

Orozco D, M. I; Zuluaga G, J. I; Montoya D, L. E; largo T, W. A. y García P, J. A. (2022). Acompañamiento pedagógico mediante el clown educador como oportunidad de transformación: seguimiento, Clown y educación. Plumilla Educativa, 30 (2), 143-192. DOI: 10.30554/pe.2.4748.2022.

Acompañamiento pedagógico mediante el clown educador como oportunidad de transformación: seguimiento, clown y educación

María Ibeth Orozco Duque¹

Jorge Iván Zuluaga Giraldo²

Luz Stella Montoya Duque³

Wilson Alejandro Largo Taborda⁴

Jonathan Alexander García Posada⁵

Resumen

El acompañamiento pedagógico mediante el clown educador, se desarrolló en el marco de un proyecto de extensión y proyección social de la Universidad Católica de Manizales, en asocio con la Facultad de Educación y la Facultad de Salud en el año 2021. El proyecto tuvo como

¹María Ibeth Orozco Duque. Magister en Educación, Universidad Católica de Manizales; Docente Universidad Libre seccional Pereira. Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4232-5893>; Correo electrónico: mariai.ozcod@unilibre.edu.co

² Jorge Iván Zuluaga Giraldo. Magister en pedagogía, Universidad Católica de Manizales; Docente Universidad Católica de Manizales. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7848-6368>; Correo electrónico: jzuluaga@ucm.edu.co

³ Luz Stella Montoya Duque. Magister en Educación, Universidad Católica de Manizales; Profesional de la Unidad de Calidad, Área de Atención a la Población Diversa de la Secretaría de Educación. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9081-5283>; Correo electrónico: luz.montoya@manizales.gov.co

⁴ Wilson Alejandro Largo Taborda. Magister en Química, Universidad de Caldas; Docente Colegio Santa Juana de Lestonnac. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4718-8763>, Correo electrónico: walgot@santajuanalestonnac.edu.co

⁵ Jonathan Alexander García Posada. Licenciado en filosofía y letras Universidad de Caldas. Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8609-5308>; Correo electrónico: jonathan.201520818@ucaldas.edu.co

objetivo fortalecer aspectos de la salud y aprendizaje de los niños, adolescentes y sus familias, que asisten al Aula Hospital de la Fundación Divina Misericordia, mediante el clown educador y los programas de licenciatura de la Universidad Católica de Manizales (UCM). La metodología se realizó con una perspectiva del enfoque cualitativo, con un tipo de investigación-reflexión-acción con el propósito de analizar y reconocer la realidad del contexto en el cual se lleva a cabo la intervención pedagógica. Los resultados obtenidos reflejan la relación entre las necesidades en salud y los procesos académicos de los participantes y, también, permitió el trabajo interdisciplinario, en favor de las personas consolidando un proceso de aprendizaje integral entre los docentes en formación de la UCM y la implementación de estrategias clown en salud. Se pudo concluir que los espacios de aprendizaje requieren de un acompañamiento permanente donde tanto docentes, directivos y familia puedan articular en pro de la formación de los estudiantes en cualquier contexto o dificultad educativa.

Palabras clave: seguimiento, clown educador, educación inclusiva, hospital, educación a distancia.

Pedagogical accompaniment through the educator clown as an opportunity for transformation: follow-up, clown and education Summary

Pedagogical accompaniment through the clown educator, was developed in the framework of an extension project and social projection of the Catholic University of Manizales, in partnership with the Faculty of Education and the Faculty of Health in 2021. The project aimed to strengthen aspects of the health and learning of children, adolescents and their families, who attend the Hospital Classroom of the Divine Mercy Foundation, through the clown educator and the degree programs of the Catholic University of Manizales (UCM). The methodology was carried out with a perspective of the qualitative approach, with a type of research-reflection-action with the purpose of analyzing and recognizing the reality of the context in which the pedagogical intervention is carried out. The results obtained reflect the relationship between the health needs and the academic processes of the participants and also allowed interdisciplinary work, in favor of people consolidating a process of integral learning among teachers in training of the

Orozco D, M. I; Zuluaga G, J. I; Montoya D, L. E; Iargo T, W. A. y García P, J. A. (2022). Acompañamiento pedagógico mediante el clown educador como oportunidad de transformación: seguimiento, Clown y educación. *Plumilla Educativa*, 30 (2), 143-192. DOI: 10.30554/pe.2.4748.2022.



