

Pedagogías del cuidado y educación popular:

**Promoción del bienestar y la salud familiar en sociocuidadores pediátricos en un
centro médico de la ciudad de Cali**

Karol Dayanna Correa Prado

Angie Lorena Cortéz Valencia

Universidad del Valle

Facultad de Educación y Pedagogía

Licenciatura en Educación Popular

Trabajo de grado

Director:

Andrés Felipe Villaquirán Olave

Junio 2026

RESUMEN

Este trabajo de grado propone analizar el papel fundamental de los sociocuidadores pediátricos en un hospital privado ubicado en la ciudad de Cali, no como acompañantes pasivos, sino como agentes clave que sostienen la vitalidad emocional y educativa de los niños, niñas y adolescentes hospitalizados. El estudio parte de reconocer que el hospital es un territorio donde la vida no se detiene; por el contrario, se convierte en un escenario de aprendizaje donde el bienestar de quien cuida es el motor que impulsa los procesos de adaptación de los pacientes.

Desde una perspectiva constructivista y fenomenológica, este estudio identifica las vivencias de los sociocuidadores con el fin de comprender los procesos a través de los cuales construyen el significado de su rol y reconocen sus propias necesidades. Lejos de reproducir una lógica asistencialista, el trabajo se fundamenta en los principios de la Educación Popular para recuperar y valorar el saber acumulado de los cuidadores. En este sentido, el autocuidado no se entiende como una práctica meramente individual, sino como una forma de reconocer los propios límites.

Finalmente, el trabajo ofrece orientaciones pedagógicas desde la Educación Popular con el propósito de fortalecer las redes de apoyo dentro del contexto hospitalario. Se concluye que el bienestar del sociocuidador es un derecho y una condición indispensable para garantizar un acompañamiento de calidad a quienes atraviesan procesos de enfermedad. Al promover una pedagogía del cuidado que valore el descanso, la expresión emocional y la solidaridad colectiva, el aula hospitalaria puede convertirse en un espacio genuino de encuentro y sostén mutuo.

Palabras clave: Sociocuidadores, Educación Popular, pedagogía del cuidado

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	2
AGRADECIMIENTOS	7
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I.	11
1.1 CONTEXTO DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN	11
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	20
1.4 OBJETIVOS	20
1.4.1 OBJETIVO GENERAL.....	20
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
1.5 JUSTIFICACIÓN	21
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	24
2.1 ANTECEDENTES	24
2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES Y NACIONALES.....	24
2.2 PERSPECTIVA DEL CUIDADO Y BIENESTAR.....	29
2.3 EDUCACIÓN POPULAR Y PEDAGOGÍAS DEL CUIDADO	31
2.4 TEORÍA ECOLÓGICA DEL DESARROLLO.....	32_Toc228316529
2.5 ENFOQUE INTEGRAL, DIFERENCIAS Y MULTIDIMENSIONAL.....	33

CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO	35
3.1 Recolección de información. Técnicas e instrumentos de investigación.....	52
3.1.2 Entrevista	56
3.1.3 Encuesta	57
3.1.4 Diarios de campo	58
3.1.5 Narrativas	59
3.1.6 Diploma.....	60
3.1.7 Consentimientos informados	60
3.2 Procedimiento de análisis	60
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y ANÁLISIS	67
4.1 Visibilización de las necesidades socioemocionales y físicas de los sociocuidadores pediátricos	67
4.1.2 El impacto de la carga socioemocional: la interdependencia entre el sociocuidador y estudiante	68
4.1.3 Dimensiones físicas y barreras estructurales: la precarización del cuidado	69
CAPÍTULO V	74
5.1 Tejiendo el cuidado: prácticas que integran cuerpo, emoción y vínculo	74
5.1.2 Cuidar el cuerpo, reconocer los límites y el descanso	74
5.1.3 El ritmo del bienestar: emociones que se mueven, sentidos que florecen ..	76

CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	82
6.1 Conclusiones y pistas desde la Educación Popular: Hacia el fortalecimiento de las redes y las prácticas de cuidado.....	82
6.1.2 Conclusiones	82
6.2 Recomendaciones: Pistas para el fortalecimiento de las redes y el autocuidado	87
La trastienda del trabajo de grado que no se alcanza a contar teóricamente	92
A voz de: Karol Dayanna Correa Prado	92
La trastienda del trabajo de grado que no se alcanza a contar teóricamente	94
A voz de: Angie Lorena Cortéz Valencia	94
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	96
VIII. APÉNDICES.....	102

TABLA DE FIGURAS

Figura 1. Diligenciamiento del sensómetro.....	35
Figura 2. Sensómetro diligenciado.....	36
Figura 3. Narrativa.....	37
Figura 4. Narrativa	38
Figura 5. Tabla emociones.....	49
Figura 6. Medidor emocional.....	49
Figura 7. Sensómetro.....	51
Figura 8. Nube de palabras.....	66
Figura 9. Horario del cuidado.....	67
Figura 10. La danza del cuidado.....	73
Figura 11. La hoja de ritmos.....	74
Figura 12. Farol navideño.....	89
Figura 13. Actividad de arte.....	90

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, a Dios, quien por su gracia nos brindó la fuerza, la voluntad y la luz necesaria para desarrollar este estudio que dispuso en nuestros corazones y para quién hacemos todas las cosas.

A nuestras familias, por ser los pilares de motivación que sostienen nuestras vidas.

A nuestras amigas y compañeras de equipo, a quienes con sus palabras y gestos llenaron de amor y alegría nuestros días durante nuestra permanencia en el hospital.

Y, por sobre todo, a los niños, niñas, adolescentes y sus familias; gracias por permitirnos acompañarlos, por sumar un propósito profundo a nuestra existencia con su presencia y por ser el ejemplo más puro de valentía viva. Asimismo, expresamos nuestra gratitud a todos aquellos que retornaron a la tierra; a quienes fueron llamados de nuevo a la luz dejando una huella eterna en nuestro ser.

INTRODUCCIÓN

El acompañamiento que brindan los sociocuidadores pediátricos en contextos hospitalarios se ha convertido en un eje fundamental para comprender cómo los niños, niñas y adolescentes enfrentan los procesos de adaptación escolar durante la hospitalización. En estos escenarios, atravesados por dinámicas de enfermedad, incertidumbre y cargas emocionales intensas, el bienestar del adulto cuidador incide de manera directa en la forma como los pacientes asumen, su instancia de hospitalización.

El fenómeno estudiado se caracteriza por la presencia simultánea de factores emocionales, económicos y sociales que atraviesan la vida de los sociocuidadores y que, en muchas ocasiones, se intensifican dentro del ámbito hospitalario. Las jornadas prolongadas, la preocupación constante por la salud del menor, la necesidad de tomar decisiones médicas y la obligación de sostener su propio bienestar generan un escenario complejo, donde el agotamiento y la sobrecarga se vuelven frecuentes. Estas condiciones, identificadas durante el trabajo de campo en un centro médico privado de la ciudad de Cali, evidencian que el proceso de acompañar no depende únicamente de la disposición afectiva del sociocuidador, sino que se entrelaza con estructuras familiares, económicas, institucionales y culturales que influyen en la manera como cada familia asume la enfermedad.

El interés por abordar esta problemática surge por su relevancia social, pues comprender el rol de los sociocuidadores, y su experiencia del cuidado hospitalario permite visibilizar la carga que enfrentan y reconocer la necesidad de fortalecer procesos de apoyo que favorezcan tanto su bienestar como el de los niños, niñas y adolescentes a su cargo.

En el ámbito académico, este estudio contribuye a la comprensión de la tríada entre salud, educación y familia, articulando conceptos que permiten analizar el cuidado como una

práctica social situada, atravesada por emociones, saberes populares y relaciones de poder. Su propósito central es comprender las experiencias, los significados y las prácticas de autocuidado que desarrollan los sociocuidadores pediátricos, y analizar cómo estas inciden en el proceso adaptativo y educativo de los pacientes. Para ello, se plantea un objetivo general orientado a analizar las dinámicas del cuidado y su impacto en el acompañamiento escolar, complementado por objetivos específicos que buscan caracterizar las dimensiones físicas, emocionales y relacionales del fenómeno, e identificar orientaciones pedagógicas que contribuyan a su fortalecimiento.

Metodológicamente, el estudio se desarrolló bajo un enfoque cualitativo, de alcance exploratorio-descriptivo, sustentado en el paradigma fenomenológico. Este enfoque privilegia la comprensión de las vivencias de los participantes y la interpretación de los sentidos que construyen en su experiencia hospitalaria. Como afirman Denzin & Lincoln (2018), la investigación cualitativa se interesa por acceder a la realidad desde la perspectiva de quienes la viven, reconociendo la subjetividad como fuente legítima de conocimiento. Desde la mirada constructivista, Guba y Lincoln (1994) sostienen que el conocimiento se construye en la interacción entre los sujetos y su entorno, razón por la cual este trabajo buscó reconstruir junto a los cuidadores los significados que otorgan al rol, al cuidado y al desgaste emocional.

En cuanto a su estructura, el documento se organiza de la siguiente manera: el primer capítulo presenta el planteamiento del problema, los objetivos, el contexto y la justificación que orientan el estudio. El segundo capítulo reúne los antecedentes y el marco teórico, integrando las perspectivas sobre el cuidado, la educación popular, la teoría ecológica del desarrollo humano y los enfoques diferencial, integral y multidimensional. El tercer capítulo expone el diseño metodológico, describiendo el enfoque, la estrategia empleada y las técnicas

de recolección de información. El cuarto capítulo desarrolla el análisis de los resultados a partir de hallazgos organizados en ejes que permiten comprender los sentidos del cuidado y las prácticas que emergen en la experiencia hospitalaria. El quinto capítulo presenta las reflexiones desde diferentes enfoques de intervención. El sexto capítulo expone las conclusiones y recomendaciones desde una perspectiva de la educación popular y, por último, el séptimo capítulo de referencias bibliográficas y, el octavo para apéndices/anexos que dan soporte al trabajo de grado.

CAPÍTULO I.

1.1 CONTEXTO DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN

La propuesta de investigación fue realizada en el marco de la práctica profesional II de la Licenciatura en Educación Popular en un hospital universitario de la ciudad de Cali, específicamente en su aula hospitalaria. Previo a su implementación, se llevó a cabo un diagnóstico que permitió identificar un deterioro en el bienestar emocional, físico y mental de los socio-cuidadores. Entre los principales hallazgos se evidenciaron altos niveles de cansancio y privación del sueño, manifestaciones de estrés y ansiedad asociadas a la hospitalización prolongada, así como la ausencia de espacios para el autocuidado y el descanso. Asimismo, se identificó una sobrecarga derivada de la simultaneidad de responsabilidades familiares, laborales y de acompañamiento hospitalario. Por ende, el presente estudio investigativo se proyectó como una propuesta transformadora que pondrá en el centro a los sociocuidadores como agentes activos en el acompañamiento escolar de los niños, niñas y adolescentes en el contexto hospitalario. Se espera que, a través de esta experiencia, y el reconocimiento de sus emociones, la valoración de sus vivencias y la promoción de su bienestar físico, social y emocional se conviertan en ejes centrales para fortalecer los vínculos afectivos, facilitar la adaptación escolar de los pacientes y generar entornos más humanos dentro del hospital.

A lo largo de la intervención, se buscó reconocer a los sociocuidadores no solo como acompañantes, sino como sujetos que también necesitan ser cuidados, valorados y

escuchados. Para ello, se utilizaron herramientas como el sensómetro¹, que les permitió identificar y expresar sus emociones, así como reflexionar sobre ellas desde su propia percepción, fortaleciendo su conciencia emocional. Esta propuesta estuvo fundamentada en los planteamientos de Damasio (1994) y Brackett (2019), quienes afirmaron que las emociones influyen de forma constante en el comportamiento y la toma de decisiones cotidianas. Reivindicar su papel como sujetos de saber y cuidado fortaleció su bienestar y, al mismo tiempo, mejorar la calidad del acompañamiento que brindan.

Lo anterior permitió, impulsar prácticas de autocuidado que emergieron del diálogo y la construcción colectiva entre los participantes. A través de espacios seguros y afectivos, se promovió la expresión emocional, la empatía y la escucha, de manera que el bienestar emocional fue concebido como una responsabilidad compartida. Este enfoque facilitó que los participantes encontraran apoyo entre pares y desarrollaran herramientas que impactaron tanto su vida personal como su relación con el paciente, proyectando así una mejora significativa en el ambiente hospitalario y en los vínculos afectivos que allí se generaron.

Así pues, movilizar procesos educativos desde la educación popular, direccionó la intervención aplicando principios como el diálogo horizontal, la participación y el respeto por los saberes previos, inspirándose en las pedagogías de Paulo Freire. Las sesiones estuvieron orientadas a que el conocimiento surgiera del contexto real de los participantes, dando lugar a aprendizajes significativos y emancipadores. Se obtuvo que los sociocuidadores no fueran solo receptores de información, sino, protagonistas de procesos educativos que fortalecieran

¹ El *sensómetro* es un instrumento adaptado del *Mood Meter* desarrollado por Marc Brackett y el Yale Center for Emotional Intelligence. Distribuye las emociones en cuatro cuadrantes según su nivel de energía y satisfacción, con el fin de ayudar a identificar, nombrar y regular los estados emocionales.

su autonomía, su agencia y su papel dentro del entorno hospitalario, generando prácticas humanizantes y sostenibles.

Ahora bien, recuperar la narrativa como forma de comprensión y memoria emocional tanto orales como escritos, fue una herramienta clave para que los sociocuidadores pudieran expresar su experiencia, reconocer sus emociones y resignificar sus vivencias. A través de estas narrativas, se accedió a una comprensión importante sobre los efectos emocionales y transformadores de las sesiones. Como lo proponen Clandinin y Connelly (2000), el relato no fue solo un medio de recolección de información, sino una vía para darle sentido a lo vivido, lo que permitió que las historias se convirtieran en memoria emocional y, al mismo tiempo, en recurso pedagógico para comprender el proceso.

De esta manera, la generación de evidencia integral del impacto, mediante el uso de herramientas diversas y mixtas, permitió que la intervención contemplara una estrategia de evaluación basada en instrumentos cualitativos y cuantitativos, tales como encuestas, entrevistas, narrativas, sensómetros y diarios de campo. Esta combinación posibilitó identificar tanto los efectos visibles como las transformaciones internas que surgieron a lo largo del proceso. En este sentido, los resultados evidenciaron mejoras en el bienestar de los sociocuidadores, en su vínculo con los pacientes y en los procesos educativos que acompañaron.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cuidado de niños, niñas y adolescentes en contextos hospitalarios constituye una de las labores más complejas y exigentes que enfrentan las familias. Los sociocuidadores, asumen la atención física, el acompañamiento emocional, educativo y social de los pacientes

pediátricos. Esta labor, aunque indispensable, suele realizarse en condiciones de invisibilidad, sin el reconocimiento ni el acompañamiento institucional, lo que deriva en desgaste físico y emocional.

Esta situación se intensifica debido a factores como la incertidumbre frente al pronóstico médico, la exposición constante a procedimientos clínicos, las largas jornadas de acompañamiento y la ausencia de redes de apoyo institucionales, configuran un escenario de sobrecarga que aumenta la vulnerabilidad de los cuidadores, quienes se enfrentan con frecuencia a síntomas de cansancio, insomnio, ansiedad y depresión. Esto se define como un estado de agotamiento físico y emocional acompañado de sentimientos de ineficacia y despersonalización, ampliamente reportado en quienes asumen tareas de cuidado prolongadas (West et al., 2016).

A nivel social, la problemática del cuidado se correlaciona con las dinámicas de género. Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, el cuidado se entiende como el conjunto de actividades necesarias para garantizar el bienestar físico, emocional y social de las personas, incluyendo tanto el cuidado directo (alimentar, acompañar, atender) como el trabajo doméstico no remunerado que lo hace posible.

En este marco, y con base en la Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (2017), las mujeres en Colombia destinan en promedio 19,7 horas semanales al trabajo de cuidado no remunerado en el ámbito del hogar, frente a las 6,7 horas de los hombres. Estos datos no solo visibilizan la desproporcionalidad en la distribución de las tareas de cuidado, sino que también revelan una inequidad estructural que impacta directamente la salud y la calidad de vida de las cuidadoras.

Si bien, aunque estas mediciones se centran en el ámbito doméstico, en contextos de hospitalización pediátrica esta inequidad se amplifica y se traslada a otros escenarios. En estos casos, la mujer como cuidadora no solo continúa asumiendo las responsabilidades del hogar, sino que además realiza labores de cuidado directo en el entorno hospitalario como acompañar permanentemente al niño, niña o adolescente, participar en su atención cotidiana y gestionar trámites administrativos, configurando así dobles o incluso triples jornadas que, en muchos casos, se suman a sus responsabilidades laborales.

La Defensoría del Pueblo (2024) estima que en Colombia existen más de 3,3 millones de personas cuidadoras no remuneradas, de las cuales aproximadamente el 70 % son mujeres. A su vez, el valor económico de este trabajo equivale a cerca del 20 % del PIB nacional, según ONU Mujeres y el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (2020). Estas cifras evidencian la magnitud de un fenómeno estructural que, pese a su relevancia económica y social, ha sido históricamente invisibilizado y relegado en las políticas públicas.

En este contexto general, el cuidado en el ámbito pediátrico adquiere una particular complejidad, ya que no se limita al bienestar físico del niño, niña o adolescente, sino que incide directamente en su desarrollo adaptativo, educativo y socioemocional. Esta carga se intensifica aún más en escenarios de vulnerabilidad. En este contexto, estudios recientes han encontrado que el 44,7 % de los cuidadores de niños entre 2 y 5 años presentan síntomas de depresión, y hasta el 24,5 % cumplen criterios de trastorno por estrés postraumático (PTSD), según Betancourt (2024), pues, el informe del Ministerio de Salud (2023) reveló que el 66,3% de los colombianos ha enfrentado algún problema de salud mental, pero menos de la mitad recibió atención oportuna, pues los profesionales de la salud no indagan de forma rutinaria sobre este aspecto en los entornos clínicos. Este dato cobra especial relevancia ya

que los cuidadores pediátricos al no acceder a espacios de salud mental, el deterioro tenderá a ser mayor. Así como los estudios internacionales también respaldan esta relación. Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) advierte que el agotamiento crónico en cuidadores de niños con enfermedades de alta complejidad incrementa el riesgo de depresión en un 40 %, ansiedad en un 30 % y problemas musculoesqueléticos en un 25%.

A pesar de la creciente evidencia sobre la sobrecarga emocional y física de los cuidadores, persisten vacíos en la implementación de estrategias de acompañamiento y autocuidado en el ámbito institucional de salud. En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social ha elaborado documentos técnicos como el *Manual de cuidado al cuidador* (2015), en los que se reconoce la importancia de promover hábitos saludables y espacios de descanso. Así pues, en su aplicación dentro de los servicios de salud, estos lineamientos suelen enmarcarse en un enfoque predominantemente biomédico, centrado en recomendaciones generales, sin considerar las particularidades culturales, educativas, emocionales y pedagógicas de quienes ejercen el rol de cuidado en contextos hospitalarios.

