difíciles del proceso hospitalario.

Un aspecto relevante que se halla a partir de las experiencias propias y de los practicantes es la disminución del tiempo destinado a las intervenciones. De manera personal, considero que evidencia una problemática estructural que afecta directamente la calidad de las intervenciones psicosociales o terapéuticas en contexto institucional hospitalario. La presión por cumplir con indicadores cuantitativos (como el número de pacientes atendidos) genera una dinámica en la que la intervención se convierte en una tarea mecánica y no en un proceso genuinamente centrado en el sujeto. Esta lógica responde a una visión instrumentalizada del acompañamiento, en la que el éxito se mide más por la cantidad que por la calidad de los encuentros.

Pienso que reducir el tiempo de atención de una hora a tan solo 20 o 30 minutos por paciente, en aras de demostrar "eficiencia", podría tener implicaciones profundas: se limita la posibilidad de establecer un vínculo terapéutico sólido, se interrumpe la continuidad del proceso reflexivo del paciente, y se corre el riesgo de que las intervenciones se conviertan en superficiales y despersonalizadas. En este sentido, la institución prioriza su capacidad de demostrar resultados ante entes administrativos o de control, pero descuida la dimensión humana y subjetiva del trabajo con las personas. Es relevante hacer esta crítica ya que revela la necesidad urgente de revisar los modelos de atención en salud o intervención psicosocial, especialmente en contextos hospitalarios o institucionales, para que los profesionales no se vean obligados a sacrificar la profundidad de su labor en función de cumplir metas numéricas. Es importante invitar a reflexionar sobre la manera en que se entiende y se mide el impacto de las intervenciones, y cómo esta visión puede terminar reproduciendo lógicas de mercado incluso en espacios que deberían estar guiados por el cuidado, la empatía y el bienestar integral de los pacientes.

Desde una observación personal, y quizás como una proyección ambiciosa a futuro para el campo de la Recreación, considero que la experiencia y la satisfacción del paciente se han convertido hoy en día en indicadores clave para evaluar la calidad y el rendimiento institucional en contextos hospitalarios. Esta tendencia, aunque se enmarca en una lógica de mejoramiento continuo y de humanización de la atención en salud, también responde a dinámicas administrativas e institucionales que valoran estos indicadores por su impacto en procesos de acreditación, en la obtención de reembolsos por incentivos y en la construcción de la reputación institucional.

En el escenario anterior, la Recreación podría posicionarse como un actor estratégico, capaz de incidir directamente en la percepción positiva del paciente y su familia durante la estancia hospitalaria, es decir, los recreadores podrían emerger como actores clave capaces de

aportar significativamente a este indicador significativo de cumplimiento para la institución, contribuyendo en la mejora de la percepción del entorno hospitalario por parte de los pacientes y sus familias. Si existiese la presencia de profesionales en recreación de manera completa y formal en estas instituciones, se podría llegar a esa calidad institucional, a elevar el nombre y su prestigio. Al promoverse, el recreador influiría directamente en la percepción positiva del servicio por parte de las familias, lo que se traduce en un punto a favor para la institución al momento de ser evaluada por indicadores de experiencia del usuario. A un futuro si se incluye los recreadores en este ámbito y con la estructura y organización de acción y labor de los recreadores, como el modelo de Child Life, la Recreación no cumpliría únicamente una función terapéutica y psicosocial, sino que aportaría estratégicamente a los objetivos institucionales, contribuyendo a consolidar una imagen de calidad y calidez en la atención. Por esto, se añade otra evidencia en la importancia de reconocer y formalizar el rol del recreador en los equipos de salud, no como un complemento anecdótico, sino como un agente activo en la construcción de experiencias hospitalarias significativas y satisfactorias, alineadas con los criterios contemporáneos de calidad.

Como cierre de esta discusión, considero pertinente destacar que, si un profesional en Recreación identifica el ámbito hospitalario, y en especial el trabajo con población pediátrica, como su campo de interés, podría proyectarse hacia una formación especializada en Child Life. Gracias a su base académica, el recreador cuenta con competencias que podrían potenciarse mediante estudios complementarios en áreas como desarrollo infantil, sistemas familiares, juego terapéutico, pérdida y duelo, ética e investigación. Estos contenidos son parte de los requisitos establecidos por la ACLP (Asociación de Profesionales de Vida Infantil) para ejercer como especialista en Child Life, y podrían representar una ruta de profesionalización para aquellos recreadores que deseen profundizar su intervención en contextos clínicos.