UCM and the implementation of clown strategies in health. It was possible to conclude that the learning spaces require a permanent accompaniment where both teachers, managers and family can articulate in favor of the training of students in any context or educational difficulty.

Keywords: follow up, clown educator, inclusive education, hospital, distance education.

Estratégias de aprendizagem cooperativa em alunos de escolas secundárias rurais

Resumo

Acompanhamento pedagógico mediante o clown educador, se desenvolveu no marco de um projeto de extensão e projeção social da Universidade Católica de Manizales, em associação com a Faculdade de Educação e a Faculdade de Saúde no ano 2021. O projeto teve como objetivo fortalecer aspectos da saúde e aprendizagem das crianças, adolescentes e suas famílias, que assistem à Sala Hospital da Fundação Divina Misericórdia, mediante o clown educador e os programas de licenciatura da Universidade Católica de Manizales (UCM). A metodologia se realizou com uma perspectiva do enfoque qualitativo, com um tipo de pesquisa-reflexão-ação com o propósito de analisar e reconhecer a realidade do contexto no qual se realiza a intervenção pedagógica. Os resultados obtidos refletem a relação entre as necessidades em saúde e os processos acadêmicos dos participantes e permitiram o trabalho interdisciplinar, em favor das pessoas consolidando um processo de aprendizagem integral entre os docentes em formação da UCM e a implementação de estratégias clown em saúde. Pôde-se concluir que os espaços de aprendizagem requerem um acompanhamento permanente onde tanto docentes, gestores e família possam articular em prol da formação dos estudantes em qualquer contexto ou dificuldade educativa.

Palavra chave: follow up, clown educator, inclusive education, hospital, distance education.

Introducción

Las aulas hospitalarias en el mundo han ido ganando espacios y diferentes desarrollos a nivel mundial, haciendo que los niños y adolescentes puedan tener un contacto educativo y pedagógico a pesar de estar enfermos. En palabras de Soto (2007) se utiliza el término de Aula Hospitalaria cuando el aula es llevada al hospital con el objetivo de permitir que los niños y/o adolescentes internados en una institución médica puedan continuar con sus estudios y cuenten con un espacio destinado a la recreación y el buen desarrollo personal y social.

Para un niño o una niña, la enfermedad se convierte en un hecho nuevo, ya que no se encuentra dentro de su espacio cotidiano; por tal motivo, este puede ser un proceso innovador que genera en muchas ocasiones una sensación negativa de incertidumbre. En ese sentido, es importante recalcar que el paciente se ve inmerso en una nueva etapa, es decir, empieza a vivir situaciones diferentes a lo que es su costumbre, porque deja de lado su rutina, su familia y su educación. Considerando a Polaino, et al., (2000), la presente situación genera nuevos desafíos para el campo de la salud y la educación, debido a las modificaciones en el comportamiento, los hábitos y los ritmos de vida de los niños y su familia, provocados por la enfermedad, que lo pueden conducir a comportamientos inadecuados en el futuro, o a la pérdida de habilidades (Polaino, et al., 2000).

En palabras de Baysinger et al., (1993), la suspensión temporal de la escuela por ingreso al hospital supone cambios en el ritmo de aprendizaje, que puede tener una gran cantidad de efectos a corto y largo plazo, y en algunos casos puede agravarse por las secuelas de la enfermedad del paciente y los efectos secundarios del tratamiento, lo cual puede generar un impacto negativo en la capacidad de aprendizaje. La Ley General de educación en su artículo primero, define la educación como un proceso de formación permanente, personal, cultural y social, que se fundamenta en una concepción integral de la persona humana, de su dignidad, de sus derechos y de sus deberes. Por consiguiente, la educación es concebida como un deber y un derecho de los ciudadanos, en perspectiva de una oportunidad para el desarrollo de su formación integral; posesionándose desde un carácter de universalidad y desarrollo en las sociedades contemporáneas.

En este sentido, los gobiernos, las entidades territoriales, organizaciones y demás instituciones con responsabilidad civil y social, están llamadas a tener dentro de sus planes y programas, acciones y mecanismos que permitan cubrir la demanda educativa desde los diferentes niveles y modalidades de atención, con características como el acceso, la participación, cobertura, desarrollo y evolución de la misma, con el fin de preparar a los educandos desde sus niveles para una eficiente vinculación en la sociedad contemporánea. Lo anterior, nos invita a pensar la educación para todas las personas, sin importar sus condiciones culturales, académicas, o sociales, como una oportunidad de formación integral, desarrollo y transformación social.