En este sentido, diversas aproximaciones en educación y salud han señalado que las estrategias institucionales tradicionales como talleres, capacitaciones o charlas informativas dirigidas a cuidadores, tienden a reproducir un modelo vertical o “bancario”, en el que el cuidador es asumido como un receptor pasivo de información, limitando así la construcción de procesos de acompañamiento más participativos y contextualizados pues no se generan cambios sostenibles en las prácticas cotidianas. A su vez, investigaciones en educación para la salud enfatizan que es necesario transitar de una educación paternalista hacia un modelo participativo, donde el sujeto se convierta en agente crítico de su propio aprendizaje y bienestar (Agudelo et al.,2013). Este enfoque limita la apropiación de estrategias de

autocuidado y reduce el impacto a corto plazo, ya que no se generan cambios sostenibles en las prácticas cotidianas (West et al., 2016) Además, la mayoría de los programas están diseñados de forma estandarizada, sin un ajuste diferencial que tenga en cuenta factores como la edad del cuidador, el nivel educativo, la situación socioeconómica, las dinámicas familiares o la diversidad cultural.

En el ámbito pediátrico, estos vacíos son aún más críticos. El cuidado de un niño hospitalizado implica acompañarlo en procesos de alta vulnerabilidad emocional y en etapas cruciales de su desarrollo, lo cual exige estrategias sensibles y humanizadas. Sin embargo, las iniciativas institucionales de salud suelen privilegiar el tratamiento clínico del menor, pasando por alto el bienestar del sociocuidador como un socio de la adaptación emocional y escolar de los menores, a un segundo plano. Ante este panorama, resulta necesario explorar enfoques alternativos que reconozcan al sociocuidador como un sujeto de saber y de derecho, capaz de participar en la construcción de herramientas para su propio bienestar.

Bronfenbrenner (1987) en su teoría ecológica del desarrollo humano, señala que los factores del microsistema familiar influyen de manera decisiva en el desempeño escolar, siendo estos factores los siguientes: a) la calidad de las relaciones afectivas, b) disponibilidad de tiempo y acompañamiento, c) prácticas de crianza y estilos parentales, d) recursos del hogar, e) bienestar emocional del cuidado. Cuando los sociocuidadores experimentan altos niveles de estrés, su capacidad para brindar acompañamiento escolar, contención emocional y apoyo en procesos de socialización disminuye. Esta situación genera una afectación en el desarrollo académico, la motivación para el aprendizaje y la autoestima del niño hospitalizado. En este sentido, Daniel Goleman (1995) plantea que el clima emocional en el que crecen los niños influye de manera directa en su motivación, su capacidad de

concentración y su disposición para aprender. De igual manera, Arango (2015) complementa esta perspectiva al señalar que el bienestar familiar constituye un factor clave para los procesos de adaptación escolar, especialmente en contextos de vulnerabilidad. Así, puede afirmarse que cuando el sociocuidador experimenta desgaste, se debilita el soporte emocional y pedagógico que el menor requiere, lo cual afecta no solo en su proceso académico, sino también en las dinámicas de socialización dentro del ámbito educativo.

Desde esta perspectiva, la Educación Popular rompe con la lógica vertical de la transmisión de conocimientos y se centra en el diálogo horizontal, la reflexión colectiva y la generación situada de estrategias (Freire, 1970). Este enfoque permite que los sociocuidadores no solo sean sensibilizados sobre la importancia del autocuidado, sino que se empoderen como protagonistas de su proceso, creando prácticas adaptadas a sus realidades socioculturales y sostenibles en el tiempo.

Estos hallazgos demuestran que el rol del cuidado, cuando no está acompañado de estrategias de autocuidado y soporte social, se convierte en un factor de riesgo para la salud integral de los sociocuidadores y directamente para el niño, niña o adolescente a su cargo, además, el impacto del desgaste emocional trasciende al ámbito educativo.

Por lo tanto, aplicar los principios de la Educación Popular en el contexto hospitalario implica reconocer el hospital no solo como un espacio de atención médica, sino también como un escenario pedagógico donde se tejen vínculos, se comparten saberes y se construyen redes de apoyo. De esta manera, se amplía la visión del cuidado, integrando la dimensión pedagógica, socioemocional y comunitaria, lo que permite atender de forma más integral el bienestar tanto de los sociocuidadores como de los niños, niñas, y adolescentes hospitalizados.

Por lo anterior, en este escenario se vuelve necesario diseñar intervenciones que reconozcan al sociocuidador no como un acompañante pasivo, sino como un agente de cambio que incide directamente en la salud emocional, la adaptación escolar y la integración social del niño. Desde la perspectiva de la Educación Popular, este trabajo de grado se perfila como una apuesta que propone un acompañamiento que trascienda lo clínico para convertirse en un espacio pedagógico, dialógico y transformador, aplicar sus principios en el contexto hospitalario implica reconocer que el bienestar del sociocuidador es una condición indispensable para garantizar el derecho a la educación y al desarrollo integral de los niños hospitalizados, al tiempo que abre un campo emergente de investigación y acción para la pedagogía hospitalaria en Colombia.

De esta manera, la sobrecarga del sociocuidador no puede entenderse como un asunto individual, sino como un problema de interés social, e institucional ya que compromete tanto la dinámica familiar como los procesos educativos y adaptativos de los menores hospitalizados, su atención no solo apunta al bienestar de los adultos responsables del cuidado, sino que también constituye una estrategia preventiva y protectora para garantizar los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes hospitalizados, entre ellos el acceso a una educación de calidad y a un desarrollo socioemocional equilibrado.

1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿De qué manera las prácticas de autocuidado, inciden en el bienestar de los sociocuidadores y, este, en los procesos adaptativos educativos de los pacientes en los contextos hospitalarios?

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar la relación entre las prácticas de autocuidado de los sociocuidadores pediátricos, (su bienestar físico y socioemocional), y los procesos adaptativos y educativos de los niños, niñas y adolescentes a su cargo en una clínica privada de la ciudad de Cali.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Visibilizar las necesidades socioemocionales de los sociocuidadores pediátricos.
- Identificar las prácticas de autocuidado de los sociocuidadores y su relación con un enfoque diferencial, integral y multidimensional (dimensiones físicas, socioafectivas, culturales y educativas).
- Aportar pistas desde la Educación Popular para fortalecer las redes de apoyo de los sociocuidadores y de prácticas de autocuidado

1.5 JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo de grado se justifica en la necesidad de situar el cuidado en el centro de la reflexión pedagógica hospitalaria, reconociendo que la experiencia educativa de los niños, niñas y adolescentes hospitalizados no puede comprenderse de manera aislada del bienestar de quienes los acompañan. Si bien, diversos estudios han abordado la pedagogía hospitalaria centrados en la garantía del derecho a la educación en contextos de enfermedad, la UNESCO y otros han analizado el desgaste de los cuidadores en contextos clínicos, especialmente desde enfoques de salud pública (Organización Mundial de la Salud; Departamento Administrativo Nacional de Estadística), persiste una fragmentación entre ambos campos, pues, por un lado, se prioriza la continuidad escolar del paciente y, por otro, se diagnostica la sobrecarga del adulto responsable, sin una integración suficiente entre ambas dimensiones. No obstante, pocas investigaciones han problematizado de manera articulada la relación entre las prácticas de autocuidado del sociocuidador y los procesos adaptativos y educativos del menor en el entorno hospitalario. En este sentido, la relevancia de este estudio radica en comprender el cuidado como un fenómeno relacional, donde el bienestar del adulto no constituye un asunto secundario o accesorio, sino una condición estructural que incide directamente en la estabilidad emocional y en la disposición para el aprendizaje del paciente pediátrico. El hospital, entendido tradicionalmente como un espacio clínico, se revela aquí también como territorio pedagógico donde circulan saberes, emociones y prácticas que configuran experiencias formativas en medio de la enfermedad. Reconocer esta dimensión implica ampliar la mirada sobre la educación y asumir que el derecho a aprender en contextos de hospitalización depende, en gran medida, de las redes de apoyo que sostienen al niño.

Así mismo, este estudio se justifica desde una perspectiva social y ética. El cuidado prolongado en escenarios hospitalarios suele desarrollarse bajo condiciones de invisibilidad institucional, precarización emocional y sobrecarga física, especialmente en mujeres, quienes históricamente han asumido de manera desproporcionada las labores de cuidado. Esta situación no solo compromete la salud integral del sociocuidador, sino que reproduce inequidades estructurales que impactan el entorno familiar y educativo. Abordar el autocuidado desde un enfoque integral, diferencial y multidimensional permite trascender una visión asistencialista para situarlo como un derecho y como una práctica política de dignificación.

Desde el campo de la Educación Popular, el estudio adquiere una pertinencia particular, más que proponer recetas externas, se busca reconocer y dialogar con los saberes que los propios sociocuidadores han construido en su experiencia cotidiana. El enfoque dialógico y horizontal permite que el autocuidado no sea comprendido como una imposición moral “cuidarse para rendir mejor”, sino como una práctica consciente de reconocimiento de límites, emociones y necesidades. En este marco, el hospital se transforma en un escenario de reflexión colectiva donde es posible resignificar el rol del sociocuidador como sujeto activo, capaz de incidir en su propio bienestar y en el proceso educativo del menor.

Metodológicamente, el trabajo también se justifica al aportar una mirada cualitativa y fenomenológica que privilegia la voz de los participantes, comprender cómo los sociocuidadores significan su experiencia de cuidado, cómo narran su cansancio, sus estrategias de resistencia y sus formas de sostener la esperanza, permite acceder a dimensiones del fenómeno que no pueden reducirse a indicadores cuantitativos. Esta aproximación posibilita una lectura más profunda del vínculo entre cuerpo, emoción y

aprendizaje, evidenciando que la adaptación escolar del paciente no depende únicamente de estrategias curriculares, sino del clima afectivo que lo rodea. Así pues, se ofrece un aporte al campo emergente de la pedagogía hospitalaria en Colombia, al integrar los enfoques integral, diferencial y multidimensional en el análisis del cuidado. El enfoque integral permite comprender al sociocuidador en la totalidad de sus dimensiones física, emocional, social y educativa; el enfoque diferencial reconoce las particularidades asociadas al género, la edad, el contexto socioeconómico y las trayectorias familiares; y el enfoque multidimensional articula estas variables para diseñar pistas pedagógicas contextualizadas. Esta articulación fortalece la posibilidad de generar propuestas pertinentes, sensibles a la diversidad y sostenibles en el tiempo.

En coherencia con los principios de la Educación Popular, esta investigación asume el conocimiento como una construcción colectiva situada, donde las experiencias de los participantes no son insumos secundarios, sino el punto de partida para comprender y transformar paso a paso su realidad, abriendo diálogos que reconozcan en el cuidado una práctica con sentido político y pedagógico, capaz de interpelar las formas tradicionales de entender la educación en el ámbito hospitalario.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

En este apartado se presentan antecedentes organizados en tres niveles: internacional, nacional y local. Los estudios internacionales permiten ampliar la mirada hacia experiencias y modelos implementados en otros países, que enriquecen la comprensión de la pedagogía hospitalaria y del acompañamiento a las familias en contextos clínicos. Los antecedentes nacionales, por su parte, evidencian los avances, retos y propuestas desarrolladas en Colombia, tanto en términos de pedagogía hospitalaria como en relación con el bienestar de los sociocuidadores. Finalmente, los antecedentes locales permiten reconocer experiencias y estudios concretos en el Valle del Cauca, especialmente en la ciudad de Cali, que aportan elementos prácticos y situados para la investigación.

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES Y NACIONALES

En el ámbito internacional, Rodríguez García (2020), en su investigación *El arte y la educación artística en el aula hospitalaria* desarrollada en Almería, España, analizó el papel de la educación artística y la arteterapia en la atención de niños hospitalizados. A partir de una revisión bibliográfica y el análisis de experiencias en aulas hospitalarias, evidenció que las técnicas gráfico-plásticas facilitan la expresión emocional, favorecen la inclusión y continuidad educativa, y contribuyen a mejorar la autoestima y el bienestar emocional de los pacientes. De este modo, el estudio subraya la importancia de garantizar el derecho a la educación en contextos de hospitalización prolongada y demuestra cómo recursos creativos y sensibles pueden convertirse en estrategias pedagógicas eficaces en entornos de salud.

En la misma línea, Pardo y Marcó (2017), en su investigación *Family-centered care in pediatric hospitals: strengthening parental wellbeing and child adaptation*, analizaron el impacto del modelo de cuidado centrado en la familia en hospitales pediátricos europeos. Mediante entrevistas a padres y profesionales, concluyeron que el acompañamiento emocional y educativo a los cuidadores fortalece la estabilidad familiar y repercute directamente en la adaptación escolar y socioemocional de los niños hospitalizados, resaltando el valor de integrar a la familia en el proceso terapéutico y pedagógico.

Complementariamente, Sousa y Alves (2019), en Portugal, exploraron las *estrategias de autocuidado de cuidadores informales en pediatría*, encontrando que el bienestar de los padres está directamente relacionado con la calidad del cuidado brindado a los hijos. Su estudio resalta la importancia de promover programas institucionales que no solo apoyen al niño hospitalizado, sino también a sus cuidadores, ya que la salud y estabilidad emocional de estos repercute de manera decisiva en el desarrollo integral de los menores.

En el contexto nacional, Castro y Santana (2015) desarrollaron el trabajo titulado *Diseño e implementación de una estrategia didáctica que oriente la práctica en contextos de salud y hospitalarios para las estudiantes de IX semestre de Licenciatura en Pedagogía Infantil de la Fundación Universitaria los Libertadores*. Su investigación, de enfoque cualitativo y sociocrítico, empleó talleres teórico-prácticos en hospitales con el fin de fortalecer el rol de las estudiantes como maestras en formación. Los hallazgos mostraron la falta de preparación específica en pedagogía hospitalaria y resaltaron la pertinencia de diseñar estrategias que profesionalicen la labor del pedagogo hospitalario, consolidando así su aporte al bienestar y recuperación de los niños pacientes.

De forma complementaria, Guacaneme (2018), en su estudio *La pedagogía en el aula hospitalaria: un ambiente de aprendizaje y oportunidades significativas*, llevado a cabo en el Hospital Infantil San José de Bogotá con niños de 10 a 12 años en tratamiento oncológico, demostró que garantizar la continuidad educativa en condiciones de hospitalización es posible a través de metodologías artísticas, escritura terapéutica y aprendizaje lúdico. Aunque el trabajo evidenció los beneficios sociales, psicológicos y académicos de estas prácticas, también advirtió sobre la necesidad de integrar recursos y formar educadores especializados en este campo.

En la misma línea de reflexión, Zapata López (2015), en su investigación *Aulas hospitalarias, un aporte articulado a la Política Pública de Discapacidad para disminuir la deserción escolar por causa de enfermedad en el departamento de Antioquia*, concluyó que estas aulas constituyen una estrategia fundamental no sólo para garantizar el derecho a la educación, sino también para disminuir la deserción escolar. Con un enfoque descriptivo y de análisis de políticas públicas, la autora resaltó la necesidad de articular esfuerzos entre academia, Estado y sociedad civil para responder a la situación de los niños hospitalizados o con discapacidad.

A estas contribuciones se suma el trabajo de Perfetti y Calderón (2021), *Pedagogía hospitalaria, visiones y prácticas significativas*, donde a partir de experiencias de docentes en contextos hospitalarios se concluyó que el rol del pedagogo va más allá de replicar la enseñanza tradicional, pues implica acompañar integralmente al niño hospitalizado, especialmente en situaciones críticas de salud, reconociéndolo como sujeto de derechos.

En esta misma dirección, David, Arango y Arango (2022), en *La pedagogía hospitalaria en Medellín: una propuesta pedagógica desde la interdisciplinariedad*,

propusieron una estrategia que busca fortalecer esta disciplina en Colombia. Su investigación reveló la carencia de un marco legal y teórico que respalde la pedagogía hospitalaria, al tiempo que destacó la necesidad de contar con personal capacitado y recursos específicos, planteando incluso un modelo de empresa médico-pedagógica como alternativa para su implementación. Por otro lado, estudios nacionales han centrado su atención en el bienestar de los cuidadores como un factor determinante en la atención hospitalaria.

Restrepo y Gómez (2016), en su investigación *Bienestar de los cuidadores de niños hospitalizados: una mirada desde la salud familiar en Colombia*, evidenciaron que el desgaste emocional, la falta de apoyo institucional y las dificultades económicas limitan la capacidad de los padres para brindar cuidado integral a sus hijos, destacando la urgencia de programas de acompañamiento a familias. En la misma línea, González (2020), en su estudio *Relación entre el bienestar de los padres y la adaptación escolar de niños con enfermedades crónicas*, concluyó que el bienestar emocional de los cuidadores influye directamente en la adaptación académica y socioemocional de los niños, lo cual refuerza la necesidad de que los programas hospitalarios incluyan de manera activa a la familia.

Así pues, continuando en la indagación hecha a nivel nacional se evidencia en el artículo “*Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas con parcial dependencia*” realizado por Achury y colaboradoras (2011) en Bogotá, Colombia. Este estudio tuvo como objetivo proporcionar fundamentos teóricos que permitieran al profesional de enfermería reconocer que no solo el paciente con enfermedad crónica requiere cuidado, sino también su cuidador, de modo que se pudieran identificar oportunamente sus necesidades y diseñar intervenciones orientadas a mejorar su calidad de vida. La metodología consistió en una revisión de literatura sobre cuidadores de personas con enfermedades

crónicas, en la cual se exploraron las dimensiones física, psicológica, social y espiritual, así como el papel del cuidador supervisor en la vida cotidiana del paciente. Los resultados evidenciaron que la labor de cuidado produce cambios profundos en la vida del cuidador, generando alteraciones físicas como fatiga o insomnio, afectaciones psicológicas vinculadas al estrés y la ansiedad, sobrecarga social por la acumulación de roles, y retos en la esfera espiritual relacionados con la esperanza y el sentido de vida. El estudio concluye que es indispensable reconocer al cuidador como sujeto de cuidado y promover programas de apoyo integrales que fortalezcan su bienestar y, en consecuencia, el del paciente.

Finalmente, a nivel local, se evidencia un aporte concreto desde Cali. La Fundación Valle del Lili, a través de su programa Aula Lili, ha brindado continuidad escolar a pacientes pediátricos en hospitalización, con cifras reales: más del 95 % de los pacientes con estancias superiores a 7 días han sido beneficiados, lo que se traduce en casi 3.365 clases hospitalarias, 841 asesorías a cuidadores sobre el derecho a la educación y 384 enlaces efectivos con instituciones educativas en Cali y otros departamentos. En paralelo, López-Noreña, Falla-Ríos y Liévano-Urrea (2023), en su trabajo sobre la adaptación del modelo “Retos para gigantes” en las aulas hospitalarias del Hospital Universitario del Valle, emplearon una investigación-acción con entrevistas estructuradas, y lograron diseñar una ruta pedagógica ajustada al contexto hospitalario, orientada a asegurar la continuidad educativa, capacitar docentes y coordinar con el personal de salud. Estos aportes brindan un referente práctico y sólido que sustenta cómo la pedagogía del cuidado, aplicada al contexto local, puede constituirse en una estrategia transformadora en beneficio tanto de los cuidadores como de los niños hospitalizados.

En síntesis, la literatura revisada evidencia avances en la pedagogía hospitalaria orientada al paciente y, de manera paralela, en el reconocimiento del bienestar del cuidador como factor clave en los procesos de atención. Sin embargo, ambos campos han sido desarrollados de forma relativamente independiente, con escasa articulación entre las dimensiones pedagógicas y el cuidado. Esta fragmentación limita la construcción de intervenciones integrales que reconozcan la relación entre el bienestar del sociocuidador y los procesos adaptativos educativos del paciente. Por lo anterior, la presente propuesta buscó aportar a la integración de estas perspectivas en el contexto hospitalario.