De igual forma, sostengo que ambos enfoques tienen el potencial de complementarse en el ámbito hospitalario. Mientras Child Life aporta una estructura técnica sólida y estrategias especializadas para el manejo del dolor y la ansiedad, la Recreación Guiada ofrece una riqueza simbólica y creativa que puede ampliar y diversificar las intervenciones psicosociales. En este sentido, la articulación de saberes y metodologías entre ambas perspectivas enriquecería la atención integral al paciente pediátrico, y abriría nuevas posibilidades para el fortalecimiento y reconocimiento del rol del recreador dentro del equipo de salud.

8. Recomendaciones

Este proceso permitió identificar una serie de aprendizajes, vacíos y posibilidades de articulación que dan lugar a las siguientes recomendaciones, las cuales, están dirigidas a diferentes actores e instancias relacionadas al campo de la salud, la formación profesional en Recreación y el desarrollo de políticas públicas, con el fin de contribuir a la consolidación de la Recreación como una práctica legítima y estructurada en el ámbito clínico pediátrico en Colombia.

8.3. Para las instituciones hospitalarias y el sistema de salud.

Se recomienda reconocer e incorporar formalmente a los profesionales en Recreación dentro de los equipos interdisciplinarios de atención pediátrica. El cual, este debe ir más allá de la visión de la Recreación como una actividad de entretenimiento, para entenderla como una estrategia de acompañamiento pedagógico, psicosocial y emocional que favorece a la adaptación del niño a la experiencia hospitalaria.

Se propone generar rutas institucionales para la inclusión del recreador hospitalario como figura estable, con funciones claras, tiempos adecuados de intervención y posibilidades de trabajo articulado con profesionales de las diferentes áreas (psicología, pedagogía hospitalaria, enfermería y medicina). Esto puede contribuir a la humanización de la atención, al fortalecimiento del vínculo con el paciente y su familia, a la confianza institucional, y en definitiva a la mejora de la experiencia hospitalaria.

8.4. Para el programa académico de Recreación.

Se sugiere revisar e innovar los planes de estudio en el programa de Recreación, integrando componentes teóricos y prácticos relacionados con el ámbito de la salud, el desarrollo infantil, el duelo y el acompañamiento emocional; también, en la generación de

estadísticas para identificar de manera cuantitativa el impacto de los procesos de intervención. Incluir estos contenidos permitiría formar profesionales con competencias específicas para intervenir en escenarios clínicos, desde una postura ética, sensible y fundamentada.

También, es importante comenzar a generar un cimiento para posicionar la Recreación, organizarse en cuanto a su estructura en este ámbito, tal vez en la generación de espacios como semilleros de investigación en el ámbito de la salud, con el fin de fomentar la producción de conocimiento, la sistematización de experiencias y la visibilización del rol del recreador en estos contextos hospitalarios. Incluso pensar en la creación de una especialización que ahonde en este ámbito.

8.5. Para los profesionales en Recreación.

Se recomienda a los recreadores interesados en el ámbito de la salud que continúen cualificándose a través de procesos de formación complementaria, tales como diplomados, certificaciones, investigaciones, asistencia a eventos y experiencias de campo, que les permitan profundizar en las dimensiones emocionales, simbólicas y terapéuticas de su labor.

De igual manera, se sugiere que los profesionales sistematicen y documenten sus intervenciones de manera juiciosa, en contribución a visibilizar su impacto en el bienestar de los pacientes pediátricos y sus familias. Esta producción académica y profesional es clave para posicionar el rol del recreador en la salud, generar evidencia de su aporte y dialogar de manera más sólida con otros saberes del campo clínico.

8.6. Para futuras investigaciones.

Se recomienda el desarrollo de estudios que profundicen en la aplicación de la Recreación Guiada en entornos hospitalarios, no únicamente en la sistematización de la experiencia, sino en ver el impacto, con el objetivo de construir modelos propios que sean

adaptados al contexto colombiano y latinoamericano. Estas investigaciones pueden centrarse en el impacto emocional, cognitivo y social de las intervenciones en niños hospitalizados; en la percepción del personal médico sobre el rol del recreador, o el análisis comparativo de otras experiencias.

Por otra parte, se sugiere explorar las posibilidades de articulación entre Child Life y la Recreación Guiada, no como una imitación, sino como un diálogo que permita enriquecer la práctica profesional en salud desde una mirada pedagógica, lúdica y culturalmente situada.

8.7. Para las políticas públicas en salud y la niñez.

Para cerrar, se recomienda que las políticas públicas de salud infantil y bienestar hospitalario contemplen la inclusión de manera completa otras estrategias terapéuticas como parte de la atención integral al paciente pediátrico. La Recreación debe ser reconocida como una práctica inherente al ser humano, debe ser vista como un derecho que favorece el bienestar emocional, el desarrollo simbólico y la elaboración subjetiva de experiencias difíciles como la enfermedad y el encierro hospitalario.