La Universidad Católica de Manizales, como lo expresan Caicedo et al, (2020), desde sus misiones sustantivas de docencia, investigación y proyección social, ha concebido la docencia como una práctica social y cultural, la investigación como un proceso de generación de conocimiento y la proyección social, como la aplicación de los saberes a los contextos sociales particulares en perspectiva de promoción y transformación social para contribuir al cumplimiento de los objetivos sociales misionales y al desarrollo local y regional, en articulación con facultades, programas, unidades, centros e institutos de la Universidad. Desde la articulación de las tres misiones sustantivas, la UCM ha consolidado una valiosa experiencia social en el marco de la responsabilidad social universitaria, a través de la concreción de proyectos sociales de desarrollo, como producto de la participación en redes de acción social y derivado de alianzas y convenios de apoyo y cooperación con instituciones que tienen como objeto trabajar con las poblaciones y los contextos particulares (Alzate, Gutierrez y Orozco, 2018; Parra y Agudelo, 2020; Parra y Agudelo, 2021).

Es entonces, así como surge el proyecto de acompañamiento pedagógico al aula hospital, como una oportunidad de acercamiento y apoyo específicamente a niños, adolescentes y sus familias, con diferentes características y problemas de salud, en su proceso académico, personal y familiar. El proyecto tuvo como objetivo: Fortalecer aspectos de la salud y aprendizaje de los niños que asisten al Aula Hospital de la Fundación Divina Misericordia, mediante el clown educador y los

programas de licenciatura de la UCM y generar estrategias de acompañamiento pedagógico. El acompañamiento al aula hospital desde el clown educador, se desarrolla en el marco de la institucionalización de un proyecto de extensión y proyección social de la Universidad Católica de Manizales, en asocio con la facultad de educación y la facultad de salud, que permite desde diferentes enfoques, cumplir el propósito de brindar acercamiento, apoyo y acampamiento educativo y pedagógico, a los niños y adolescentes y sus familias, acogidos en la Fundación Hogar de la Divina Misericordia, de la ciudad de Manizales (Caldas -Colombia).

Pedagogía Hospitalaria: Orígenes

Pensar en una pedagogía hospitalaria implica un acompañamiento y proceso social en la cual se lleva a cabo una articulación entre la medicina y la pedagogía, por esta razón es importante reconocer los orígenes que tiene dicha actividad, tal como lo plantea Ortiz (1994):

Los orígenes de la pedagogía hospitalaria se remontan al siglo XIX gracias a los trabajos realizados por las grandes figuras de la Educación Especial (Itard, Decroly, Montessori) quienes pusieron en práctica un proceso de colaboración medico pedagógica abordando el tratamiento de los niños ingresados en hospitales psiquiátricos y más tarde con niños considerados como “normales”. Se vio así, la necesidad de una atención menos centrada en la medicina y que se desplazaba hacia un concepto más próximo a la atención educativa (p. 42).

En concordancia con lo anterior, se puede comprender que desde el siglo XIX se evidencia la necesidad de una educación diferenciada, con objetivos y estrategias académicas situadas en el contexto y que permita un abordaje desde los procesos educativos y formativos que a todos se les pueda asegurar el acceso a una educación de calidad. En ese sentido, como lo exponen Polaino y Lizasoáin (1992):

A partir de la segunda guerra mundial se hizo necesario involucrar el campo educativo en el entorno del hospital, la razón fundamental estuvo en las frecuentes y severas alteraciones psicológicas que sufrían los niños que eran ingresados durante largos períodos en los hospitales, alejados de su entorno familiar

(Elliot, 1987; Lizasoain y Polaino, 1987; Melamed, 1988; Cornsweet, 1990; Mc Clowry, 1990; Walker *et al.*, 1990). Los primeros profesores que entraron en los departamentos pediátricos contribuyeron de forma considerable a la prevención del "hospitalismo" (p. 50).