2.2 PERSPECTIVA DEL CUIDADO Y BIENESTAR

Los referentes teóricos que sustentan esta propuesta de investigación se orientan a comprender y transformar las condiciones en las que se desarrolla el cuidado pediátrico en contextos hospitalarios. El problema identificado evidenció múltiples cargas físicas, emocionales y sociales que enfrentan los sociocuidadores, cuya labor, aunque fundamental, suele estar marcada por el agotamiento emocional, la sobrecarga física y la invisibilización de sus propias necesidades. Esta situación compromete su bienestar integral y, en consecuencia, afecta la calidad del acompañamiento que brindan a los niños, niñas y adolescentes bajo su cuidado.

Desde esta perspectiva, el bienestar se comprende como un estado integral que articula dimensiones físicas, emocionales, sociales y psicológicas, orientadas a garantizar una calidad de vida adecuada y resiliente frente a las demandas del entorno. En el contexto hospitalario pediátrico, el bienestar del cuidador adquiere una relevancia particular, dado que influye de manera directa en los procesos de adaptación emocional, escolar y social de los menores hospitalizados.

La teoría del bienestar propuesta por Martin Seligman (2011), a través del modelo PERMA (emociones positivas, compromiso, relaciones positivas, sentido y logros), ofrece un marco útil para comprender y promover el bienestar de los cuidadores. Este modelo permite reconocer la importancia de fortalecer experiencias emocionales saludables, vínculos significativos y sentidos personales frente a contextos de alta exigencia como el hospitalario. De manera complementaria, el modelo biopsicosocial de George Engel (1977) enfatiza que el bienestar no depende únicamente del cuidado físico, sino también del soporte psicológico y social, elementos clave para afrontar el estrés asociado al cuidado prolongado.

En esta misma línea, el concepto de salud familiar, desarrollado por autores como Ortiz (1996) y Pérez E. (1977), refuerza la interdependencia entre el bienestar del cuidador y el de los demás miembros del núcleo familiar. La salud familiar se concibe como una construcción dinámica, influida tanto por factores internos como la comunicación, el apoyo emocional y la resolución de conflictos como por factores externos, condiciones socioeconómicas, culturales y contextuales que inciden directamente en la capacidad de las familias para afrontar situaciones de enfermedad.

En este sentido, la presente investigación asume una perspectiva integradora del cuidado y el bienestar, en la que se articulan los aportes del modelo PERMA, el enfoque biopsicosocial y la noción de salud familiar. Estas aproximaciones no se consideran excluyentes, sino complementarias, en tanto permiten comprender el bienestar del sociocuidador como una construcción multidimensional que emerge de la interacción entre factores individuales, relacionales y contextuales.

Desde esta postura, el cuidado se entiende no solo como una práctica orientada al otro, sino también como un proceso que requiere condiciones de bienestar para quien cuida,

pues, se reconoce al sociocuidador como sujeto de atención y de formación, cuyo bienestar influye directamente en la calidad del acompañamiento y en los procesos adaptativos educativos de los pacientes pediátricos en contextos hospitalarios.

2.3 EDUCACIÓN POPULAR Y PEDAGOGÍAS DEL CUIDADO

La Educación Popular aporta un marco pedagógico y ético fundamental para comprender a los sociocuidadores como sujetos activos de conocimiento, reflexión y transformación. Desde los planteamientos de Paulo Freire (1970), se reconoce que los procesos educativos deben partir de las experiencias, saberes y realidades concretas de las personas, promoviendo una participación crítica, horizontal y emancipadora.

En este sentido, las pedagogías del cuidado —entendidas en este trabajo como una categoría construida a partir de diversos referentes teóricos— se articulan con la Educación Popular al reconocer el cuidado como una práctica relacional, situada y cargada de significados culturales. Esta noción se nutre de la ética del cuidado, desarrollada por autoras como Carol Gilligan (1982) y Nel Noddings (1984)

Desde esta articulación, el autocuidado se comprende como un proceso educativo, preventivo y culturalmente mediado, que no puede imponerse de manera homogénea, sino que debe construirse en diálogo con las vivencias de los sociocuidadores. Por ello, según se expresa desde la fenomenológica de Schütz (1932), el mundo cotidiano está mediado por significados compartidos, lo que implica que las prácticas de autocuidado deben surgir de los contextos vivenciales y simbólicos de quienes cuidan. Esta mirada permite legitimar el cuerpo, las emociones y la experiencia como lenguajes expresivos válidos dentro de los procesos pedagógicos y de acompañamiento.

2.4 TEORÍA ECOLÓGICA DEL DESARROLLO

La comprensión del cuidado pediátrico en contextos hospitalarios requiere una mirada que reconozca la interacción constante entre el individuo y su entorno. En este sentido, la teoría ecológica del desarrollo humano de Urie Bronfenbrenner (1979) permite analizar cómo los distintos sistemas que rodean al sociocuidador y al menor como la familia, el hospital, la comunidad y las políticas sociales influyen de manera interdependiente en su bienestar y desarrollo.

Esta teoría se ve enriquecida por los aportes de la psicología ecológica de James J. Gibson (1979), quien plantea que la relación entre las personas y su entorno no es pasiva, sino dinámica, en tanto el ambiente ofrece posibilidades de acción (*affordances*) que configuran la experiencia y el comportamiento. Así, el contexto hospitalario no se limita a ser un espacio físico o clínico, sino que se constituye como un entorno activo que condiciona, posibilita o restringe las prácticas de cuidado, las interacciones y las formas de adaptación de los sujetos. Desde esta articulación teórica, el bienestar del sociocuidador y del niño, niña o adolescente hospitalizado no puede entenderse de manera aislada, sino como el resultado de múltiples interacciones entre sistemas y entornos significativos. Las redes de apoyo, las dinámicas familiares, las condiciones institucionales y las características del contexto sociocultural inciden directamente en la experiencia del cuidado. En consecuencia, se hace necesario promover intervenciones que reconozcan esta complejidad, orientadas a fortalecer relaciones, ampliar posibilidades de acción y generar condiciones más favorables para el cuidado y el desarrollo en el ámbito hospitalario.

2.5 ENFOQUE INTEGRAL, DIFERENCIAL Y MULTIDIMENSIONAL

El enfoque integral orientó esta propuesta al considerar al sociocuidador como un ser multidimensional, cuyas experiencias de cuidado están atravesadas por dimensiones físicas, emocionales, sociales, culturales y espirituales. Desde los planteamientos de Wilber (2000) y Carlos Eduardo Rivas (2007), se reconoce que cualquier intervención que busque promover el bienestar debe integrar simultáneamente estos distintos niveles de la experiencia humana.

El enfoque diferencial permitió adaptar las estrategias de intervención a las características particulares de los sociocuidadores, reconociendo variables como género, contexto sociocultural, condiciones económicas y trayectorias de vida. Este enfoque, inspirado Alfredo V. Rivas (2004), resulta clave para evitar prácticas homogenizantes y promover procesos educativos inclusivos y pertinentes.

Por su parte, el enfoque multidimensional, sustentado en los aportes de Sen (1999) y Nussbaum (2000), posibilitó comprender el bienestar más allá de una sola dimensión, reconociendo la importancia de las capacidades, oportunidades y libertades para vivir una vida digna. Esta mirada permitió abordar el cuidado como una experiencia compleja que requiere intervenciones articuladas y no fragmentadas.

En coherencia con estos enfoques, se incorporó el modelo de atención humanizada en salud de *Planetree International*, el cual propone una experiencia clínica centrada en la persona, la dignidad humana y el cuidado del cuidador. Este modelo reconoce al sociocuidador como protagonista del entorno terapéutico y promueve prácticas institucionales orientadas al bienestar emocional, la participación activa y la corresponsabilidad en el cuidado.

Desde esta articulación teórica, el rol del sociocuidador se redefine como un sujeto relacional que no solo acompaña, sino que también necesita ser cuidado, escuchado y reconocido. De este modo, el cuidado se configura como una experiencia compartida, ética y pedagógica, coherente con los principios de la Educación Popular y con el objetivo central de esta investigación: promover el bienestar de los cuidadores pediátricos como condición fundamental para favorecer los procesos adaptativos y educativos de los niños, niñas y adolescentes hospitalizados.

CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO

De acuerdo con los objetivos de estudio, este proyecto adoptó un enfoque predominantemente cualitativo, de alcance exploratorio-descriptivo, y de orientación fenomenológica.

La elección del enfoque cualitativo responde a la necesidad de acceder a las realidades subjetivas de los participantes, interpretando las percepciones, emociones, relaciones y motivaciones que dan forma a su vida cotidiana. Esta perspectiva tiene como finalidad proporcionar una mayor comprensión de los sentidos que las personas atribuyen a sus prácticas, creencias y vivencias en contextos concretos (Behar, 2008). Así, la investigación cualitativa aborda el mundo desde la perspectiva de los sujetos, reconociendo la interpretación como proceso clave (Denzin y Lincoln, 2018). El método cualitativo, desde una mirada constructivista, parte de la idea de que el conocimiento no se descubre, sino que se construye en la interacción entre los sujetos y su entorno. Desde esta perspectiva, la realidad no es una verdad única y objetiva, sino una construcción social tejida por las experiencias, los significados y las interpretaciones que las personas elaboran en sus contextos vitales. Según Guba y Lincoln (1994), la comprensión de los fenómenos humanos depende de los marcos de referencia de quienes los viven y narran.

La pertinencia de este enfoque para el presente trabajo resulta pertinente ya que las emociones, percepciones y relaciones humanas, que constituyen el objeto central del estudio, no pueden ser reducidas a cifras o mediciones estandarizadas sin perder su complejidad y su contexto. Tal como señala Stake (1995), la investigación cualitativa permite “comprender el caso en su particularidad”, atendiendo a los matices y singularidades que surgen en las experiencias humanas. Además, autores como Vygotsky (1978) y Bruner (1991) destacan que

el aprendizaje y la construcción del conocimiento son procesos sociales y culturales, mediado por el lenguaje, la interacción y la experiencia compartida, lo que se vincula con la metodología aplicada que privilegió el diálogo, la reflexión colectiva y la participación como formas de generar conocimiento situado. En consecuencia, la investigación cualitativa, desde una mirada constructivista, buscó co-construir saberes con los sociocuidadores, reconociendo su papel como productores de conocimiento.

Consecutivamente, este estudio asumió un alcance exploratorio-descriptivo. El componente exploratorio se justificó debido a la naturaleza incipiente del fenómeno de estudio en el contexto hospitalario específico, buscando identificar y familiarizarse con los factores y dimensiones claves de la vivencia del autocuidado y el desgaste en los sociocuidadores, así como la implicación de estas vivencias en el acompañamiento educativo y socioemocional que brindan desde las habitaciones o el aula hospitalaria. Por su parte, el alcance descriptivo se orientó a detallar las características esenciales de esta experiencia, precisando los significados, las prácticas y las manifestaciones emocionales y corporales que emergieron durante las intervenciones.

Finalmente, el diseño se articuló bajo la orientación fenomenológica, lo que significa que este modelo de investigación se dirigió a comprender los fenómenos sociales, culturales y humanos que emergieron a través del análisis de experiencias, significados y contextos específicos en el desarrollo de las intervenciones. La fenomenología permite explorar cómo las personas perciben, sienten y significan su propia realidad, priorizando la descripción de las vivencias tal como son experimentadas por quienes las protagonizan. Como señala Husserl (1997), el propósito central de la fenomenología es “volver a las cosas mismas”, es decir, acercarse a los fenómenos tal como se presentan en la conciencia, sin imponer

categorías externas. De acuerdo con Castillo Sanguino (2020), la fenomenología como un enfoque cualitativo se ocupa del estudio de la experiencia vivida antes de ser conceptualizada o explicada desde teorías externas. Esta noción, cercana a lo que Merleau-Ponty (1993) denominada experiencia pre-reflexiva, orientó la construcción del trabajo de campo al privilegiar descripciones, relatos, gestos, silencios y manifestaciones corporales que emergieron espontáneamente durante las sesiones pedagógicas.

Por esto, esta orientación resultó pertinente para captar las formas en que los sociocuidadores experimentan el autocuidado, el desgaste y la adaptación educativa en un contexto hospitalario. La fenomenología, tal como la retoman Creswell y Poth (2018), busca describir las experiencias comunes de un grupo de personas para identificar el fenómeno compartido, el cual en este proyecto se relaciona con la vivencia del cuidado prolongado y las exigencias emocionales que este implica. Por lo tanto, el propósito metodológico fue reconstruir, a través de entrevistas, diarios de campo, actividades sensoriales y registros escritos, la manera en que los sociocuidadores significan su experiencia corporal y emocional durante su permanencia en la clínica.

Para garantizar una aproximación a la experiencia del fenómeno, se asumió la *epoché* como actitud metodológica fundamental, propia de la tradición fenomenológica de Edmund Husserl (1997). Este concepto no implica ignorar el conocimiento previo, sino suspender temporalmente la validez de las propias creencias, teorías o prejuicios sobre el fenómeno que se está estudiando.

En la práctica, esta actitud se operacionalizó mediante estrategias como la implementación de ejercicios de reflexividad previos y durante el proceso de investigación, en los que las investigadoras registraron en diarios de campo sus expectativas y posibles

sesgos frente al autocuidado y al rol del sociocuidador. También, durante la recolección de información, se privilegiaron preguntas abiertas y no directivas, evitando orientar las respuestas de los participantes o validar anticipadamente ciertas interpretaciones. Asimismo, se realizó una escucha atenta y una observación sensible de las narrativas, gestos y expresiones corporales, procurando no interpretar de manera inmediata desde marcos teóricos previos.

Finalmente, en el proceso de análisis, se priorizó la construcción de categorías emergentes a partir de los datos, en lugar de imponer categorías predefinidas, lo que permitió que los significados se configuraran desde la experiencia vivida de los participantes. De este modo, la *epoché* se constituyó en un ejercicio continuo de vigilancia reflexiva, orientado a mantener una apertura interpretativa frente al fenómeno estudiado.

Asimismo, Finlay (2009) destaca que esta actitud no supone una neutralidad absoluta por parte del investigador, sino una conciencia reflexiva. La *epoché* obliga a las investigadoras a mantener una vigilancia constante sobre su propia posición, sus suposiciones teóricas y su influencia en el campo, con el fin de no limitar o distorsionar la expresión auténtica de la experiencia ajena, pues, al poner entre paréntesis los saberes previos, se busca abrir un espacio para la descripción pura del fenómeno tal como se da en la conciencia del sujeto.

Las manifestaciones de la experiencia vivida, que constituyen el conjunto de expresiones de la experiencia de los participantes, se obtuvieron a través de diversas fuentes, pues sí bien éstas, surgieron tanto de la interacción espontánea dentro del aula hospitalaria, durante las sesiones diseñadas para reflexionar y construir prácticas de autocuidado (momentos en los que dentro del espacio se acudía al diálogo), como de las estrategias

pedagógicas implementadas tales como actividades corporales, ejercicios narrativos, juegos de roles, entre otros.

Particularmente, estas vivencias se evidenciaron y registraron mediante la herramienta del sensómetro. Los sociocuidadores expresaban, a través del diligenciamiento del sensómetro, sus estados emocionales, niveles de cansancio y percepción del bienestar a lo largo de las sesiones.



Figura 1.

Diligenciamiento del sensómetro. Imagen tomada del archivo personal.

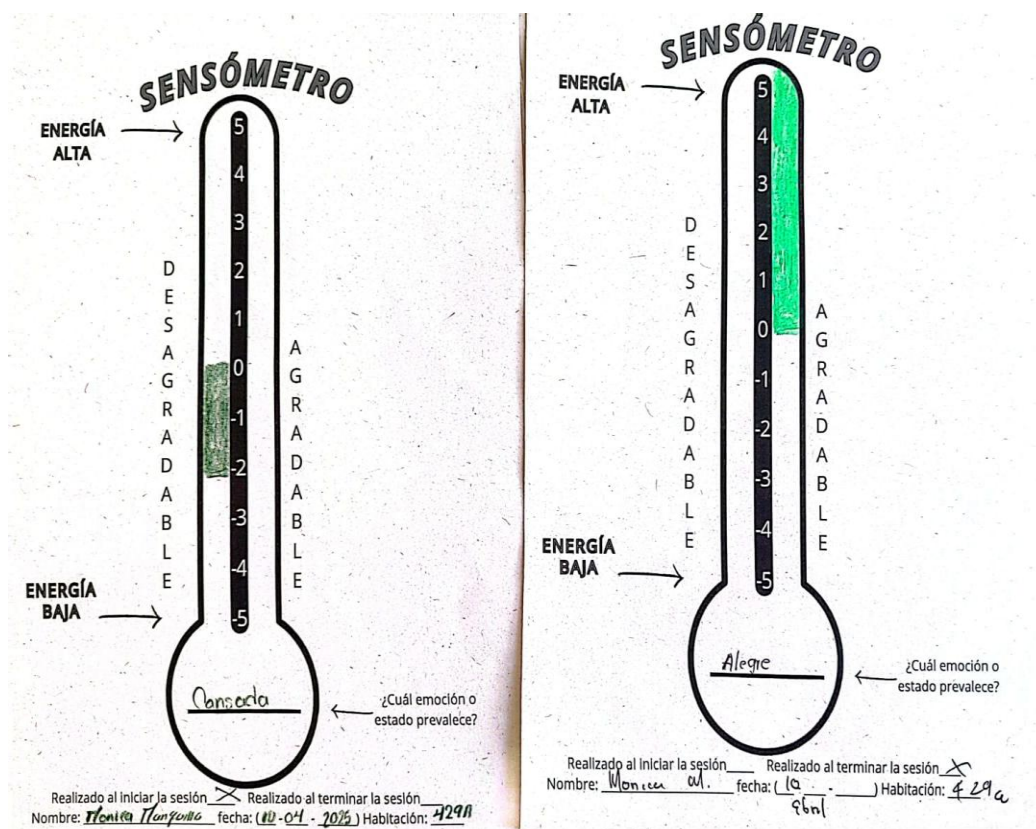


Figura 2.

Sensómetro diligenciado

Nota. La imagen muestra el ejemplo de cómo se ve un sensómetro diligenciado por una participante antes y después del desarrollo de la actividad. En la parte inferior de cada sensómetro se encuentra señalado el momento en el que fue registrado el estado de ánimo de la persona.

Este sensómetro pertenece a la actividad: Armonía Colectiva: Uniendo Mente, Cuerpo y Comunidad.

Imagen tomada de archivo personal (2025)

Esta expresión no solo era simbólica (al marcar o dibujar), sino que también se manifestaba de forma verbal o mediante su lenguaje corporal al momento de interactuar con el instrumento. En consecuencia, la totalidad de estas manifestaciones (verbales, gestuales, e incluso simbólicas por medio del dibujo, trazos, sonidos) fue tratada como datos significativos, ya que revelaban el modo auténtico en que los sociocuidadores vivencian su entorno y a sí mismos.