Es urgente que las instituciones responsables del diseño y aplicación de políticas públicas en Colombia (como el Ministerio de Salud, el ICBF y las secretarías de salud regionales) cumplan y hagan seguimiento efectivo al respeto y validación de los derechos de los niños hospitalizados, entre ellos, el derecho al juego, la expresión, al acompañamiento emocional y a la participación en su proceso de atención. Son derechos que están respaldados por la legislación nacional y por instrumentos internacionales como la Convención sobre los Derechos del Niño, y deben ser garantizados incluso en escenarios de enfermedad o emergencia médica.

Se sugiere promover el diseño y aplicación de protocolos específicos de intervención en salud, que incluyan orientaciones técnicas, perfiles profesionales, indicadores de calidad y mecanismos de evaluación, con el fin de asegurar que la Recreación se ejerza de forma profesional, ética y centrada en la dignidad de la infancia hospitalizada. Este proceso también requiere voluntad política, inversión sostenida y apertura institucional para transformar las dinámicas actuales del cuidado hospitalario infantil en Colombia.

9. Conclusión

Este trabajo de grado propuso establecer y reconocer similitudes y diferencias entre la Recreación Guiada y Child Life, con la intención de visibilizar el potencial de la Recreación en contextos hospitalarios como una estrategia de intervención psicosocial que contribuye al bienestar integral del paciente pediátrico y su cuidador durante el proceso de hospitalización.

Se encuentra que la Recreación en este contexto aporta un enfoque pedagógico y simbólico que permite resignificar el espacio y la experiencia de la hospitalización desde un actuar más cercano, participativo, expresivo y emocional, pese a que aún lucha por su consolidación en instituciones hospitalarias en Colombia. Como se ha dicho, Child Life con una trayectoria estructurada y profesionalizada, logró posicionarse como un modelo y servicios clínico eficaz en la reducción del trauma médico, gracias a sus metodologías sistematizadas y su enfoque centrado en el desarrollo infantil y el acompañamiento emocional.

El análisis comparativo desarrollado permitió establecer puentes importantes entre la Recreación Guiada ámbito salud y Child Life desde sus fundamentos conceptuales, enfoques, metodología, herramientas y roles profesionales. Se revela que, si bien ambos modelos emergen desde trayectorias históricas y teorías distintas, coinciden en su compromiso por humanizar la atención hospitalaria y en su orientación centrada en el bienestar integral del paciente pediátrico. En términos generales se tiene como intención de ver al niño como sujeto activo de sus derechos, que presenta necesidades emocionales, cognitivas y sociales particulares.

A partir de estos hallazgos se da respuesta a la pregunta planteada al demostrar que efectivamente sí existen puntos de encuentro entre ambos programas, lo cual, legitima a la Recreación como un campo con potencial para posicionarse dentro del sistema de salud colombiano y las diferentes instituciones hospitalarias. Se determina que dicho potencial radica

tanto del poder en sus herramientas metodológicas, y especialmente en su carácter profundamente humano al comprenderse también como una práctica inherente al ser humano que responde a una necesidad significativa del niño de expresarse, jugar, explorar, comunicar y de ser acompañado desde lo emocional en situaciones de vulnerabilidad como lo es la enfermedad y la hospitalización.

Se reafirma la importancia de estructurar la presencia del profesional en Recreación en entornos clínicos como un actor que es parte esencial del equipo interdisciplinario. Profesional que desde sus capacidades y herramientas es capaz de construir, de resignificar, de crear, de generar sentidos y significados, lo cual, aporta al abordaje integral del paciente pediátrico complementando las miradas médicas, psicológicas con una sensibilidad orientada a la experiencia subjetiva del niño.

Finalmente, este trabajo no pretende modificar la esencia de la Recreación, ni diluir su identidad, sino que invita a pensar en abrir caminos para su crecimiento y consolidación en sus diversos ámbitos, como en este caso el ámbito de la salud. Se busca que la Recreación continúe fortaleciéndose, estructurándose, que se quede y sea reconocida como una práctica y labor legítima y necesaria en contextos clínicos pediátricos, sin perder su enfoque. El modelo de Child Life se presenta como referencia para el fortalecimiento de la Recreación, en la que pueda visionarse, aprender y complementarse entre sí; no implica que renunciar a lo propio, trata de ampliar el alcance de la Recreación como una apuesta transformadora y pertinente en la resignificación y acompañamiento emocional en la hospitalización infantil.