Una de las primeras aulas creadas después de la posguerra fue en Viena, hacia el año de 1917, la finalidad de esta aula se orientó a dar amor, juegos y generar aprendizajes en los niños que se encontraban internos por largos periodos, para ello se implementó el uso de cartillas, con el fin de suplir las necesidades educativas de las personas en dicha situación (Hawrylak, 2000; Muñoz, 2012; Polaino-Lorente y Lizasoain, 1992). La pedagogía hospitalaria cuenta con gran auge en Europa, especialmente en España, siendo reconocida y probada por el Ministerio de Educación a partir del año 1912. Las primeras aulas hospitalarias pertenecieron a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, en 1947 se crea la primera escuela pública en un hospital, centrada en un paradigma higienista.

Hacia 1970 el aumento de niños que ingresaban a los hospitales por estar contagiados de polio y que requerían largas estancias favorecieron la creación del colegio de Educación Especial; en el campo de la medicina desde la especialización en pediatría, permitió que estos profesionales se fundamentaran en la filosofía, la cual en palabras de Medina y Wiebers (2002) consideraba que la medicina que se ejercía para los adultos debía ser distinta a la medicina requerida por los niños y niñas; dicho concepto ocupó un papel importante en la atención en aulas hospitales en Europa y propendieron por generar ambientes diferentes para la atención del niño. En palabras de Palomares, *et al.*, (2016) este reconocimiento permitió identificar la importancia del juego y el aprendizaje en el entorno hospitalario para los procesos de recuperación del niño enfermo. En palabras de Calvo (2017), quien plantea un escenario legal en los inicios de dicho proceso: "En 1983, se publica el Real Decreto 1174/1983, de 27 de abril, sobre Educación Compensatoria que propugna el desarrollo de Programas para grupos en desventaja educativa con el fin de disminuir su discriminación" (p. 37), en este marco se argumenta la importancia de una educación que promoviera la atención pedagógica al niño enfermo.

Adicionalmente, el Parlamento Europeo (1986) en su declaración de los Derechos del niño hospitalizado o en tratamiento, en sus 23 principios, destaca la importancia de continuar el proceso educativo del niño durante su estancia en el hospital, y contar con el material didáctico necesario que aporte la institución educativa en la cual se encuentra matriculado, sobre todo si la hospitalización es larga. Puesto que, considerando lo anterior es importante resaltar que la etapa escolar no puede convertirse en un obstáculo para el niño o la niña y su bienestar sobre todo si cuentan con tratamientos médicos; destaca a su vez la importancia del proceso educativo del niño durante su recuperación y orienta a los diferentes estamentos (Escuela, Sociedad y Estado) a brindar atención psicológica o social a la familia y cuidadores del menor.

Por consiguiente, como lo argumenta Fernández (2015) se busca minimizar el impacto que genera el entorno hospitalario en el niño una vez se ve enfrentado a la separación familiar, educativa, social y cultural y, por otro lado, se intenta reducir el síndrome del hospitalismo que padecen frecuentemente cuando se ven inmersos en dicha situación. Es importante destacar que la declaración de los niños hospitalizado se fundamenta en normativas como: Las recomendaciones sobre hospitalización (1987), las cuales fueron elaborados por la Comisión Hospitalaria de la Comunidad Europea; en ella se señalan algunas orientaciones que favorecen la estancia del niño en los Hospitales; una segunda normativa es la Carta de la EACH de los Derechos de los Niños y las Niñas Hospitalizados en 1988. En ese sentido, García (2010) explica:

El Real Decreto 696/1995, de 28 de abril, de Ordenación de la Educación de los Alumnos con Necesidades Educativas Especiales, y el Real Decreto 299/1996, de 28 de febrero, de Ordenación de las acciones dirigidas a la Compensación de Desigualdades en Educación, recogen la creación de escuelas en los hospitales y la atención al niño enfermo en su domicilio respectivamente de los alumnos de educación infantil, educación primaria y educación secundaria obligatoria (p. 254).