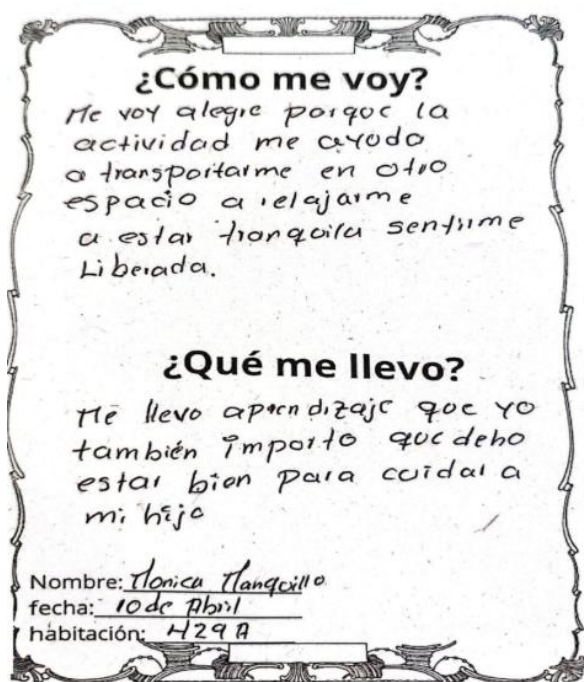


Figura 3

Narrativa

Nota. Esta imagen ejemplifica como se diligenció el instrumento narrativo una vez el desarrollo de la sesión terminaba. Este registro pertenece a la actividad Armonía Colectiva: Uniendo Mente, Cuerpo y Comunidad.

Imagen tomada de archivo personal (2025)

Finalmente, el enfoque fenomenológico también se alineó con la naturaleza formativa del proyecto. Para Van Manen (2016), la fenomenología posee un carácter pedagógico, pues permite comprender las experiencias humanas para enriquecer los procesos educativos y relacionales. Esto resultó coherente con la perspectiva de educación popular empleada en la intervención, ya que ambas comparten la búsqueda de sentido, la reflexión situada y el reconocimiento del sujeto como protagonista de su aprendizaje y transformación. La elección de esta metodología respondió a las necesidades éticas, humanas y pedagógicas del estudio.

Este enfoque permitió otorgar un lugar central a las voces de los sociocuidadores, reconociéndolos no sólo como informantes, sino como sujetos de experiencia que aportan saberes, comprensiones y prácticas que enriquecen los procesos educativos y de bienestar. El análisis fenomenológico posibilitó comprender cómo el cuidado afecta y transforma la vida emocional, corporal y comunitaria de quienes lo ejercen, dando cuenta de las implicaciones que esto tiene para su propio bienestar y el acompañamiento educativo de los menores.

De esta manera, el estudio se desarrolló en dos fases secuenciales y complementarias. La primera fase correspondió a la intervención y al trabajo de campo, entendidos como un proceso integrado, en el cual la intervención orientó la aplicación de las herramientas de recolección de información, en coherencia con los objetivos y el enfoque cualitativo de la investigación. La segunda fase se centró en el análisis de la información producida, a partir de un proceso sistemático de interpretación que permitió comprender los significados emergentes del trabajo de campo

A través de este diseño se desarrollaron dos fases interrelacionadas. La primera correspondió a la fase de intervención y trabajo de campo, orientada desde la perspectiva fenomenológica, en la cual se diseñaron e implementaron las estrategias pedagógicas y, de manera articulada, se produjeron las manifestaciones de la experiencia vivida de los sociocuidadores mediante diversas herramientas cualitativas. La segunda fase estuvo dedicada al análisis fenomenológico de la información producida durante el trabajo de campo, a través de un proceso sistemático de interpretación de los significados, sentidos y vivencias expresadas por los participantes.

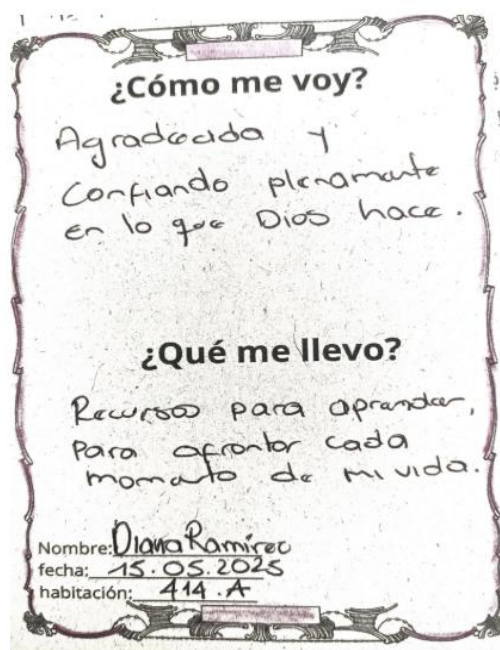


Figura 4. Narrativa.

Imagen tomada de archivo personal (2025)

Por lo anterior, en la primera fase y para ejecución de este proyecto se llevó a cabo la implementación de la metodología de intervención la Secuencia de Actividad Recreativa

Intensiva (SARI), propuesta por Mesa (2008), constituye una propuesta metodológica que puede ser implementada como un microproceso de intervención pedagógica mediada por la recreación guiada. Su objetivo principal es facilitar un diagnóstico participativo en diversos contextos educativos, comunitarios o institucionales, generando espacios que permitan a los participantes identificar sus capacidades, potencialidades e intereses tanto individuales como colectivos dentro de un ambiente de colaboración.

La metodología SARI se implementa a través de sesiones intensivas de corta duración, generalmente de hasta tres horas, aunque este tiempo puede ajustarse según el grupo participante y los objetivos planteados. Estas sesiones son dirigidas por profesionales en recreación u otros orientadores con experiencia en el manejo metodológico. Cada intervención se planifica teniendo en cuenta las condiciones del contexto, la edad de los participantes, sus características sociales y los objetivos definidos para la actividad.

La estructura metodológica se compone de cuatro momentos:

- **Apertura:** Se presenta el grupo, los objetivos y las técnicas lúdicas que orientarán la sesión.
- **Exploración:** Los participantes trabajan en pequeños grupos a partir de una pregunta generadora, realizando actividades creativas que faciliten la expresión y el reconocimiento colectivo.
- **Negociación:** Se promueve la toma de decisiones grupales respecto a los contenidos, diseño y elaboración de productos colaborativos.
- **Evaluación:** Se socializan los aprendizajes y experiencias desarrolladas durante la sesión, reflexionando sobre el proceso colectivo.

En el contexto específico de su aplicación desde la Licenciatura en Educación Popular y en un entorno hospitalario, esta secuencia ha sido adaptada a las necesidades particulares de cada intervención, integrando los enfoques diferencial, integral y multidimensional, cuyos enfoques se toman en cuenta para la creación de esta propuesta y de cada sesión.

- El momento de apertura respondió principalmente al enfoque diferencial, ya que permitió reconocer las particularidades socioculturales, emocionales y personales de cada participante. Este primer momento también se articula con lo que plantea Heinz von Foerster (1991) en su teoría de la cibernética de segundo orden, cuando afirma que *“al intervenir y escuchar las voces de los participantes, inevitablemente también somos intervenidos”*. Es decir, el proceso no solo impacta a los cuidadores y sus familias, sino que transforma a quienes acompañan y facilitan la experiencia, generando un intercambio recíproco que resignifica la práctica educativa.
- Durante la exploración, se incorpora el enfoque integral mediante actividades que invitan a la reflexión sobre las prácticas y formas de comunicación.
- El momento de la negociación hace posible el compartir experiencias y construir estrategias colaborativas desde un enfoque multidimensional, analizando además factores emocionales, sociales y económicos que afectan la salud familiar y la adaptación escolar.
- Finalmente, la evaluación permite presentar aprendizajes y compromisos, así como valorar participativamente el impacto de las sesiones, utilizando herramientas como el sensómetro y la narrativa escrita sobre el *“¿cómo me voy?, ¿qué me llevo?”*.

Aunque esta metodología parte de una lógica centrada en la interacción recreador–

recreando—contenidos, desde la perspectiva de la Licenciatura se reinterpreta bajo el marco educador—educando—contenidos, apoyándose en preguntas orientadoras y situaciones problémicas como recurso pedagógico. En este sentido, la SARI se convierte en un instrumento que facilita la exploración y reflexión sobre los campos de acción e influencia de los familiares en dichos procesos.

Cada uno de los momentos que componen la metodología responde a una lógica de participación, creatividad, reflexión y diálogo. La SARI no debe entenderse como un modelo cerrado, sino como una matriz metodológica abierta, lo cual implica que sus contenidos, técnicas, materiales y dinámicas deben adaptarse a las características del grupo y del contexto. Para su correcta implementación, por ellos, sugiere que los facilitadores comprendan el sentido de la intervención y eviten aplicar la estrategia de manera mecánica o estandarizada.

Además, ésta articula su desarrollo a partir de tres ejes transversales: el eje expresivo, relacionado con la forma en que los participantes comunican; el eje simbólico, que se refiere a cómo interpretan su realidad; y el eje pedagógico, vinculado a la construcción de aprendizajes significativos a partir de la experiencia. Estos ejes permiten que cada sesión represente una oportunidad para fortalecer vínculos sociales, fomentar la participación crítica y facilitar procesos de transformación a través de la recreación.

Este modelo, además de constituirse como una metodología socioeducativa y vivencial (Mesa, 2005, 2010, 2018), se configura como una herramienta para orientar procesos de intervención psicosocial, educativa y comunitaria. Se fundamenta en la Educación Popular, la investigación cualitativa participativa y la pedagogía del encuentro, y propone un proceso

cíclico que favorece el aprendizaje, la toma de conciencia y la transformación tanto personal como colectiva.

En este sentido, SARI no solo orienta la acción educativa o terapéutica, sino que se consolida como una estrategia de investigación-intervención, en tanto posibilita la construcción de conocimiento a partir de la experiencia, promueve la reflexión crítica y propicia procesos de cambio en los participantes.

A continuación, se presenta una tabla que resume los principales aspectos del desarrollo de las actividades, incluyendo los temas abordados y la población involucrada (Para más información sobre éstas, ilustraciones, narrativas y/o respuestas recolectadas mediante los instrumentos, revisa Apéndices - Anexos C y D)

Desarrollo de actividades		
Fecha Título de la sesión	Acontecimiento Población atendida	Aspectos e impactos de la sesión
25-Marzo- 2025 <i>Círculo de</i> <i>cuidado</i> <i>integral</i>	La intervención contó con la participación de 8 sociocuidadores (2 hombres y 6 mujeres) Abordó temas esenciales de autocuidado: descanso, sueño reparador, higiene personal y atención médica preventiva. La metodología incluyó una actividad rompehielos, el diligenciamiento inicial del sensómetro y una reflexión individual para	El impacto se evidenció en la regulación emocional y el fortalecimiento de las redes de apoyo. Se observó una transformación en la corporalidad y el ánimo de los participantes, quienes mostraron alivio y consuelo tras la tensión inicial. Un aspecto crucial fue la toma de conciencia de que la

	reconocer la dimensión diferencial. La exploración se centró en la lectura del cuento "Pepito y el círculo invisible", que ilustraba el impacto del desbalance en el autocuidado. En la fase de negociación, los participantes crearon estrategias prácticas; y en la evaluación final, registraron su estado y aprendizajes en el sensómetro y el cartel "Qué me llevo y cómo me voy".	falta de balance en el autocuidado repercute de manera no favorable en el proceso adaptativo escolar y emocional del niño, niña o adolescente a su cargo, afectando su relación con ellos. La intervención también visibilizó la necesidad de acompañamiento interdisciplinario con profesionales de psicología y trabajo social
03-abril 2025 <i>La danza del sol</i>	Esta sesión tuvo como participantes, una cantidad de 8 sociocuidadores (7 mujeres y 1 hombre), centrándose en la gestión del estrés y la expresión de emociones. Este espacio tras proponerse como actividad una danza emocional, lo cual consistió en trabajar a partir de diferentes ritmos musicales, los participantes bailaron al ritmo de diez estilos de música colombiana y, al finalizar, graficaron las sensaciones experimentadas en las espaldas de sus compañeros, registrando así su respuesta corporal y emocional. El diálogo posterior se dedicó al intercambio de prácticas de autocuidado que los cuidadores ya realizaban (ejercicio, yoga, canto), evidenciando la diversidad de trayectorias.	El mayor impacto fue la facilitación de la expresión para los sociocuidadores tímidos o reservados, quienes lograron manifestarse a través de la vía escrita y corporal. La hoja de ritmos utilizada se convirtió en un símbolo de pertenencia y validación para el grupo. La dinámica demostró que los participantes construyen colectivamente conocimiento.

10-abril 2025 <i>Armonía colectiva: uniendo mente, cuerpo y comunidad</i>	La intervención obtuvo 8 sociocuidadores participantes (7 mujeres y 1 hombre). Ésta, se centró en la conexión mente-cuerpo-comunidad a través de la exploración sensorial y lúdica. La metodología inició con ejercicios de relajación y respiración consciente, generando calma y disposición. Luego, pasó a la fase sensorial, donde se ofrecieron materiales para tocar, oler, saborear y escuchar, despertando recuerdos de infancia y momentos familiares en varios participantes. La sesión culminó con una dinámica grupal lúdica donde los equipos debían "vender" los materiales, inventando usos inusuales y presentándolos al grupo.	El mayor impacto fue la capacidad del trabajo sensorial y lúdico para liberar emociones y otorgar protagonismo a los cuidadores que inicialmente se mostraron más tímidos y reservados, quienes lideraron la actividad y generaron euforia en el grupo. Se observó un fortalecimiento de la creatividad, la comunicación y el liderazgo espontáneo. La atmósfera se transformó de silencio a complicidad y alegría. La solicitud de los sociocuidadores de prolongar la sesión demostró el valor y bienestar que estos espacios les generan.
29 de abril 2025 <i>El tejido del bienestar familiar y escolar</i>	Este encuentro se llevó a cabo con un acompañamiento de 6 sociocuidadores (cinco mujeres y un hombre). La sesión empleó la metáfora del tejido con lana para reflexionar sobre el autocuidado y su impacto en la vida escolar de los niños. La sesión inició con una ronda de presentación y la introducción de la dinámica del tejido, donde, mientras manipulaban la lana, los participantes respondían preguntas sobre el	El mayor impacto de esta actividad radicó en la capacidad de las sociocuidadoras para reconocer y visibilizar redes de apoyo que previamente no habían identificado en el entorno hospitalario (tales como enfermeras y otros acompañantes). Este hallazgo fue particularmente significativo, ya que una de las sociocuidadoras manifestó sentir una disminución en su

	significado de cuidar al cuidador. Durante esta actividad, varias madres expresaron su agotamiento físico y emocional, y una cuidadora verbalizó su ansiedad y falta de apoyo. Este momento de vulnerabilidad permitió un espacio de escucha y contención inmediata. El proceso continuó con la construcción del tejido colectivo, durante el cual compartieron prácticas de autocuidado (caminar, leer, rezar) y finalizaron comprometiéndose a realizar algunas de ellas juntos, fortaleciendo el vínculo comunitario.	ansiedad tras este reconocimiento de la red de apoyo. La sesión logró que las participantes pasaran de la verbalización del agotamiento a la construcción de compromisos concretos de acompañamiento mutuo. Este proceso no solo fortaleció la red de apoyo, sino que cerró con un ambiente de gratitud y esperanza, consolidando un profundo sentido de pertenencia y comunidad.
08-mayo 2025 <i>El eco de las palabras</i>	La quinta sesión tuvo una participación de 9 sociocuidadores (7 mujeres y 2 hombres) y se orientó a sensibilizar sobre comunicación asertiva, límites respetuosos y transformación de violencias generacionales. La intervención se caracterizó por la gran disposición de los participantes al transformar las violencias heredadas de su infancia. La discusión abordó cómo la comunicación influye en la adaptación escolar y emocional de los niños, y el reto de la crianza respetuosa con adolescentes. La actividad colectiva fue la construcción de un cuento sobre	El impacto se centró en la toma de conciencia sobre cómo sus propias experiencias de infancia y las violencias heredadas impactan su crianza actual. Hubo una notable apertura a transformar dichas prácticas. Se fortaleció la mirada que hay puesta frente a la importancia de la comunicación respetuosa no solo hacia los hijos, sino también entre la pareja de sociocuidadores. Los participantes comprendieron que nutrir el vínculo a través del diálogo favorece

	salud familiar, donde definieron factores que la afectan (economía, vida sentimental, laboral, etc.). La sesión culminó con una representación teatral cómica de diferentes estilos de cuidadores, generando identificación y reflexión entre los participantes.	significativamente la adaptación escolar y el bienestar emocional de los niños a su cargo.
15-mayo 2025 <i>Donde la palabra abraza</i>	Esta intervención contó con con 8 sociocuidadoras, enfocándose en comunicación asertiva y límites sanos en la convivencia. Se propuso una dinámica en dos equipos: uno representaba una escena congelada de comunicación no asertiva (incluyendo el uso del celular), y el otro equipo debía intervenir físicamente para transformar la situación en una interacción positiva. Esta actividad llevó a una conversación profunda sobre la coherencia del adulto, ya que inicialmente enfocaron la discusión sólo en el mal uso del celular por parte de los niños, sin percibir su propio ejemplo. Se discutió la necesidad de comunicarse a la altura del niño (agacharse o sentarse), la importancia del ejemplo del adulto en la vida de los infantes y la necesidad	El impacto se centró en visibilizar la falta de correspondencia entre lo que las sociocuidadores exigían a otros y el ejemplo que ofrecían con su comportamiento (particularmente el uso del celular), un tema que fue eje central de la intervención. Comprendieron que la comunicación no es sólo verbal, sino también corporal y ejemplar. La sesión nutrió la idea de que los límites sanos requieren claridad, respeto y coherencia. La dinámica de transformación demostró que mediante el diálogo y la asertividad, las escenas conflictivas pueden convertirse en interacciones positivas, lo que beneficia directamente la convivencia familiar.

	de establecer reglas claras involucrando a toda la familia.	
29-mayo 2025 <i>Tiempo para mis sonidos y silencios</i>	Este encuentro tuvo una asistencia de 8 sociocuidadoras, centrándose en el equilibrio de la vida personal y social. La sesión inició con una dinámica rompehielos de charadas sobre prácticas de autocuidado. La actividad central consistió en la elaboración de un horario semanal de la rutina hospitalaria, lo que reveló un hallazgo crucial: las cuidadoras descansan más en la clínica que en casa debido a la constante carga doméstica. Esto generó un debate sobre el rol tradicional de la mujer y la consecuente invisibilización del autocuidado. La sesión finalizó con la creación colectiva de un repertorio de estrategias de relajación (pausas, oraciones) para fortalecer la red de apoyo mutuo.	El impacto primó en el reconocimiento de la sobrecarga de género y la invisibilidad del autocuidado en su vida diaria. La reflexión grupal fue clave para cuestionar mandatos culturales y consolidar la valoración del tiempo propio como necesario. La construcción colectiva de un repertorio de prácticas fortaleció la red de apoyo, dejando la convicción de que cuidarse a sí mismas es un requisito fundamental para poder sostener el cuidado hacia los otros.

3.1 Recolección de información. Técnicas e instrumentos de investigación

Sensómetro. Como recurso para agrupar la información acerca del estado con el que los socio-cuidadores llegaban al espacio de encuentro y el estado emocional con el que finalizaban , se construyó el sensómetro. Este recurso , aunque fue diseñado por las autoras del proyecto de intervención, tomó como base las emociones representadas en el medidor de emociones propuesto por Marc Brackett (2000), quien co-diseñó el *Mood Meter* o Medidor Emocional como parte del desarrollo del enfoque RULER. Éste, es un modelo de desarrollo de la inteligencia emocional, el acrónimo representa cinco habilidades clave para reconocer, comprender y manejar las emociones de forma efectiva. Cada letra tiene el siguiente significado: R – *Recognizing* emotions (Reconocer las emociones), U – *Understanding* emotions (Entender las emociones), L – *Labeling* emotions (Nombrar las emociones), E – *Expressing* emotions (Expresar las emociones), R – *Regulating* emotions (Regular las emociones)

Este enfoque se utiliza ampliamente en contextos educativos, laborales y terapéuticos para fortalecer la inteligencia emocional y crear entornos más empáticos, respetuosos y productivos. Así pues, siendo este enfoque desarrollado en el *Yale Center for Emotional Intelligence* y, posteriormente en 2013 habiéndose lanzado la primera versión digital del medidor, co-creada junto a Robin Stern y el laboratorio HopeLab, con la publicación de la *Mood Meter App*, busca que, como herramienta promueva y permitir a las personas identificar cómo se sienten y ponerle nombre a sus emociones. El medidor emocional se presenta en forma de gráfica que distribuye las emociones en cuatro cuadrantes:

- **Amarillo:** Alto nivel de energía y alto nivel de satisfacción. Aquí se encuentran emociones como la felicidad, el entusiasmo, el optimismo, la alegría, la inspiración y

la esperanza.