Referencias bibliográficas

- Aponte, I. (2018). La recreación dirigida como mediación para el mejoramiento del nivel de vida de pacientes oncológicos menores de edad: Aproximación a la sistematización de una experiencia realizada mediante la creación del personaje "La Chili" con los niños de la Fundación Nuevo Amanecer – Cali. [Trabajo de grado, Universidad del Valle].
- Abdelkhalik, M., Ibrahim, M., Al Maaz, F., & Boutros, E. (2024). Integración de especialistas en vida infantil en la atención de oncología y hematología pediátrica: Una revisión narrativa. "The Journal of Pediatric Academy, 5. (2), 37–43.
- Betancourt, N., & Salazar, J. (2020). La recreación, un espacio de bienestar al paciente. [Trabajo de grado, Universidad del Valle].
- Boles, J., Turner, J., Rights, J., & Lu, R. (2021). Evolución empírica de la vida infantil. The Journal of Child Life: Psychosocial Theory and Practice, 2. (1), 4–14.
- Claridge, A., Hajec, L., Montgomery, L., & Knapp, B. (2020). Experiencias psicosociales de la hospitalización de niños y padres: un análisis del papel de los especialistas en vida infantil. "The Journal of Child Life: Psychosocial Theory and Practice, 1" (1), 3–14.
- Congreso de la República de Colombia. (1993)- Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social e integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial N°. 41.148.
- Corte Constitucional de Colombia. (2015, 16 de enero). Sentencia T-012/15: Derecho a la salud y a la vida digna. Juristeca
- Dickinson, G. E., & Morris, D. S. (2021). Problemas relacionados con el final de la vida en los programas de especialistas en vida infantil de EE. UU.: 2009–2019. "Child Youth Care Forum, 50", 351–362.

Fernández Castillo, A., & López Naranjo, I. (2006, enero 18). Discusión: Transmisión de emociones, miedo y estrés infantil por hospitalización. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. Asociación Española de Psicología Conductual.

FVL: Fundación Valle de Lili. (2024). Informe de sostenibilidad. Disponible en:

https://valledellili.org/wp-content/uploads/2024/03/Informe-de-Sostenibilidad-FVL-2023_compressed.pdf

García, S., & Barra, F. (2005). Hospitalización de niños y adolescentes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 16. (4), 236–241.

González, F., & Jenaro, C. (2007). Impacto de la hospitalización en la calidad de vida infantil. Universidad de Salamanca.

Gregory, S. W., Aul, A. J., Lodermeier, T. M., Rodemeyer, J. L., Weaver, A. L., & Lynch, B. A. (2023). The certified child life specialist: A novel resource in the pediatric primary care clinic for managing children's pain during routine immunizations. *Paediatric and Neonatal Pain*, 5 (3), 66–75.

Hummel, J., Coenen, M., Voigt-Blaurock, V., Klein, C., & Jung-Sievers, C. (2023). Child Life Specialist interventions in clinical pediatric care: A systematic review of the effects on mental health outcomes of children and adolescents. *“Gesundheitswesen*, 85”(1), 39–47.

Koller, D., & Wheelwright, D. (2020). Alterando el status quo: una nueva visión teórica para la profesión de la vida infantil. *The Journal of Child Life: Psychosocial Theory and Practice*, 1 (2), 27–32.

- Lugo, F., Ortiz, J., & Roque, J. (2021). La ludoteca hospitalaria como recurso esencial para brindar un bienestar integral: Diseño de ludoteca móvil [Trabajo de grado, Universidad del Valle].
- Lookabaugh, S., & Ballard, S. M. (2018). The scope and future direction of child life. "Journal of Child & Family Studies, 27" (6), 1721–1731.
- Mayorga, X. (2016). Reconstrucción de la experiencia de recreación dirigida a través de los lenguajes lúdico-creativos para el desarrollo de habilidades creativas y sociales con los niños y niñas del programa "Coraching" del Centro Médico Imbanaco - Cali Colombia [Trabajo de grado, Universidad del Valle].
- Mesa, G. (1997). La recreación dirigida como proceso educativo [Trabajo de grado, Universidad de Barcelona].
- Mesa, G. (2000). La formación profesional en recreación: ¿Un sueño o una necesidad indiscutible? Funlibre.
- Mesa, G. (2004). La recreación "dirigida": ¿Mediación semiótica y práctica pedagógica? Una pregunta para el debate [Trabajo académico, Universidad del Valle].
- Mesa, G. (2008). La recreación dirigida como práctica pedagógica [Trabajo académico, Universidad del Valle].
- Mesa, G. (1999). La recreación: Algo más que volver a hacer. Funlibre.
- Mesa, G. (2023). Una cronología relacionada Juego, Ocio, Tiempo Libre, Animación, Socio Cultural, Recreación, Deporte. [Video]. Youtube.
- Montoya, D., & Zamudio, C. (2023). Aportes de la recreación en las dimensiones de bienestar: físico, emocional y social en pacientes hospitalizados (niños, niñas,

adolescentes, adultos y adulto mayor) en la Fundación Valle del Lili [Trabajo de grado, Universidad del Valle].