En perspectiva de lo anterior, es de vital importancia reconocer el papel que juegan las normativas a la hora de mediar en los procesos relacionados con la discapacidad y la intervención de los hospitales como se menciona

en el Real Decreto Legislativo 1/2013 del 29 de noviembre y en conjunto con la Ley General de los derechos de las personas que presentan discapacidad, promoviendo la inclusión social como se muestra en el artículo 20 de la mencionada Ley. Asimismo, como lo expone Calvo (2017), quien indica que los hospitales de niños en rehabilitación y aquellos con servicios permanentes de pediatría, ya sean públicos o privados, suelen ocupar al menos la mitad de las camas, las admisiones de pacientes y la atención en salud son financiadas con recursos públicos; por esta razón debe existir una docencia departamental para prevenir, evitar la marginación y, de esta manera agilizar la oferta educativa y el proceso de ingreso de los escolares en estos hospitales especializados.

Es así como en Alemania a mediados de los años 1920 un grupo de pediatras generaron un movimiento nacional orientado a promover la educación hospitalaria de los niños, esta iniciativa tomó mayor fuerza en 1968 donde mediante la iniciativa de un grupo de padres conformaron el comité de acción a favor de los niños hospitalizados (Aktionskomitee Kind im Krankenhaus, AKIK), la educación que allí se imparte se fundamenta en los principios de la Educación Especial (Bitzer *et al.*, 2009), situación que identifica las escuelas hospitales como escuelas especiales, fundamentada en el aprendizaje de asignaturas consideradas como básicas, el juego organizado y los procesos terapéuticos.

Australia es uno de los países que le ha dado gran importancia a las aulas hospitales, tuvo su origen en los planteamientos desarrollados por pediatras y pedagogos, en 1917 se desarrolló el primer proyecto orientado a la atención a esta población, en la Clínica Universitaria Infantil de Viena, en 1948 las Escuelas Hospitales que se encontraban en Australia se agruparon con el nombre de “Escuelas Especiales en Sanatorios para Chicos y Chicas Deficientes Físicos”; en 1984 se funda la “Asociación Austriaca de Profesores en Centros Médicos” para los niños que por sus condiciones de salud no pueden asistir a la escuela para que no se encuentran reclusos en hospitales y requieren educación domiciliaria se creó en 1985 un proyecto denominado “*Integrative home Teaching*” (Polaino & Lizasoain, 1992).

Pedagogía hospitalaria en América Latina

Castro *et al.*, (2016) exponen: “La primera aula hospitalaria en América Latina, se implementó en el año 1946 en la ciudad de Buenos Aires, los objetivos de esta aula se basaron en garantizar la continuidad educativa del niño hospitalizado” (p. 84). En Chile hacia el año de 1960 se funda en el hospital Regional de Concepción la primera escuela hospital, en la década de los 90 en los hospitales de Santiago, se inicia un trabajo en las aulas hospitales con un enfoque asistencial, posteriormente en el año 1999 al promulgar los decretos supremos 374 y 375 se posiciona la atención escolar hospitalaria y se fundamentan en la convención de las Naciones Unidas para las personas con discapacidad de 1994, permiten la atención educativa del niño desde el primer día de hospitalización, o que se encuentran en ambiente ambulatorio y/o domiciliario y enfatiza en el diseño de un currículo adaptado, con el objeto de garantizar la reincorporación del niño a la institución de origen.

Otras instituciones como la fundación Carolina Labra Riquelme, se encarga de la implementación y promoción de las “Escuelas Hospitalarias” los programas educativos que ofrecen buscan responder a los ritmos y estilos de aprendizaje de cada niño y busca que las escuelas de origen cuenten con amplia participación en el proceso pedagógico con el objeto de alcanzar la integración de los niños tanto a nivel social como escolar (Riquelme, 2014). Otro proyecto liderado es el “Colegio para niños con cáncer”, el cual inicio a partir del 2007 y como lo establecen Clavijo, López y Rodríguez, (2014), a través de su programa de aula hospitalaria, es comprensible que el shock inicial de ir a la escuela de oncología probablemente sea menos traumático para los niños siempre que tengan una imagen precisa de su condición física y su potencial y posibilidades futuras, razón por la cual la experiencia es humano y didáctico (Alonso *et al.*, 2006).

Dicho proceso permitió la creación del primer organismo internacional para hacer efectivo el derecho a la educación del niño hospitalizado o en situación de enfermedad (REDLACEH, 2019). Para el caso de Argentina las aulas hospitales reconocidas en la actualidad como “Escuelas hospitales” iniciaron su proceso a partir del año 1946 consolidándose este como un país pionero en la enseñanza en centros hospitalarios y se creó la escuela Ambulante del Hospital, dicha escuela conto con la participación de

pediatras y pedagogos voluntarios que consideraban que las largas estancias de los niños en dichos centros demandaban no solo atención médica sino también lúdica y pedagógica con enfoque asistencialista, situación que permitió enfrentar el aislamiento de los niños recluidos en los diferentes centros hospitalarios, especialmente en los centros denominados *Hospital de las Pestes* donde se intervenían pacientes con tuberculosis (Castro y Santana, 2015).