- **Verde:** Bajo nivel de energía y alto nivel de satisfacción. En este cuadrante se agrupan emociones como la serenidad, la paz, la gratitud y la contemplación.
- **Azul:** Bajo nivel de energía y bajo nivel de satisfacción. Las emociones en esta área incluyen la tristeza, la depresión, la nostalgia, la melancolía, la preocupación y la angustia.
- **Rojo:** Alto nivel de energía y bajo nivel de satisfacción. Este cuadrante contiene emociones como el enojo, la ira, la traición, la furia, el miedo y el pánico.

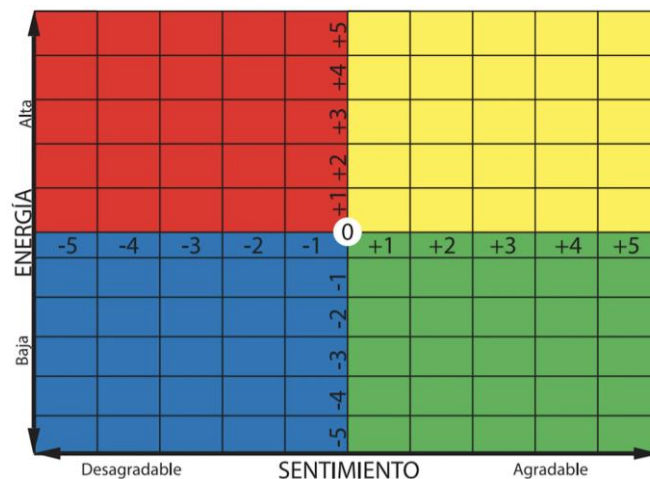


Figura 5. “Tabla de emociones”

Nota. Adaptado de El medidor emocional por Bienestar con ciencia. (2021, 9 de marzo).

<https://bienestarconciencia.me/2021/03/09/el-medidor-emocional/>

Para utilizar el medidor emocional, Marc Brackett invita a reflexionar sobre el nivel de energía y el nivel de satisfacción. De esta manera, se puede ubicar la emoción en el cuadrante que combina ambas variables, lo que facilita el reconocimiento y la denominación de la emoción experimentada en cada momento. Este proceso es fundamental para el

desarrollo de la inteligencia emocional.

IRA	PÁNICO	ESTRESADO	AGITADO	CONMOCIONADO	SORPRENDIDO	EXITADO	FESTIVO	DICHOSO	EUFÓRICO
CON COLERA	FURIOSO	FRUSTADO	TENSO	ATURDIDO	NERVIOSO	ALEGRE	MOTIVADO	INSPIRADO	EXALTADO
ENFURECIDO	ATEMORIZADO	ENOJADO	NERVIOSO	INQUIETO	ENERGETICO	ANIMADO	ENTUSIASTA	OPTIMISTA	EMOCIONADO
ANSIOSO	APRENSIVO	PREOCUPADO	IRRITADO	MOLESTO	COMPLACIDO	FELIZ	ESPERANZADO	ORGULLOSO	ENCANTADO
DISGUSTADO	IRRACIBLE	ALARMADO	DESASOSEGADO	TOCADO	AGRADABLE	JUBILOSO	CONCENTRADO	A GUSTO	POSITIVO
DISGUSTADO	SOMBRIO	DECEPCIONADO	DECAIDO	APATICO	CAPAZ	CÓMODO	COMPLACIDO	AMOROSO	PLENO
NEGATIVO	MALHUMORADO	DESALENTADO	TRISTE	ABURRIDO	CALMADO	SEGURO	SATISFECHO	AGRADECIDO	CONMOVIDO
AISLADO	MISERABLE	SOLITARIO	DESCORAZONADO	CANSADO	RELAJADO	TRANQUILO	SOSEGADO	AFORTUNADO	EQUILIBRADO
ABATIDO	DEPRIMIDO	SIN GANAS	EXHAUSTO	FATIGADO	APACIBLE	PENSATIVO	PACÍFICO	CONFORTABLE	DESPREOCUPADO
DESESPERADO	DESESPERANZADO	DESOLADO	DEVASTADO	AGOTADO	SOMNOLIENTO	COMPLACIDO	TRANQUILO	QUERIDO	SERENO

Figura 6. “Medidor emocional”

*Nota. Adaptado de El medidor emocional por Bienestar con ciencia. (2021, 9 de marzo).
<https://bienestarconciencia.me/2021/03/09/el-medidor-emocional/>*

Ahora bien, una vez se comprende cuál fue la base para identificar, nombrar y saber qué emociones trabajar según la energía y el sentimiento, se diseñó el sensómetro, instrumento que los sociocuidadores manipulan para plasmar cómo se sienten al llegar y cómo se sienten al terminar la sesión de la cual son partícipes. Siguiendo las indicaciones que señala el medidor de las emociones, diligencian el sensómetro. Por ejemplo, si un sociocuidador se encontraba exhausto, cuya elección corresponde a los recuadros azules (de energía baja y emoción desagradable), debía, haciendo uso de un color de su preferencia, rellenar el lado izquierdo desde el cero hacia abajo, el número hasta el cual llegaba lo elegía él o ella según percibía la intensidad. Sin embargo, todas como requisito mínimo debían desplazarse del cero, no podía quedar solo allí. Esto se fundamenta en que, tras la existencia de una emoción presente, se presentan acciones evocadas por la misma; por lo tanto, asegurar que una emoción pueda estar en cero sin causar efecto o impacto alguno en la rutina diaria es descartable.

Esta postura es coherente con lo planteado por autores como Antonio Damasio (1994), neurocientífico que en su libro *El error de Descartes* expone que las emociones son fundamentales para la vida cotidiana y afectan profundamente nuestras decisiones y comportamientos, haciendo imposible que no influyan en el día a día. De igual manera, Brackett (2019), en su trabajo sobre inteligencia emocional y el enfoque RULER, enfatiza que las emociones tienen un impacto constante en cómo las personas piensan, sienten y actúan, afectando su rutina y relaciones.

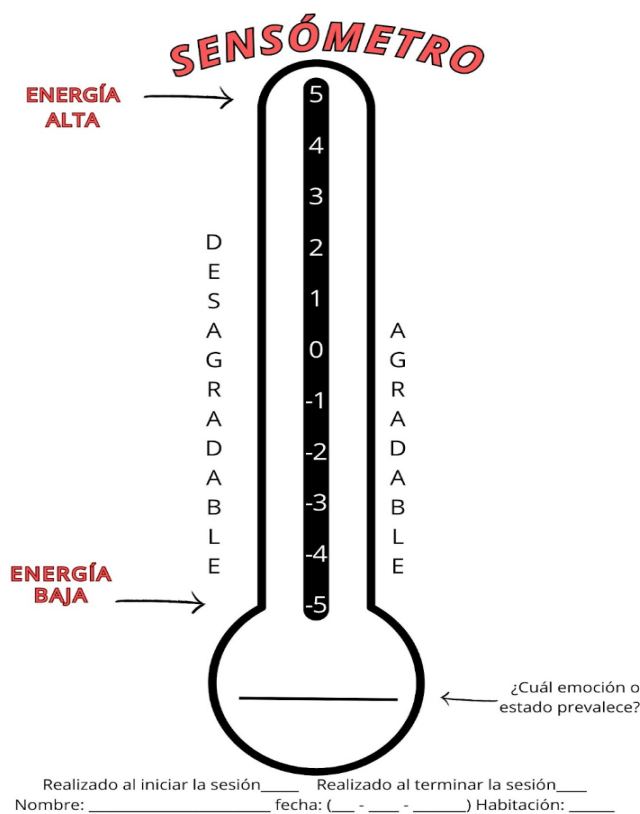


Figura 7. Sensómetro. Fuente: Elaboración propia (2025)

Por otra parte, una vez se diligencia esta parte del sensómetro, los participantes deberán señalar sobre la línea qué emoción escogieron ya que fue la que prevaleció y llenan los datos que aparecen en la parte inferior del sensómetro, tales como si fue realizado al iniciar o al

finalizar la sesión, el nombre, la fecha del día en que lo realiza y en número de la habitación en la cual está hospedado acompañando a su cuidando a cargo.

3.1.2 Entrevista

La entrevista semiestructuradas, es una técnica utilizada en la metodología cualitativa debido a su flexibilidad y su capacidad para generar información propia y contextualizada del espacio y momento. La entrevista, entendida como una conversación con un propósito definido más allá del simple intercambio, permitió establecer una comunicación interpersonal directa entre el equipo investigador y los participantes. Según (Canales Cerón, 2006) , este diálogo estuvo orientado a obtener respuestas que abordaran las interrogantes planteadas sobre el problema de estudio, lo que la convirtió en una herramienta clave para profundizar en las experiencias, percepciones y necesidades de los sociocuidadores.

Las entrevistas semi-estructuradas presentaron la ventaja de combinar preguntas previamente diseñadas con la posibilidad de ajustarlas en función de las respuestas de cada entrevistado. Esto facilitó la adaptación a las particularidades de cada sujeto, permitiendo aclarar términos, identificar posibles ambigüedades y crear un ambiente de confianza que fomentara la participación de los sociocuidadores. Como lo señalaron Díaz-Bravo, Torruco-García, Martínez-Hernández y Varela-Ruiz (2013) en su obra *La entrevista, recurso flexible y dinámico*, la entrevista constituyó una herramienta clave que podía complementarse con el uso de estímulos adicionales como materiales visuales para enriquecer la información recolectada y abordar con mayor profundidad la pregunta central de la investigación.

Además de las entrevistas, se emplearon otros recursos para corroborar la información obtenida, tales como la observación directa y los diarios de campo. Este último instrumento permitió registrar detalles que, en el momento del análisis, facilitaron la contrastación entre lo

expresado previamente al desarrollo del proyecto y lo que efectivamente ocurrió durante las sesiones, en relación con las temáticas abordadas, las muestras y los resultados obtenidos en cada intervención.

3.1.3 Encuesta

La encuesta es una técnica estructurada de recolección de datos que permite obtener información cuantificable sobre actitudes, opiniones, comportamientos o características de una población, mediante la aplicación de un cuestionario estandarizado. Según Hernández, Fernández y Baptista (2010), su principal utilidad radica en su capacidad para recopilar datos de grandes grupos de personas de forma rápida, eficiente y sistemática, facilitando así el análisis estadístico y la generalización de los resultados. Además, Arias (2006) resalta que esta técnica no solo permite conocer lo que las personas piensan o hacen en relación con un objeto de estudio, sino también identificar tendencias, necesidades y patrones que pueden guiar la toma de decisiones en contextos académicos, sociales o institucionales. Gracias a su versatilidad y aplicabilidad, la encuesta se ha consolidado como una herramienta clave en los procesos investigativos, particularmente cuando se requiere una visión generalizable de la realidad a partir de una muestra representativa.

Las cinco encuestas realizadas al finalizar el desarrollo del proyecto permitieron identificar y contrarrestar qué impactos asociados a los objetivos se habían alcanzado, así como analizar de qué manera influyeron las sesiones en cada sociocuidador según la cantidad de sesiones a las que pudieron asistir. Es decir, se recogieron datos sobre el impacto en el bienestar de los participantes, comparando a quienes asistieron más con aquellos que participaron o asistieron menos. Además, las encuestas aplicadas a los niños, niñas, adolescentes a cargo de los participantes permitieron corroborar los efectos en las relaciones

entre ellos y sus cuidados, cuyo vínculo se buscaba impactar. Esto, se debió a que el proyecto buscó que, a través de las prácticas de autocuidado, se mejorará el bienestar de los sociocuidadores, lo cual impactaría positivamente en la adaptación del niño en su proceso escolar, emocional y social, ya que el bienestar del sociocuidador influye directamente en el bienestar del paciente.

Por otra parte, también se encuestó a los docentes hospitalarios de los pacientes y a los pacientes. Con estas encuestas se buscó identificar los impactos en los procesos educativos en los que ellos participaban, así como en la relación entre sociocuidador y paciente en dichos contextos.

3.1.4 Diarios de campo

El diario de campo es la herramienta que permite transformar la experiencia vivida en datos científicos, actuando como un puente entre la práctica pedagógica y la teoría. Es por ello que en esta investigación, su función principal es captar la subjetividad y los significados que los sociocuidadores otorgan a su realidad, permitiendo registrar gestos, silencios y emociones que otros instrumentos omiten.

Al respecto, Bonilla-Castro y Rodríguez (2005) señalan que el diario de campo es un instrumento de reflexión crítica que permite procesar la información de manera continua, facilitando que el investigador identifique tensiones y patrones en la realidad observada y, a su vez, Martínez (2007) resalta que este recurso es vital para documentar la riqueza de la cotidianidad, permitiendo que el análisis no sea una simple descripción de hechos, sino una interpretación simplificada de la experiencia humana. De esta manera, estos autores sustentan que los diarios de campo para el desarrollo de este estudio, resultan siendo una de las bases para identificar las prácticas de autocuidado y comprender cómo las barreras sociales afectan

el bienestar de los sociocuidadores en el contexto hospitalario. Asimismo, permiten analizar cómo dicha dinámica influye en la adaptación de los niños, niñas y adolescentes dentro de sus trayectorias educativas.

3.1.5 Narrativas

“¿Qué se gana y qué se pierde, cuando los seres humanos dan sentido al mundo contando historias sobre el mismo, usando el modo narrativo de construir la realidad?” (Bruner, 1997). Esta pregunta orienta la comprensión del valor que tienen las narrativas en contextos donde la experiencia humana se convierte en fuente clave de conocimiento. Por ello, dentro de los instrumentos utilizados para recolectar datos sobre cómo se sentían los sociocuidadores al finalizar cada sesión y qué aprendizajes o reflexiones se llevaban a partir de las prácticas de autocuidado que se construyeron de manera colectiva mediante preguntas generadoras, se dio paso al uso de la narrativa. Esta decisión se fundamenta en la observación realizada durante entrevistas previas al desarrollo del proyecto y espacios compartidos en el aula hospitalaria, donde se evidenció que algunos sociocuidadores se sentían más cómodos expresándose de forma oral, mientras que otros preferían hacerlo por escrito.

Considerando esta diversidad comunicativa, se optó por recoger relatos personales y testimonios como forma de construir memorias que nos permitieran comprender de manera más profunda cómo vivieron la experiencia, qué emociones afloraron, y cómo percibían su propio bienestar al cierre de cada sesión.

Tal como sostienen Clandinin y Connelly (2000), la narrativa no solo es una forma válida de recoger datos, sino un medio poderoso para acceder al significado que las personas le otorgan a sus vivencias, permitiendo analizar impactos a partir de las historias que emergen en contexto. En esta línea, el relato se convierte en una herramienta de análisis que, al ser

contrastada con las observaciones recogidas durante las actividades y con los estados emocionales al inicio de cada encuentro, enriquece la comprensión del proceso vivido por los participantes.

3.1.6 Diploma

Como instrumento de participación, elaboramos un diploma que llevó por título el nombre del presente proyecto de intervención. Este reconocimiento simbólico no solo destacó la participación activa de los sociocuidadores, sino que también valoró su compromiso en la construcción colectiva de estrategias de autocuidado y fortalecimiento emocional.

3.1.7 Consentimientos informados

Por otra parte, también se firmaron consentimientos informados por parte de los participantes, los cuales autorizaron la realización de entrevistas, la aplicación de encuestas y la toma de fotografías durante el proceso de intervención. Este procedimiento aseguró el respeto por la autonomía, la confidencialidad y los derechos de los sociocuidadores, en concordancia con los principios éticos que rigen la investigación con seres humanos.

3.2 Procedimiento de análisis

El análisis de la información se realizó mediante el uso de Taguette, un software de análisis cualitativo asistido por computador (CAQDAS, por sus siglas en inglés: *Computer-Assisted Qualitative Data Analysis Software*), que permitió sistematizar las narrativas obtenidas en los diarios de campo, entrevistas y registros de las siete sesiones de intervención. Este recurso facilitó la codificación abierta y axial de los datos, permitiendo

identificar categorías emergentes que reflejaron los sentidos construidos por los participantes en torno al autocuidado, las prácticas educativas, la salud familiar y los procesos adaptativos.

En una primera fase, los documentos fueron cargados al programa y se realizó una lectura comprensiva y reiterada de cada uno, subrayando fragmentos claves relacionados con las experiencias, emociones y reflexiones de los sociocuidadores. A partir de estos fragmentos, se generaron códigos iniciales que representaban ideas recurrentes o expresiones relevantes que respondían, afirmaban o, en su defecto, negaban las hipótesis e ideas planteadas. Estos códigos, que surgieron tanto de manera inductiva desde los testimonios como de forma deductiva a partir de los objetivos de la investigación, se agruparon progresivamente en categorías analíticas más amplias: *autocuidado físico y emocional, prácticas educativas y reflexivas, redes de apoyo afectivas, impactos en el proceso educativo y adaptativo del menor e interdisciplinariedad*.

La herramienta permitió asociar cada cita codificada con memos analíticos, donde se registraron las interpretaciones teóricas y reflexivas que emergían durante el proceso haciendo de esta etapa, una articulación de la mirada empírica con el marco conceptual de la investigación, logrando un diálogo constante entre los datos y la teoría. Por ejemplo, las narrativas sobre la expresión corporal y emocional se interpretaron a la luz de autores como Vygotsky (1978) y Bruner (1991), quienes destacan la mediación simbólica y social en la construcción del conocimiento, mientras que las categorías sobre redes de apoyo se vincularon con enfoques de bienestar comunitario y educación popular.

En una segunda fase, se realizó la triangulación de fuentes y categorías, integrando la información proveniente de los diferentes instrumentos (entrevistas, diarios de campo, registros de observación, datos recogidos a través de sensómetros y narrativas) con las

reflexiones de las sesiones y las interpretaciones teóricas. Este proceso contrastó coincidencias, matices y tensiones entre los relatos de los sociocuidadores y las observaciones de campo, fortaleciendo la validez interna del análisis.

De esta manera, el análisis no se limitó a clasificar información, sino que posibilitó construir sentido conjuntamente, visibilizando cómo las prácticas de autocuidado, las redes de apoyo y las dinámicas familiares inciden en el bienestar integral y en los procesos educativos de los niños, niñas y adolescentes a su cargo.