Matthiese, A., Gerlach, A., Koller, D., & Moola, F. (2024). Complicating ‘Voice’ and ‘Choice’: The role of child life specialists in shaping children’s health care participation rights in the Netherlands. “The Journal of Child Life: Psychosocial Theory and Practice, 5” (1).

Organización para la Excelencia de la Salud. (2020). Atención Humanizada Centrada en el Paciente. OES.

Portilla, L., & Rodríguez, N. (2022). La recreación guiada como mediación interdisciplinar en hospitalización de pacientes con comorbilidad mental [Trabajo de grado, Universidad del Valle].

Pillai, R. L. I. (2020). We all need a little TLC: An argument for an increased role of child life services in patient care and medical education. “Hospital Pediatrics, 10” (10), 913–917.

Parlamento Europeo. (1984). “Carta Europea de los Derechos de los Niños y las Niñas Hospitalizados”. Adjuntament de Barcelona.

Romito, B., Jewell, J., Jackson, M., Ernst, K., Hill, V., Hsu, B., Lam, V., Mauro-Small, M., & Vinocur, C. (2021). Servicios de vida infantil. “Pediatría, 147” (1), e2020040261.

Rosenblatt, A., Pederson, R., Davis-Sandfoss, T., Irwin, L., Mitsos, R., & Manworren, R. (2024). Servicios, prácticas y utilización de especialistas en vida infantil en la atención sanitaria: una revisión exploratoria. “JBI Evidence Synthesis, 22” (7), 1303–1328.

- Romero Aparicio, C. (2015). Riesgos de la hospitalización prolongada. En R. García & G. Botello (Eds.), "Práctica de la Geriátría" (3ª ed., pp. 1–35). McGraw-Hill Education.
- Raj, K. S., Williams, N. R., & DeBattista, C. (2024). Problemas psiquiátricos relacionados con la hospitalización y la enfermedad. En M. A. Papadakis, S. J. McPhee, M. W. Rabow, & K. R. McQuaid (Eds.), Diagnóstico clínico y tratamiento 2024. McGraw Hill.
- Tovar, S., & Jiménez, W. (2009). Cómo la recreación dirigida puede contribuir al proceso educativo de los niños y niñas durante su estadía en las salas de pediatría del Hospital Universitario del Valle [Trabajo de grado, Universidad del Valle].
- Valencia, C. (2015). El rol del recreador profesional en el Centro Médico Imbanaco [Trabajo de grado, Universidad del Valle].
- Velásco, J. (2012). La recreación dirigida como mediación en el desarrollo de competencias ciudadanas [Trabajo de grado, Universidad del Valle].
- Velásco, J. (2014). Propuesta metodológica de intervención mediada por la recreación dirigida [Trabajo de grado, Universidad del Valle].
- Velásquez, L. (2014). El impacto psicológico ante la enfermedad y la hospitalización. En L. Velásquez, Niños hospitalizados. Guía de intervención psicológica en pacientes infantiles (p. 1–35).
- Wright, H. E., Gerson, J. S., & Staab, J. H. (2023). The impact of child life intervention on a clinical vaccine trial. "The Journal of Child Life: Psychosocial Theory and Practice, 4" (1).

- Wong, B. J., Lee, R. J., Saragossi, J., Post, S. G., & Glaubach, T. (2022). Inpatient care team views on child life services: A scoping review. "Hospital Pediatrics, 12" (11), e400–e415.
- Wittenberg, B. M., & Barnhart, D. (2021). How are certified child life specialists perceived by healthcare professionals?: A call for interprofessional collaboration. "Journal of Interprofessional Care", 1–9.

Anexos

- Anexo 1. [Matriz de documentos revisados, Recreación y Child Life.](#)
- Anexo 2. [Presentación de Recreación.](#)
- Anexo 3. [Presentación de Child Life.](#)
- Anexo 4. [Comparación de similitudes y diferencias entre Recreación y Child Life.](#)