En esta época el hospital Gutiérrez inicia la experiencia “La escuela que cura” tratando de intervenir a pacientes crónicos desde la resiliencia. En la ciudad de Buenos Aires se contaron hasta 17 escuelas hospitalarias, donde se tenían los cargos de directos y vicedirector y además se contaba con atención para niños y adultos (Gallardo y Tayara, 2009; Palomares *et al.*, 2016). Asimismo, entre los años 1976 y 1983 cada hospital municipal contaba con su propia Escuela Hospitalaria, con el fin de proporcionar atención a los niños y adultos que no tuvieran culminado el ciclo de primaria (García, 2014). “En Argentina el servicio se ubica dentro del área de «Escuelas Hospitalarias y Domiciliarias». La ley 26.206, de Educación Nacional (aprobada en 2006) prevé una modalidad como tal, diferente de la Educación Especial” (Ruiz y Molinari, 2009, p. 131).

Es importante recalcar, que durante varios años han sido varios los tratados, acuerdos, Decretos y demás normativas que han surgido en pro de una educación de calidad para aquellas personas que se encuentran en tratamientos de salud u hospitalizados:

En el año 2000 la asociación hope (Hospital Organización of Pedagogues in Europe) aprueba la Carta Europea sobre el Derecho a la Atención Educativa de los Niños y Adolescentes Enfermos. En 2009 la Asamblea General de redlaceh (Red Latinoamericana y del Caribe por el Derecho a la Educación de Niños, Niñas y Jóvenes Hospitalizados y en Tratamiento) aprueba la Declaración de los Derechos del Niño, Niña o Joven Hospitalizado o en Tratamiento de América Latina y el Caribe en el ámbito de la Educación, validada por el Parlamento Latinoamericano el 22 de noviembre de 2013 (Calvo, 2017, p. 39).

Contexto local y regional

Cómo ya se había mencionado, en la ciudad de Manizales surgió un aula hospitalaria en el Hospital Infantil Universitario Rafael Henao Toro, que aún hoy está vigente. Actualmente, algunos de los niños y adolescentes atendidos en este hospital, son acogidos en la Fundación La Divina misericordia, debido a que viven en lugares lejanos y acuden al hospital a tratamientos de larga duración. Es por esta razón que surge la posibilidad de iniciar el aula hospital en esta Fundación. Entonces, se puede decir que el acompañamiento al aula hospital, es una apuesta institucional, donde docentes y estudiantes, movidos por la sensibilidad social, el compromiso y el deseo de acompañar a los niños y jóvenes en su estado de salud y para disminuir el impacto de la hospitalización en su proceso educativo (Carvajal et al., 2022). Es una respuesta a una necesidad real, que trasciende las fronteras de lo académico y se centra en el paciente como protagonista no solo de su recuperación sino también de su proceso de formación integral.

En concordancia con lo anterior, es importante considerar que, en las Facultades de Educación y en los programas de formación de maestros, se centran en preparar docentes en las distintas áreas del conocimiento, como los son las matemáticas, las ciencias, la historia. Pero presentan un reto mayor y es tener presente el reconocimiento del contexto como factor primordial del proceso de enseñanza y aprendizaje, pero más que ello, formar maestros que promuevan la cultura del encuentro, desde procesos inclusivos y nuevas miradas de la educación como lo es en este caso el aula hospital.

Por lo tanto, el acompañamiento al aula hospital es sinónimo de cercanía, apoyo, pedagogía del amor, gratitud, reconocimiento del otro desde su condición particular, en perspectiva de superación, realización y avance en términos educativos y de salud. El proceso de acompañamiento, se media y enfoca desde las particularidades tanto del contexto, como de los pacientes que las componen, en este sentido el aula hospital se convierte en un espacio incluyente para niños y jóvenes que por situaciones de enfermedad o incapacidad requieren permanecer en diferentes tiempos de hospitalización; y en lo cual se hace necesario continuar con su proceso académico, mediado por diversas estrategias pedagógicas y didácticas, el afecto y el acompañamiento personal y familiar.