Como parte del proceso de sistematización y visualización de resultados, la información codificada fue exportada y organizada en una tabla dinámica, que permitió identificar la frecuencia y recurrencia de las categorías emergentes a partir de los diferentes documentos analizados anteriormente mencionados. Esta tabla no tuvo un propósito estadístico en sentido estricto, sino interpretativo y comparativo, ya que posibilitó observar cuáles dimensiones del autocuidado, la participación o las redes de apoyo se manifestaron con mayor intensidad en las experiencias relatadas. De este modo, la tabla sirvió como un recurso de síntesis visual para evidenciar patrones, contrastes y relaciones entre categorías, manteniendo la coherencia epistemológica del enfoque cualitativo y el respeto por la singularidad de cada narrativa. Así, la cuantificación de apariciones funcionó como un medio de triangulación complementaria, ayudando a fortalecer la comprensión integral del proceso vivido por los cuidadores sin reducir su complejidad humana ni el carácter interpretativo del análisis.

Categoría (Conceptos analíticos)	Dimensiones y/ o subcategorías	Frecuencia encontrada en los diferentes elementos de recolección. (Entrevistas, diarios de campo)
AUTOCUIDADO FÍSICO Y EMOCIONAL	-Descanso y sueño reparador. -Higiene personal. -Atención médica preventiva -Gestión del estrés. -Expresión de emociones. -Prácticas de relajación -Participación en actividades socioculturales	50

IMPACTOS EN EL PROCESO EDUCATIVO Y ADAPTATIVO DEL NIÑO	-Señales de impacto no favorables en la adaptación escolar de los estudiantes -Niveles de desempeño formativo -Pocas habilidades socioemocionales de los niños en función del cuidador - Salud familiar - No comunicación entre el sociocuidador y el estudiante -Modos de comunicación asertivos	20
PRÁCTICAS EDUCATIVAS Y REFLEXIVAS REDES DE APOYO AFECTIVAS	-Límites sanos -Equilibrio entre vida social y personal -Manejo de conflictos en las relaciones interpersonales	30

La tabla presentada sintetiza las categorías analíticas, dimensiones y frecuencias emergentes del proceso de codificación realizado con el software Taguette, a partir de los diferentes instrumentos de recolección de información (entrevistas, diarios de campo y otros registros cualitativos). Como se mencionó anteriormente, estas frecuencias no deben interpretarse como indicadores estadísticos, sino como referentes de recurrencia discursiva que permiten identificar énfasis, tensiones y patrones significativos en las narrativas de los participantes.

En primer lugar, la categoría autocuidado físico y emocional presenta la mayor frecuencia de aparición (50 referencias), lo que evidencia que este eje ocupa un lugar central en las experiencias relatadas por los cuidadores. Las dimensiones asociadas como: el descanso y sueño reparador, la higiene personal, la atención médica preventiva, la gestión del estrés, la expresión emocional, las prácticas de relajación y la participación en actividades socioculturales, dan cuenta de una comprensión amplia del autocuidado, que trasciende lo corporal y se articula con el bienestar emocional y relacional. La alta recurrencia de esta categoría sugiere que los sociocuidadores reconocen el autocuidado como una necesidad constante, pero también como un desafío atravesado por las exigencias del rol de cuidado.

En segundo lugar, la categoría Impactos en el proceso educativo y adaptativo del niño registra una frecuencia menor (20 referencias), las subcategorías asociadas: señales de adaptación escolar no favorables, bajo rendimiento académico, limitadas habilidades socioemocionales en función del cuidador, salud familiar, falta de comunicación entre el sociocuidador y el estudiante y modos de comunicación asertivos, permiten dar cuenta de las principales afectaciones identificadas en los procesos escolares y adaptativos de los niños. A partir de los relatos analizados, se evidencian dificultades persistentes en la adaptación al

entorno educativo, en el desempeño académico y en el desarrollo de habilidades socioemocionales, las cuales se encuentran atravesadas por las dinámicas familiares y las condiciones de acompañamiento presentes en el entorno del cuidado. Asimismo, la reiterada mención de la falta de comunicación entre el adulto cuidador y el niño, junto con las referencias a la salud familiar, permite comprender cómo estos factores inciden en la experiencia escolar y en la manera en que los niños enfrentan los retos emocionales y sociales propios del contexto educativo. De este modo, la categoría sintetiza los principales impactos observados en el proceso educativo y adaptativo, sin establecer relaciones causales, pero visibilizando patrones recurrentes en las experiencias narradas.

La categoría Prácticas educativas y reflexivas, con una frecuencia intermedia (30 referencias), destaca la importancia de los recursos relacionales y pedagógicos que los cuidadores movilizan en su cotidianidad. Dimensiones como las redes de apoyo afectivas, el establecimiento de límites sanos, el equilibrio entre la vida social y personal, y el manejo de conflictos en las relaciones interpersonales reflejan procesos de reflexión consciente sobre el rol de cuidado. Estas prácticas no solo funcionan como estrategias de contención y organización familiar, sino también como mecanismos de protección emocional tanto para el cuidador como para el niño.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y ANÁLISIS

4.1 Visibilización de las necesidades socioemocionales y físicas de los sociocuidadores pediátricos

El presente apartado propone visibilizar las necesidades socioemocionales y físicas de los sociocuidadores pediátricos, analizando cómo estas dimensiones impactan en el acompañamiento educativo y adaptativo de niños, niñas y adolescentes en el aula hospitalaria de un hospital privado de la ciudad de Cali durante el año 2025.

El ejercicio del cuidado en este contexto supone enfrentar tensiones derivadas de la incertidumbre, las cargas emocionales y las limitaciones materiales. Tales condiciones no solo marcan la trayectoria vital de los sociocuidadores, sino que también condicionan las posibilidades de los menores para mantener su vinculación con el aprendizaje y adaptarse a un entorno educativo atravesado por la enfermedad. Por lo tanto, este análisis responde al primer objetivo específico del estudio “visibilizar las necesidades socioemocionales y físicas de los sociocuidadores”, comprendiendo que su estado de bienestar es el soporte sobre el cual se construyen los procesos formativos en el aula hospitalaria.

La información aquí presentada surge de la integración de voces de hombres y mujeres entre los 26 y 45 años, provenientes de distintos territorios del suroccidente colombiano como el Valle del Cauca, Nariño, Cauca, entre otros. Los datos obtenidos mediante entrevistas, encuestas y diarios de campo permitieron reconstruir las experiencias y significados asociados al acto de cuidar, revelando la centralidad del bienestar físico y emocional como condición para sostener la educación.

4.1.2 El impacto de la carga socioemocional: la interdependencia entre el sociocuidador y estudiante

La visibilización emocional de los sociocuidadores revela que sus estados de ánimo no son procesos aislados, sino que tienen un eco inmediato en quienes cuidan. Con una sensibilidad propia de la infancia, los menores logran captar gestos, tonos de voz y actitudes cotidianas que modelan su disposición frente al aprendizaje, lo que confirma que el desarrollo se construye en interacción con otros significativos, como lo plantea Lev Vygotsky (2001).

En los registros del diario de campo #4 (2025)², las participantes manifestaron desconocer el concepto de autocuidado, expresando que su atención está volcada exclusivamente en el hijo/a hospitalizado. Esta anulación del bienestar personal puede comprenderse, a la luz del modelo PERMA de Martin Seligman (2011), como una afectación en dimensiones fundamentales del bienestar, particularmente en la construcción de emociones positivas, el sentido personal y el equilibrio en las relaciones, lo que limita la capacidad del sociocuidador para sostenerse a sí mismo en medio de la exigencia del contexto hospitalario. A su vez, el agotamiento emocional no solo se expresa a nivel subjetivo, sino también en la corporalidad, pues, según lo registrado en diario de campo #2 (2025)³, se identificó que el agotamiento emocional se manifiesta de forma corpórea; los sociocuidadores evidenciaron una necesidad física de descanso y recuperación energética, manifestada en expresiones como “estoy muy cansada como para bailar” o “*ya no tengo tiempo para mí*”. Este desgaste, lejos de ser únicamente físico, puede interpretarse desde el modelo

² [Diario de campo - sesión 4](#)

³ [Diarios de campo - sesión 2](#)

biopsicosocial de George L. Engel (1977) como el resultado de la interacción entre factores emocionales, sociales y contextuales que configuran el bienestar integral.

En este entramado relacional, las manifestaciones socioemocionales del sociocuidador se convierten en mediaciones que el niño percibe e internaliza. Así, estados como la irritabilidad, la tristeza o el agotamiento no resuelto inciden en su disposición frente al aprendizaje. Una madre participante lo expresa con claridad: *“Él percibe todo. Si estoy triste, él se desconcentra en clase”* (conversación personal, abril 2025). De este modo, el estado emocional del sociocuidador no solo influye en el vínculo afectivo, sino que se configura como un factor determinante en los procesos de atención, motivación y rendimiento académico del estudiante en el aula hospitalaria.

4.1.3 Dimensiones físicas y barreras estructurales: la precarización del cuidado

La caracterización de las necesidades físicas de los sociocuidadores está directamente ligada a barreras socioeconómicas y de género. No se trata solo de un cansancio biológico, sino de una sobrecarga física derivada de condiciones estructurales.

Los hallazgos permiten identificar que la mayoría de los sociocuidadores provienen de zonas rurales o municipios del suroccidente colombiano, lo que los lleva a enfrentar procesos de migración y ruptura de redes de apoyo. En este escenario, la necesidad de seguridad económica y descanso físico es apremiante. Los testimonios dan cuenta de que las dificultades financieras para costear el tratamiento y la estancia en Cali desplazan cualquier posibilidad de atender la salud propia, situando el bienestar físico de quien cuida en un último plano de prioridad.



Figura 8.

Nube de palabras.

Nota. Esta imagen fue elaborada a partir de las necesidades que el sociocuidador iba expresando en el desarrollo de las actividades y de acuerdo a los registros escritos obtenidos.. Creada con: [mentimeter.com](https://www.mentimeter.com). Tomada de archivo personal (2025)

Esta visualización refleja la prominencia de términos como "barreras", "economía" y "cansancio", que caracterizan la experiencia cotidiana del cuidado.

Un hallazgo paradójico en la caracterización física de las sociocuidadoras es la percepción del espacio hospitalario como un lugar de "descanso" relativo frente al hogar. En el diario de campo #7 (2025)⁴, las participantes revelaron que en la clínica se ven liberadas de la "doble jornada" (Hochschild, 2001) de labores domésticas no remuneradas. Esto evidencia que una de las mayores necesidades físicas de las sociocuidadoras es la distribución equitativa de las tareas de cuidado, pues la sobrecarga en el hogar genera un desgaste crónico que se traslada al entorno hospitalario.

⁴ [Diario de campo - sesión 7](#)

Finalmente, el análisis de las dinámicas de grupo (Diario de campo #3, 2025)⁵ permitió identificar que, a pesar del agotamiento, existe una necesidad latente de vinculación social y lúdica. Al ofrecer espacios de relajación y juego, los sociocuidadores mostraron una transición desde la apatía física hacia el liderazgo y la vitalidad. Esto sugiere que las necesidades físicas y emocionales del sociocuidador no son estáticas ni secundarias, sino constitutivas del proceso de cuidado. En este sentido, el “socio del cuidado” requiere ser reconocido y atendido como sujeto, no solo porque su bienestar es un fin en sí mismo, sino porque de ello depende la calidad del acompañamiento que brinda. Cuando estas necesidades son ignoradas, el agotamiento, la sobrecarga y la afectación emocional limitan su capacidad de sostener vínculos afectivos estables, mediar procesos educativos y responder de manera sensible a las demandas del niño.

Por el contrario, cuando el sociocuidador cuenta con condiciones mínimas de bienestar, reconocimiento y apoyo, se favorece una relación más disponible, empática y pedagógicamente significativa, lo que incide positivamente en la adaptación emocional, la disposición al aprendizaje y el desarrollo integral del paciente en el contexto hospitalario.

⁵ [Diarios de campo - sesión 3](#)

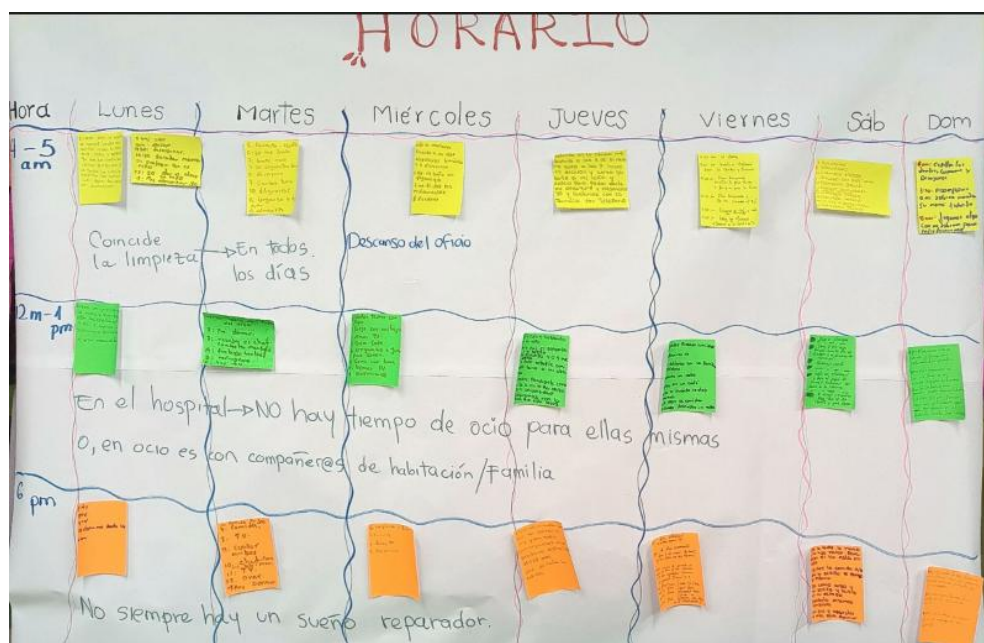


Figura 9. Horario del cuidado

. Nota. Actividad desarrollada en la sesión 7.
Tomado de archivo personal (2025)

Así pues, la caracterización de este primer objetivo revela que las necesidades de los sociocuidadores están inscritas en un entramado de desigualdades. Como plantean Fraser (2008) y Bronfenbrenner (1987), el déficit de reconocimiento y las barreras del entorno configuran un perfil de cuidador con alta carga física y emocional, lo cual es fundamental comprender para diseñar estrategias de apoyo integral que aseguren la adaptación escolar exitosa de los niños, niñas y adolescentes.

En síntesis, esta realidad pone en evidencia que el cuidado no puede comprenderse como una práctica unidireccional, sino como un entramado relacional atravesado por desigualdades de género, condiciones socioeconómicas y dinámicas contextuales que requieren ser abordadas de manera integral. En consecuencia, visibilizar y atender las

necesidades del sociocuidador no es un aspecto complementario, sino una condición central para garantizar procesos educativos significativos en el aula hospitalaria.

CAPÍTULO V

5.1 Tejiendo el cuidado: prácticas que integran cuerpo, emoción y vínculo

El presente capítulo analiza las prácticas de autocuidado identificadas en los sociocuidadores del Aula Hospitalaria. A partir de la observación, las narrativas y los instrumentos de recolección de información (ver capítulo de metodología), se evidencia que el autocuidado emerge como una construcción relacional que articula dimensiones físicas, emocionales, sociales y culturales, dichas prácticas se vinculan con los enfoques integral, diferencial y multidimensional, entendiendo que esta integración de factores da lugar a una experiencia de transformación subjetiva que fortalece los lazos entre cuidadores, infancias y comunidad. El análisis se sustenta en la pedagogía de Freire (1970), Orem (1993) y Ryff (1989), permitiendo identificar cómo los sujetos reconocen su valor y necesidades. Los resultados se agrupan en dos ejes analíticos que revelan cómo los sociocuidadores reinterpretan sus prácticas cotidianas y se reconocen como sujetos de derechos y saberes, transitando de una visión asistencial a una visión integral del bienestar donde cuerpo, emoción y vínculo son inseparables.

5.1.2 Cuidar el cuerpo, reconocer los límites y el descanso

Al identificar las prácticas en el territorio del cuerpo, se evidencia que estas están marcadas por una sobrecarga física derivada de acompañar la hospitalización, donde el tiempo se orienta casi exclusivamente al otro. Se halló que, bajo la lógica de Orem (1993), la conciencia del autocuidado suele diluirse, convirtiendo el cuerpo en un medio y no en un fin. Durante el análisis, se identificó que áreas como el descanso, la alimentación y la salud preventiva suelen quedar desatendidas, revelando que el acto de cuidar se asocia frecuentemente a la renuncia personal y al sacrificio constante, manifestado en expresiones

como *“siento culpa al descansar”* o *“se me olvida almorzar”* tal como manifestaban en conversaciones cuando transcurrían las sesiones.

Desde el enfoque integral, se identificó que el bienestar físico no puede abordarse de manera fragmentada, pues el cuerpo es el espacio donde confluyen lo biológico y lo social. De esta manera, se halló, por ejemplo, que en contextos de cuidado prolongado, los quienes cuidan, priorizan la salud del niño sobre la propia, generando desequilibrios que afectan el ánimo general. No obstante, se logró identificar que los sociocuidadores son capaces de reconocer señales de sobreexigencia como dolores musculares e insomnio, lo que permitió identificar una serie de "acciones de cuidado posible" o prácticas cotidianas como hidratarse, alimentarse a tiempo y pedir ayuda, transformando el reconocimiento de los límites en un aprendizaje para la vida.

Ahora bien, desde el enfoque diferencial, se identificó que las prácticas de autocuidado varían según el género y las condiciones socioeconómicas; por una parte, las mujeres, asumen el cuidado como una extensión de su rol tradicional de servicio incondicional, mientras que los hombres manifiestan mayor apertura para delegar responsabilidades, confirmando que las construcciones culturales influyen en las prácticas de bienestar. Por otra parte, el enfoque multidimensional permitió identificar que los sociocuidadores vinculan el bienestar personal con la calidad del acompañamiento educativo, reconociendo que "si duermo y como bien, estaré en mejores condiciones de atender a mi hijo/a". Pedagógicamente, se identificó un proceso de concientización donde el autocuidado deja de ser un privilegio y se convierte en una herramienta de resistencia frente al desgaste físico.

5.1.3 El ritmo del bienestar: emociones que se mueven, sentidos que florecen

Las emociones tienen ritmo, color y movimiento. En el contexto del cuidado, ese ritmo suele acelerarse entre las rutinas del hospital, los turnos prolongados y la constante preocupación por el estado del hijo/a o familiar a cargo. Sin embargo, cuando se les brinda un espacio para pausarse, sentir y expresarse, los sociocuidadores descubren que sus emociones también pueden danzar, transformarse y volver a su centro. Este subtema aborda cómo las experiencias sensoriales y expresivas, integradas en las sesiones del proceso, posibilitan el reconocimiento emocional y la conexión con el bienestar interior.

La sesión “Tiempo para mis sonidos y mis silencios” propuso precisamente esa pausa consciente: detener el ruido externo para escuchar los sonidos del propio cuerpo, las respiraciones, los latidos y las emociones contenidas. Mediante actividades lúdicas y artísticas, como la dinámica de charadas sobre prácticas de autocuidado y la elaboración de un horario de bienestar personal, los cuidadores pudieron reflexionar sobre el equilibrio entre la vida social, familiar y personal. Este ejercicio permitió identificar cómo las emociones guían o interrumpen los procesos de autocuidado, mostrando que el bienestar no depende solo de lo físico, sino también del tono emocional con que se vive cada día.

Durante el desarrollo de la actividad, una participante compartió su palabra diciendo:

“A veces uno se cansa no por lo que hace, sino por todo lo que siente y no dice”.

Esta frase resume una verdad que abraza la acción de cuidar, el cansancio emocional pesa más que el físico. Desde las expresiones entre dichas durante el encuentro, los sociocuidadores reprimen la tristeza, la frustración o el miedo, porque sienten que deben mostrarse fuertes ante el niño/as o la familia. Sin embargo, como plantea Marc Brackett

(2019) en su teoría del Mood Meter, el reconocimiento de las emociones, sin juzgarlas ni reprimirlas, es el primer paso para regularlas y transformarlas. Así, la intervención con herramientas como el sensómetro emocional, adaptado a través de colores, rostros y texturas, permitió que los sociocuidadores expresaran su estado de ánimo de forma simbólica y accesible, incluso para quienes tenían menor nivel de alfabetización o preferían la comunicación visual.

Así pues, en el desarrollo del proyecto, se llevó a cabo la sesión “La danza del sol”, cuyo propósito fue propiciar la expresión corporal, emocional y sensorial como medios para reconocer las propias emociones y resignificar la relación consigo mismos.

La sesión inició con la disposición del espacio en forma circular, permitiendo que cada participante ocupara un lugar visible e igualitario. Se explicó que el ejercicio consistía en escuchar diferentes ritmos musicales y moverse libremente según lo que cada melodía evocara. Posteriormente, cada cuidador registraría en una hoja (propia o de su compañero) una palabra, color o trazo que representara la emoción sentida con cada ritmo. Se utilizaron diez ritmos en total, abarcando sonidos del Caribe, del Pacífico y del interior del país.



Figura 10.

La danza del sol.

Nota. Participantes danzando durante la sesión #2. Tomada de archivo personal (2025)

Esta dinámica, se transformó en un escenario profundo de autoconciencia emocional. El movimiento permitió que las emociones reprimidas o contenidas encontraran un cauce simbólico. Las risas, los aplausos, las miradas cómplices y los gestos de timidez narraron un tránsito desde la inhibición hacia la expresión, a través de la música y la corporalidad, los sociocuidadores reconocieron que expresar también es una forma de sanar.

Durante la actividad, una de las participantes manifestó su dificultad para bailar o expresarse frente al grupo. Aun así, decidió permanecer presente, observando y anotando palabras en la hoja de otra compañera. Este gesto evidenció que participar no siempre implica actuar, sino también permitir que el cuerpo y la mente estén disponibles para sentir. En este sentido, la sesión posibilitó distintas formas de expresión emocional desde el silencio, el trazo o la palabra respetando los ritmos individuales de apertura emocional.

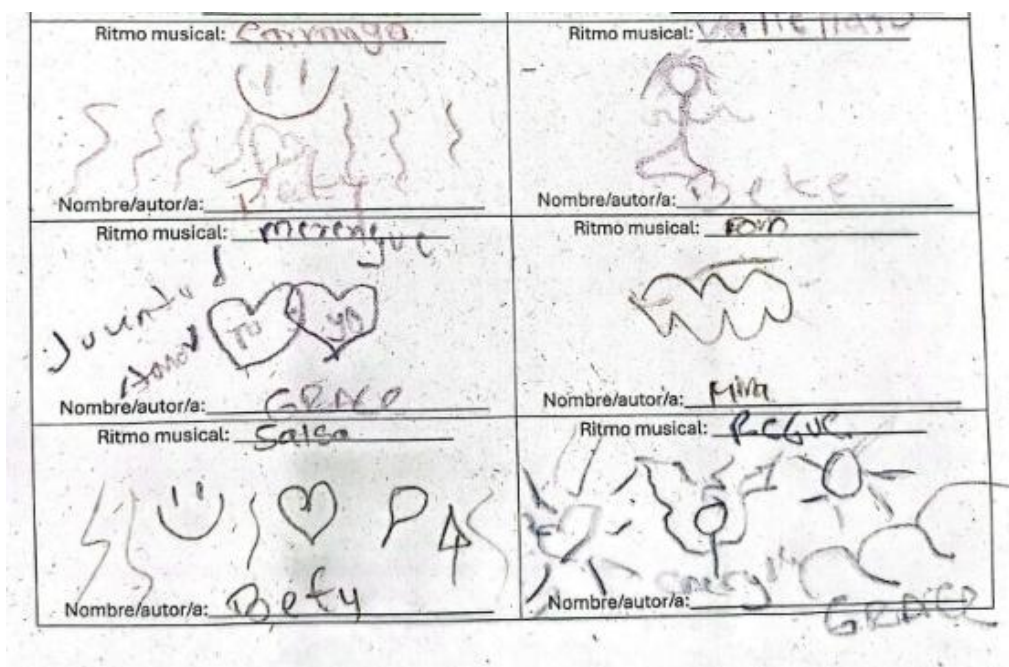


Figura 11.

La hoja de ritmos.

Nota. Representación simbólica de las emociones durante la sesión La danza del sol.

Tomada de archivo personal (2025)

La hoja de ritmos, al finalizar, se convirtió en un objeto simbólico cargado de significado. Para muchos, fue la primera vez que asociaban sus emociones con colores o sonidos. Varias cuidadoras expresaron que ese registro representaba “cómo se habían sentido de verdad” después de mucho tiempo. Este producto material no solo condensó el proceso vivido, sino que también funcionó como un soporte tangible de su propia historia emocional dentro del aula hospitalaria. Un momento especialmente significativo ocurrió cuando una participante reconoció el sonido del bullerengue y compartió con el grupo una anécdota personal vinculada a su tierra natal. En ese instante, la música se convirtió en un puente entre la memoria, la identidad y el presente.

El uso de recursos sensoriales en las diferentes sesiones (música, colores, sonidos, materiales táctiles) se convirtieron en una pedagogía emocional, en la que el cuerpo, los sentidos y las emociones se integraron en una experiencia educativa viva. En este sentido, la sesión representó lo que Freire (1970) denomina una “educación sentipensante”, donde el aprendizaje no se transmite, sino que se construye desde el diálogo entre sentir, pensar y actuar. Cada canción escuchada, cada silencio compartido y cada color elegido en el sensómetro se transformaron en narrativas corporales de bienestar.

La dimensión emocional del cuidado, según Honneth (1995), es un espacio de reconocimiento mutuo. Las relaciones de cuidado se fortalecen cuando quien cuida también se siente validado, comprendido y apoyado. En las conversaciones grupales, emergieron expresiones de empatía entre los sociocuidadores, quienes reconocieron que compartir emociones similares genera alivio y pertenencia. La socialización de experiencias permitió transformar la carga individual del cuidado en una vivencia colectiva, generando vínculos de confianza y acompañamiento emocional entre los participantes.

Además, esta sesión favoreció la reconexión con los sentidos como vía para habitar el presente. Los ejercicios de respiración consciente, los movimientos suaves acompañados de música y la exploración de sonidos cotidianos como el del corazón o la voz, ayudaron a los sociocuidadores a reconocer que el bienestar no siempre depende de grandes cambios, sino de pequeños momentos de atención plena. Tal como lo afirma Jon Kabat-Zinn (1994), la práctica del mindfulness o atención plena permite redirigir la mente hacia el “aquí y ahora”, generando calma, claridad emocional y autocontrol frente a situaciones de estrés.

Algunos sociocuidadores expresaron sentirse más tranquilos, aliviados o reconectados consigo mismos después de la sesión. Una madre comentó:

“Yo no sabía que podía relajarme aquí. Pensé que todo tenía que ser correr, esperar, vigilar. Pero con la música y el silencio sentí que mi cabeza descansó un rato”

Estas experiencias representan el valor de las actividades sensoriales como estrategias de cuidado emocional dentro del contexto hospitalario. La música, el color y el silencio se convierten en lenguajes terapéuticos que posibilitan expresar lo que no siempre puede decirse con palabras. Desde la mirada multidimensional del bienestar, propuesta por Ryff (1989), el componente emocional no puede separarse del físico ni del social. Las emociones influyen en las decisiones de autocuidado, en la forma de relacionarse con otros y en la percepción general de la vida. Cuando los cuidadores aprenden a identificar y canalizar sus emociones, desarrollan una mayor sensación de control, resiliencia y propósito, lo que impacta positivamente en la relación con el niño o adolescente a su cargo.

Pedagógicamente, este proceso se constituye en una experiencia de aprendizaje vivencial y corporalizado, donde los participantes no solo hablan de bienestar, sino que lo experimentan desde los sentidos. La metodología sensorial empleada basada en la escucha, el

movimiento consciente y la expresión artística, permitió integrar las dimensiones cognitiva, emocional, corporal y social del aprendizaje. De este modo, el conocimiento sobre el bienestar se transforma en una vivencia que permanece en la memoria afectiva de los sociocuidadores.

En contraste con la visibilización inicial, centrada en la identificación de cargas físicas y emocionales, los hallazgos permiten comprender que dichas condiciones no solo describen una realidad, sino que configuran formas de habitar el cuidado. Tal como se evidenció en las experiencias, el bienestar no emerge únicamente de la ausencia de malestar, sino también de la posibilidad de reconocer, expresar y resignificar las emociones en contextos relacionales. En este sentido, las condiciones de agotamiento, invisibilización y sobrecarga identificadas previamente pueden interpretarse, a la luz de enfoques como el bienestar multidimensional y el reconocimiento, no solo como problemáticas individuales, sino como experiencias situadas que requieren ser abordadas desde estrategias pedagógicas sensibles, corporales y participativas.

CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 Conclusiones y pistas desde la Educación Popular: Hacia el fortalecimiento de las redes y las prácticas de cuidado

El cierre de este trabajo de grado no se entiende como un punto final, sino como el momento donde el conocimiento recogido se pone al servicio de la comunidad. A través del diálogo con los sociocuidadores y el análisis de su realidad en el Aula Hospitalaria y, en la clínica de manera general, se han extraído lecciones fundamentales que permiten repensar el cuidado. A continuación, se presentan las conclusiones y las recomendaciones organizadas como pistas pedagógicas para aportar al campo de la salud desde una mirada de Educación Popular

6.1.2 Conclusiones

A partir del análisis de los datos y las voces de los participantes, se llega a las siguientes conclusiones:

- La red de apoyo como estrategia de supervivencia: Los hallazgos evidencian que el autocuidado, comprendido únicamente como una práctica individual, resulta insuficiente para sostener el bienestar de los sociocuidadores en contextos clínicos. A lo largo del proceso de intervención, se hizo visible que las redes de apoyo más significativas no emergen de dispositivos institucionales verticales, sino del encuentro horizontal entre pares que comparten experiencias similares de cuidado, cansancio y esperanza. En este sentido, los talleres desarrollados a través de la metodología SARI se consolidaron como espacios fundamentales para la construcción de tejido

relacional, donde el cuidado dejó de vivirse en soledad para transformarse en una experiencia colectiva.

De esta manera, las diferentes actividades realizadas desde un plan de intervención que acompañó a estos colectivos permitieron que los sociocuidadores reconocieran, en la palabra del otro, su propio agotamiento y validaran emociones que hasta ese momento habían sido silenciadas y/o invisibilizadas. El acto de compartir narrativas, movimientos corporales, silencios y prácticas cotidianas de autocuidado favoreció la emergencia de vínculos de confianza, empatía y acompañamiento mutuo. Este reconocimiento intersubjetivo posibilitó que los participantes identificaran redes de apoyo previamente invisibilizadas dentro del entorno hospitalario, incluyendo a otros cuidadores, personal de salud y acompañantes, ampliando así su percepción de sostén emocional.

De este modo, las sesiones grupales no solo funcionaron como escenarios pedagógicos, sino como verdaderos espacios de contención y reconstrucción identitaria. El reconocerse en el dolor y la resiliencia del otro permitió que los sociocuidadores resignificaran su rol, recuperaran su fuerza emocional y reafirmaran su lugar como sujetos de cuidado y de saber. Así, la red de apoyo construida en los talleres se constituyó en una estrategia de supervivencia cotidiana, capaz de amortiguar el desgaste emocional y de fortalecer el acompañamiento que brindan a los niños, niñas y adolescentes en sus procesos adaptativos y educativos dentro del contexto hospitalario.

El lenguaje de los sentidos como apuesta pedagógica en la educación popular: en contextos de alta carga emocional, el diálogo tradicional a veces se queda corto. Se identificó que las prácticas basadas en la música, el tacto, el color y el movimiento son las que logran una

verdadera "concientización" del cuerpo, permitiendo que el bienestar sea una experiencia vivida y no solo un concepto teórico,

En contextos hospitalarios atravesados por el dolor, la incertidumbre y el desgaste emocional, el lenguaje verbal y el diálogo racional resultan, en muchos casos, insuficientes para expresar aquello que el cuerpo experimenta. Los hallazgos del proceso evidencian que el acompañamiento pedagógico, cuando se fundamenta exclusivamente en la palabra, limita la posibilidad de reconocer el malestar, pues muchas emociones no logran ser nombradas, pero sí sentidas. Frente a esta realidad, las prácticas mediadas por lenguajes no tradicionales como la música, el movimiento, el juego, el color y el tacto, se consolidaron como estrategias centrales de intervención desde la Educación Popular.

Las sesiones desarrolladas a través de la metodología SARI demostraron que estos lenguajes permiten una concientización corporal que antecede y sostiene la reflexión crítica. Actividades como La danza del sol y Armonía colectiva: uniendo mente, cuerpo y comunidad posibilitaron que los sociocuidadores expresaran su cansancio, su tensión y también su alivio a través del movimiento, la respiración y el contacto simbólico con otros cuerpos. El baile, el ritmo y la exploración sensorial se constituyeron así en formas legítimas de comunicación, capaces de abrir caminos de expresión para quienes, por timidez, saturación emocional o agotamiento, no encontraban palabras para narrar su experiencia.

Desde la perspectiva de la Educación Popular, estos lenguajes no cumplen una función meramente recreativa, sino también política y pedagógica. El cuerpo, el juego y la música se convierten en territorios de saber donde se inscriben las historias de cuidado, las cargas invisibles y las resistencias cotidianas. Al reconocer estos lenguajes como válidos, la intervención rompió con el modelo bancario, asistencial y vertical de la educación, y propuso

un acompañamiento horizontal que parte de la experiencia vivida del sujeto. De este modo, el bienestar dejó de ser un concepto abstracto para convertirse en una vivencia encarnada, compartida y transformadora.

Así, los lenguajes sensoriales y corporales emergen como herramientas pertinentes para la intervención pedagógica en contextos de alta vulnerabilidad, ya que permitieron que el cuidado sea sentido antes de ser pensado, y comprendido desde el cuerpo antes de ser explicado con palabras. Esta apuesta reafirma que educar desde el cuidado implica ampliar las formas de comunicación, legitimar el silencio, el movimiento y la emoción, y reconocer que en el cuerpo también se produce conciencia, aprendizaje y transformación colectiva.

- La invisibilidad del sociocuidador como sujeto de necesidades: Se concluye que existe una tendencia cultural arraigada donde quien cuida se anula a sí mismo en favor del paciente. La investigación permitió identificar que esta negación de las necesidades físicas y emocionales no es una elección libre, sino el resultado de una presión social que dicta que el "buen cuidador" es aquel que se sacrifica, lo cual genera un desgaste que termina afectando el acompañamiento que brinda dentro del proceso educativo del niño o niña.

Esta lógica de autoanulación se reproduce y se refuerza en el contexto hospitalario, donde el sufrimiento del niño o niña legitima la postergación de las necesidades del adulto cuidador, volviéndolas invisibles y, en muchos casos, inconfesables. Como resultado, el cansancio, el malestar corporal y la sobrecarga emocional se acumulan sin espacios de reconocimiento ni contención, generando un desgaste progresivo que no solo impacta la salud del sociocuidador, sino que incide directamente en la calidad del acompañamiento que ofrece dentro del proceso educativo y adaptativo del menor.

De este modo, la invisibilización del sociocuidador no puede comprenderse únicamente como una omisión individual, sino como una construcción social que afecta las dinámicas de cuidado y aprendizaje. Reconocer al sociocuidador como sujeto de necesidades se configura, entonces, como una condición indispensable para sostener procesos educativos más humanos, sensibles y coherentes con el bienestar integral de quienes cuidan y de quienes son cuidados.

El bienestar como motor del proceso adaptativo: Se halló que el estado de ánimo y la salud física del sociocuidador son el "termómetro" del aula hospitalaria. Cuando el encargado de cuidar identifica y practica el autocuidado, se genera un ambiente de seguridad que facilita la concentración y el aprendizaje del menor. Por el contrario, un sociocuidador agotado transmite una carga de estrés que el niño, niñas y adolescente absorbe, dificultando su conexión con las actividades pedagógicas.

- El bienestar como motor del proceso adaptativo: Se halló que el estado de ánimo y la condición física del sociocuidador se experimentan como un “termómetro” sensible del aula hospitalaria, perceptible en los gestos, los silencios, el tono de voz y la disposición corporal con la que se acompaña al niño, niña o adolescente. Cuando el sociocuidador logra reconocerse cansado, tenso o tranquilo, y se permite prácticas de autocuidado, emerge una presencia más disponible y serena que se traduce en un ambiente de mayor seguridad emocional. En este clima, el menor se muestra más receptivo, con mayor capacidad de atención y apertura hacia las actividades pedagógicas.

En contraste, cuando el sociocuidador habita el cuidado desde el agotamiento, la sobrecarga se manifiesta corporalmente y se transmite de manera implícita en la relación

cotidiana. El niño, niña o adolescente percibe este malestar, lo incorpora en su propia experiencia y responde con inquietud, resistencia o desconexión frente a su proceso escolar. Esta vivencia compartida del cansancio interfiere en el proceso adaptativo, dificultando el vínculo con el aprendizaje y con los espacios educativos propuestos.

Desde la experiencia vivida en el contexto hospitalario, el bienestar del sociocuidador no se comprende como algo separado del proceso educativo, sino como una parte fundamental de la relación de cuidado. La manera en que el sociocuidador se siente física y emocionalmente se refleja en su forma de acompañar, de comunicarse y de estar presente con el niño, la niña o el adolescente, independientemente del espacio en el que se desarrollen las actividades educativas.

Cuando el sociocuidador practica el cuidado para sí, se generan cambios en la cotidianidad del cuidado, hay mayor calma en las interacciones, mayor disposición para acompañar y una sensación de seguridad emocional que el menor percibe. Aunque estos efectos no siempre se manifiestan de forma explícita, influyen de manera directa en cómo el niño o la niña vive su hospitalización y en su vinculación con los momentos educativos que emergen durante este proceso.

6.2 Recomendaciones: Pistas para el fortalecimiento de las redes y el autocuidado

Partiendo de la experiencia de acompañamiento desarrollada durante un año consecutivo en el contexto hospitalario, junto a sociocuidadores y pacientes, y a partir del proceso investigativo que dio lugar a este trabajo de grado, se proponen a continuación algunas pistas pedagógicas construidas desde la práctica y la reflexión situada. Este recorrido permitió no solo identificar y comprender la problemática que se acompañó, sino también

problematizarla y darle sentido a la luz de las experiencias vividas en el acompañamiento cotidiano.

Las recomendaciones que se presentan no buscan constituirse como un modelo cerrado ni como un conjunto de instrucciones replicables de manera mecánica. Por el contrario, se entienden como orientaciones abiertas que pueden servir de referencia para estudiantes en práctica profesional o para profesionales interesados en el campo de la salud y la educación, especialmente en contextos atravesados por el cuidado, la hospitalización y la vulnerabilidad emocional.

- Es importante señalar que estas pistas se enmarcan en una perspectiva de Educación Popular, desde la cual se comprendió tanto el proceso investigativo como el acompañamiento a sociocuidadores y pacientes. Desde este enfoque, las recomendaciones se conciben como apuestas pedagógicas que reconocen la experiencia, el saber cotidiano y la relación horizontal como elementos centrales para el fortalecimiento de las redes de apoyo y las prácticas de autocuidado. **Crear espacios de "encuentro entre iguales":**

La primera pista es fomentar reuniones horizontales donde los sociocuidadores puedan hablar de sus saberes cotidianos. No se trata de charlas de expertos, sino de espacios donde una madre le enseñe a otra cómo logra descansar o cómo maneja la frustración. Esto fortalece la red de apoyo desde la base y devuelve al sociocuidador la confianza en su propio saber. En muchas de las sesiones se evidenció que los cuidadores no requerían grandes técnicas ni orientaciones especializadas, sino un espacio de intercambio y diálogo entre pares. Esto no implicó que los objetivos de la jornada se vieran afectados; por el contrario, permitir

que los encuentros se desarrollaran a partir de los ritmos del grupo favoreció la construcción de confianza y el fortalecimiento paulatino de los vínculos comunitarios.

- **Implementar la "bitácora del sentir":**

Se recomienda el uso de herramientas sencillas y visuales, como el sensómetro o los diarios creativos, en los espacios de acompañamiento educativo. Estas herramientas permiten que el sociocuidador, en medio del ajetreo, la angustia y la carga cotidiana del cuidado, disponga de un momento para registrar cómo se encuentra su cuerpo y su mente. Este ejercicio posibilita detenerse, observarse y transitar de la desatención a una conciencia más constante de sí mismo.

Como se ha señalado en apartados anteriores, resulta fundamental reconocer que el cuerpo y la mente constituyen una fuente permanente de registros. Al dar lugar a lo que allí se manifiesta y plasmarlo de manera simbólica o escrita, estas vivencias se transforman en un lenguaje expresivo que legitima lo que el sociocuidador siente, permitiendo que el malestar, el cansancio o el bienestar adquieran un lugar visible y reconocido dentro del proceso de acompañamiento.

- **Fomentar la corresponsabilidad masculina y familiar:**

Es vital trabajar en la redistribución del cuidado como una apuesta pedagógica y relacional. Una pista clara es diseñar estrategias específicas que promuevan la participación de los padres y otros familiares hombres en las tareas de cuidado y acompañamiento, cuestionando la idea culturalmente arraigada de que estas responsabilidades recaen de manera natural y exclusiva en las mujeres. Esta concepción, como se evidenció en el planteamiento

del problema, ha generado una sobrecarga sostenida en las cuidadoras, afectando su salud física, emocional y su calidad de vida.

En este sentido, se propone la creación de espacios dirigidos a hombres cuidadores y/o espacios familiares de encuentro, en los que se incentive la participación conjunta. Una estrategia concreta puede ser promover que, por cada sociocuidadora mujer que asista a los espacios de acompañamiento, participe también un hombre en rol de sociocuidador, con el propósito de favorecer procesos de sensibilización, reconocimiento del rol y corresponsabilidad en el cuidado. Estos espacios permitirían visibilizar el cuidado como una tarea compartida y abrir diálogos en torno a las emociones, las cargas y los aprendizajes que implica cuidar.

Asimismo, resulta pertinente diseñar un plan de intervención orientado a la sensibilización del rol de cuidado en los hombres, que contemple acciones de acercamiento progresivo, como visitas iniciales habitación por habitación. Este primer contacto busca generar confianza, reconocer las realidades particulares de cada familia y motivar la participación en los espacios colectivos de cuidado integral. De esta manera, involucrar a los hombres en el cuidado no solo contribuye a aliviar la carga física y emocional de las mujeres cuidadoras, sino que fortalece las dinámicas familiares y amplía las redes de apoyo del niño, niña o adolescente hospitalizado.

Desde un enfoque diferencial, estas acciones permiten reconocer las desigualdades de género presentes en el ejercicio del cuidado y promover prácticas más equitativas, en las que el bienestar del sociocuidador se comprenda como una responsabilidad compartida y no como un sacrificio individual.

- **Diseñar ambientes de "pausa activa sensorial" en el hospital:**

Se recomienda que todos aquellos contextos que acompañen procesos de vida de alta complejidad como sucede en clínicas, se incorporen rincones o momentos de estimulación sensorial (aromas, música suave, materiales táctiles, danza, entre otros). Esta pista busca que el ambiente físico ayude al sociocuidador a bajar los niveles de cortisol y estrés de forma inmediata, permitiéndole retomar su labor con mayor claridad emocional.

- **Establecer alianzas con el equipo de salud:**

Finalmente, es necesario que el personal médico reconozca al sociocuidador no como un mueble más de la habitación, sino como un "socio" esencial. Es por ello, que trabajar de manera constante por la sensibilización del equipo de salud resulta clave para que se validen el descanso del sociocuidador, permitiendo que existan relevos o pausas sin que esto genere culpa en la familia.

Estas conclusiones y recomendaciones buscan, en esencia, lo que Paulo Freire (1970) llamaba “la humanización”, que implica reconocer que quien cuida también necesita ser cuidado, y que en ese tejido de apoyo mutuo es donde realmente florece la educación y la vida en medio de la adversidad hospitalaria.

La trastienda del trabajo de grado que no se alcanza a contar teóricamente

A voz de: Karol Dayanna Correa Prado

“¿Quién dijo que todo está perdido? Yo vengo a ofrecer mi corazón...” (Páez.1985)

Como en Yo vengo a ofrecer mi corazón de Fito Páez, inmortalizada también en la voz de Mercedes Sosa, esta experiencia comenzó como un acto de entrega, el encuentro con mi práctica profesional ha sido una de las decisiones más significativas que he tomado en mi vida. Llegar a habitar un espacio que socialmente ha sido nombrado como frío, lúgubre, blanco y tácito, un lugar que no suele ser el favorito de nadie, como lo es un hospital, transformó profundamente mi manera de comprender la educación y la vida misma.

En medio de ese imaginario de asepsia y silencio, tuve la oportunidad de ingresar a un espacio que permeaba de color aquellas paredes blancas y frías. Allí, el verde de los árboles se hacía presente casi que con un puño levantado, como quien resiste ante un panorama adverso, era una resistencia silenciosa pero firme, la vida abriéndose paso en medio de la enfermedad. En ese lugar me encontré con formas distintas de aprender, pero también de enseñar. Comprendí que la educación va mucho más allá del aula de clase y que el salón puede ser cualquier espacio donde exista una relación humana dispuesta al encuentro; en este caso, una habitación hospitalaria. Entendí que enseñar no es transferir contenidos, sino acompañar procesos, sostener miradas, dignificar presencias. También comprendí el carácter asistencialista que muchas veces atraviesa el sistema educativo, esa lógica que reduce al sujeto a una cifra, a un diagnóstico o a una condición. En el hospital, sin embargo, cada niño y cada sociocuidador me enseñó que ninguna persona es solo su enfermedad ni su historia clínica, que siempre hay que verle el lado saludable, aprendí de la muerte, de los límites, del miedo; pero también de la posibilidad, de la esperanza y de la potencia transformadora del

vínculo pedagógico. Fue allí donde cobró sentido la apuesta por una educación liberadora, como la soñó Paulo Freire planteando que la esperanza no es una espera pasiva, sino una práctica activa que se construye en la acción transformadora, no se trata de ingenuidad, sino de una postura ética y política frente al mundo, creer que, aun en contextos adversos, el ser humano puede recrear la realidad. En el contexto hospitalario, esa esperanza se volvió concreta en cada actividad adaptada, en cada conversación, en cada sonrisa que desafiaba el dolor.

Aquellas paredes me habitaron tanto como yo las habité con el alma, cada sociocuidador y cada niño con quienes tuve la fortuna de compartir procesos educativos fueron para mí una oportunidad de creer en un mundo distinto, no uno idealizado, sino uno posible: un mundo donde la educación no abandona, no excluye, no clasifica, sino que abraza, acompaña y reconoce la dignidad del otro incluso en su mayor fragilidad.

La trastienda del trabajo de grado que no se alcanza a contar teóricamente

A voz de: Angie Lorena Cortéz Valencia

Figura 12.

Farol Navideño

Nota. Fotografía tomada durante una actividad navideña centrada en la elaboración de un farol, realizada en conjunto por las familias (sociocuidadores y paciente)

Fuente: Archivo personal (2024)



Como profesional de la Licenciatura en Educación Popular, mi primer acercamiento a un contexto clínico estuvo marcado por múltiples emociones e interrogantes. Reconocer que la alfabetización, tanto escolar como emocional, son posibles en escenarios de alta vulnerabilidad como la hospitalización, me generó inicialmente angustia frente a la calidad educativa que podría ofrecer

desde mi rol. Sin embargo, al transitar ese miedo con conciencia, comprendí que era una expresión de mi compromiso ético y profesional. A través del acompañamiento a niños, niñas y adolescentes hospitalizados, entendí que la habitación se transforma en escuela, comunidad y territorio pedagógico; un espacio compartido y co-creado junto a sus sociocuidadores, donde lo educativo emerge de la relación y no de un aula física.

No me atrevo a encasillar esta experiencia como triste, alegre, dolorosa o divertida. Puedo afirmar, sin embargo, que fue gratificante. De ella aprendí no solo a diseñar estrategias pedagógicas acordes al contexto, sino también a ser más humana frente a la fragilidad del otro, aceptando que mi propia vulnerabilidad era necesaria para habitar estos procesos

compartidos. Desde mi rol como educadora popular, comprendí que educar también es aprender desde el servicio ofrecido con amor, y que incluso en escenarios donde la vida se torna áspera, el cuidado, la esperanza y la luz siguen estando presentes.

Hoy continúo apostándole a la Educación Popular en contextos de vulnerabilidad, como los espacios clínicos y el acompañamiento a personas con diagnósticos físicos, mentales o con discapacidad, convencida de que la educación, cuando se construye desde el



amor, no busca distorsionar la realidad, sino ofrecer herramientas para habitarla de manera más consciente, esperanzadora y humana, herramientas que no se limitan a las prácticas de autocuidado meramente, sino que se sostienen en la red afectiva y de apoyo que se construye, se reconoce y se fortalece en el encuentro con los otros y las otras.

Figura 13.

Actividad de arte.

Nota. Actividad realizada en la sala de espera de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, a la cual se trasladó al paciente con el fin de brindarle una experiencia diferente a la de su habitación, respetando las restricciones propias del cuidado clínico.

Fuente: Archivo personal (2024)

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arango, A. (2015). *Familia, bienestar y procesos educativos*. Editorial Universidad de Antioquia.

Behar, D. (2008). *Metodología de la investigación*. Shalom.

Behar, R. (2008). El enfoque cualitativo en la investigación social: entre el rigor y la sensibilidad. *Revista Educación y Pedagogía*, 20(52), 11–25.

Betancourt, T. S., Jensen, S. K. G., Frounfelker, R., Ghosh, I., Tofighi, D., Coll, C. G., Muñoz, A., & De Silva, M. J. (2024). Caregiver psychopathology, resilience, and their associations with social-emotional challenges of young children affected by armed conflict in Colombia. *Child Psychiatry & Human Development*.

Bonilla-Castro, E., & Rodríguez, P. (2005). *Más allá del dilema de los métodos: La investigación en ciencias sociales*. Universidad de los Andes; Grupo Editorial Norma.

Brackett, M. (2019). *Permission to Feel: Unlocking the Power of Emotions to Help Our Kids, Ourselves, and Our Society Thrive*. Celadon Books.

Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano: Experimentos en entornos naturales y diseñados*. Paidós.

Bruner, J. (1991). *Actos de significado: Más allá de la revolución cognitiva*. Alianza Editorial.

Bruner, J. (1997). *La educación, puerta de la cultura*. Visor.

- Canales Cerón, M. (2006). *Metodologías de la investigación social* (pp. 163–165). LOM Ediciones.
- Castro, M., & Santana, D. (2015). *Diseño e implementación de una estrategia didáctica que oriente la práctica en contextos de salud y hospitalarios* [Tesis de maestría]. Fundación Universitaria Los Libertadores.
- Clandinin, D. J., & Connelly, F. M. (2004). *Narrative inquiry: Experience and story in qualitative research*. John Wiley & Sons.
- Corona Lisboa, J. L. (2018). *Investigación cualitativa: fundamentos epistemológicos, teóricos y metodológicos*.
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (4th ed.). SAGE Publications.
- Creswell, J., & Poth, C. (2018). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches*. SAGE.
- Damasio, A. (1994). *El error de Descartes: La emoción, la razón y el cerebro humano*. Editorial Lumen.
- David, N., Arango, V., & Arango, L. (2022). *La pedagogía hospitalaria en Medellín: una propuesta pedagógica desde la interdisciplinariedad* [Trabajo de investigación]. Universidad de Medellín.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. Plenum Press.

Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2018). *The SAGE handbook of qualitative research* (5th ed.). SAGE Publications.

Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., & Varela-Ruiz, M. (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, 2(7), 162–167.

Educapeques. (2025, mayo). *Medidor emocional: Herramienta para controlar tus emociones*.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136.

Finlay, L. (2009). Debating phenomenological research methods. *Phenomenology & Practice*, 3(1), 6–25.

Freire, P. (1970). *Pedagogía del oprimido*. Siglo XXI Editores.

Frampton, S. B., Guastello, S., Hoy, L., Naylor, M., Sheridan, S., & Johnston-Fleece, M. (2013). *Patient-centered care improvement guide*. Planetree & Picker Institute.

Fuster Guillen, D. E. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y Representaciones*, 7(1), 201–229.

García, C., López, M., & Salazar, J. (2021). Carga de los cuidadores formales en una clínica de alta complejidad en Antioquia. *Revista Cuidarte*, 12(2), 45–56.

Giorgi, A. (2009). *The descriptive phenomenological method in psychology*. Duquesne University Press.

Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Harvard University Press.

Goleman, D. (1995). *Inteligencia emocional*. Kairós.

González, M. (2020). *Relación entre el bienestar de los padres y la adaptación escolar de niños con enfermedades crónicas* [Tesis de maestría]. Universidad Nacional de Colombia.

Guacaneme, C. (2018). *La pedagogía en el aula hospitalaria* [Trabajo de investigación]. Hospital Infantil San José.

Habermas, J. (1981). *Teoría de la acción comunicativa* (Vols. 1–2). Taurus.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6^a ed.). McGraw-Hill Education.

Husserl, E. (1997). *Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica*. Fondo de Cultura Económica.

López-Noreña, L. I., Falla-Ríos, A. L., & Liévano-Urrea, J. (2023). Adaptación del modelo “Retos para gigantes” a las aulas hospitalarias. *Educación y Pedagogía*, 35(92), 71–92.

Martínez, L. (2007). La observación y el diario de campo en la definición de un tema de investigación. *Revista Desafíos*, 16, 73–80.

Maslach, C. (2018). Burnout: A multidimensional perspective. En *Professional burnout* (pp. 19–32). CRC Press.

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience. *World Psychiatry*.

Merleau-Ponty, M. (1993). *Fenomenología de la percepción*. Planeta-De Agostini.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Manual de cuidado al cuidador*. Minsalud.

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). *Encuesta Nacional de Salud Mental 2023*. Minsalud.
- Noddings, N. (1984). *Caring: A feminine approach to ethics and moral education*. University of California Press.
- Nussbaum, M. C. (2000). *Women and human development: The capabilities approach*. Cambridge University Press.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Burn-out an “occupational phenomenon”*. OMS.
- Pardo, M., & Marcó, J. (2017). Family-centered care in pediatric hospitals. *Journal of Pediatric Nursing*, 34(2), 45–53.
- Peel, A. J., et al. (2022). A multivariate genetic analysis of anxiety sensitivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 64(2), 289–298.
- Planetree International. (2017). *Person-centered care certification criteria*. Planetree International.
- Planetree International. (2020). *The person-centered care framework*. Planetree International.
- Restrepo, L., & Gómez, A. (2016). *Bienestar de los cuidadores de niños hospitalizados* [Tesis de maestría]. Universidad de Antioquia.
- Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish*. Free Press.
- Sen, A. (1999). *Development as freedom*. Oxford University Press.
- Stake, R. E. (1995). *The art of case study research*. SAGE Publications.
- Van Manen, M. (2003). *Investigación educativa y experiencia vivida*. Idea Books.

Van Manen, M. (2016). *Phenomenology of practice*. Routledge.

Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society*. Harvard University Press.

Wilber, K. (2000). *A theory of everything*. Shambhala.

Zapata López, S. C. (2015). *Aulas hospitalarias* [Tesis de maestría]. Universidad de Antioquia.

VIII. APÉNDICES

En el presente apartado se incluyen los anexos que complementan y respaldan la información desarrollada a lo largo del documento. Estos contienen los instrumentos de recolección de información, planeaciones de talleres, registros fotográficos, diarios de campo, formatos de consentimiento informado, tablas y cronogramas, los cuales permiten ampliar la comprensión del proceso de intervención y dar soporte al análisis realizado.

- **Anexo A.** Guía de entrevista semi estructurada y consentimientos informados para sociocuidadores
- A1. Guía de entrevista semi estructurada [Guía de entrevista](#)
- A2. Guía de consentimientos informados [consentimientos de imagen.docx.pdf](#)

- **Anexo B.** Instrumentos de recolección (sensómetro y narrativas)

B1. Sesión 1 - [Instrumentos encuentros 1](#)

B2. Sesión 2 - [Instrumentos encuentro 2](#)

B3. Sesión 3- [Instrumentos encuentro 3](#)

B4. Sesión 4- [Instrumentos encuentro 4](#)

B5. Sesión 5- [Instrumentos encuentro 5](#)

B6. Sesión 6- [Instrumentos encuentro 6](#)

B7. Sesión 7- [Instrumentos encuentro 7](#)

- **Anexo C.** Planeaciones de talleres.

En el siguiente enlace se presentan las temáticas y la distribución de los tiempos, organizadas en un cronograma estructurado por ejes o categorías, así como la descripción del desarrollo de cada una de las actividades y los tiempos destinados para su desarrollo

[Cronograma de intervenciones](#)

- **Anexo D.** Registro fotográfico de las actividades realizadas

En este anexo se presenta el registro fotográfico de algunas de las actividades desarrolladas durante el proceso de intervención. Las imágenes fueron incluidas con autorización previa mediante consentimiento informado y tienen como propósito evidenciar el desarrollo de las actividades, los espacios y la participación de los sociocuidadores y pacientes.

D1. Sesión 1. [S1 Fotografías-Registros](#)

D2. Sesión 2. [S2 Fotografías-Registros](#)

D3.Sesión 3. [S3 Fotografías - Registro](#)

D4.Sesión 4. [S4 Fotografías](#)

D5.Sesión 5. [Fotografías-Registros](#)

D6. Sesión 6. [Fotografías](#)

D7. Sesión 7. [Registro fotográfico s7](#)

- **Anexo E.** Diarios de campo completos

El presente anexo contiene los diarios de campo elaborados durante cada una de las sesiones de intervención. Estos registros incluyen observaciones descriptivas y reflexivas relacionadas con la participación de los asistentes, las dinámicas desarrolladas y las emociones emergentes, constituyéndose como una fuente clave de información cualitativa para el análisis del proceso.

[Diarios de campo](#)

- **Anexo F.** Matriz de categorización y análisis de la información

El presente anexo contiene las tablas y matrices extensas utilizadas para la organización, sistematización y análisis de la información recolectada. Estas matrices permitieron identificar categorías, subcategorías y relaciones emergentes a partir de los instrumentos cualitativos aplicados.

[TABLA DE ANALISIS](#)