Según Caballero (2007), es fundamental considerar que aquellos niños y niñas, con alguna enfermedad no están impedidos para desarrollar y cumplir diversas tareas, que para muchos se ha convertido en un prejuicio por encontrarse en dicho escenario limitando las capacidades de dichas personas, “ya que ellos tienen la capacidad para hacer frente a los desafíos que les pueda presentar la vida, siempre y cuando cuenten con el apoyo de las personas que los rodean” (Caballero, 2007, p. 158).

De esta manera, se pueden enmarcar en el proceso de acompañamiento diversos propósitos tanto en el marco de la superación de las dificultades de salud, como en el avance y continuidad de los procesos educativos durante el periodo de hospitalización (Largo-Taborda, López-Ramírez, et al., 2022), desde metodologías adecuadas y pertinentes a las necesidades propias de los pacientes, que potencien el proceso de socialización y desarrollo, desde el seguimiento de los procesos de enseñanza y aprendizaje (Largo-Taborda, Zuluaga-Giraldo, et al., 2022), que le permiten al paciente comprender objetos de estudio en el marco de su proceso académico y posteriormente una exitosa vinculación a la Institución educativa de procedencia.

En muchos casos, la atención educativa se lleva a cabo tanto de manera individual como en equipos de trabajo; de esta manera se logra la cercanía afectiva, la cual promueve un ambiente cordial y amable para quien se encuentra en dicho espacio, logrando así un clima de confianza, permitiendo entonces una mejor comunicación que propicia la expresión de sentimientos, emociones y pensamientos (Urmeneta, 2011). Es importante considerar que, las personas que se han tenido situaciones de enfermedad y hospitalización ven afectada su vida social ya que dichos momentos se ven reducidos, en especial cuando sus estancias son largas y recurrentes, es allí donde: “el trabajo en el aula hospitalaria da respuesta, en cierta medida, a las necesidades sociales de toda persona” (Urdaneta, 2011, p. 12).

Por tanto, ante la diversidad de edades de los alumnos, las tareas educativas son personalizadas, ya que pueden salir de su habitación en el hospital y unirse al profesor en un contexto diferente, manteniendo las ganas y la atención por aprender, sin olvidar los hábitos adquiridos, develando sus intereses y de esta manera fomentarlos y ampliarlos

considerando las situaciones particulares, desde la promoción de la autoestima, la motivación y una actitud vital. De esta manera, enseñar dentro del Aula Hospitalaria implica una etapa de adaptación que involucre la realidad del niño y/o adolescente, comprendiendo que el paciente requiere un enfoque diferente al propuesto en un currículum desenfocado y descontextualizado, que permita plantear una nueva concepción de educación, desde lo que se entiende y buscamos alcanzar durante el proceso de enseñanza y aprendizaje.

En este sentido, tanto la educación como la cultura son procesos sociales que permiten que el ser humano se pueda humanizar, ya que permite promover las relaciones entre los individuos. Por tal motivo, las intervenciones educativas favorecen el normal desarrollo de los niños y adolescentes y permite prevenir riesgos que puedan suponer alteraciones presentes y futuras como principal proceso de integración y participación social. Por consiguiente, la educación debe estructurarse en torno a cuatro aprendizajes fundamentales que en el transcurso de la vida se convertirán en particularidades y características propias de cada individuo, en otras palabras, dichos pilares son:

(...) conocimiento: aprender a conocer, es decir, adquirir los instrumentos de la comprensión; aprender a hacer, para poder influir sobre el propio entorno; aprender a vivir juntos, para participar y cooperar con los demás en todas las actividades humanas; por último, aprender a ser, un proceso fundamental que recoge elementos de los tres anteriores (Delors, 1996, p. 91).

De esta manera, los docentes que trabajan en las aulas hospitalarias no están inmersos en un ambiente de risas, alboroto, juegos y voces exultantes como se puede vivir en una escuela ordinaria. Los profesionales que se desempeñan en dichos escenarios se mueven en un entorno de camillas, batas blancas, silencio, material sanitario, y en muchas ocasiones se viven momentos de tensión pocos motivantes por la situación crítica que esté pasando un paciente, el cual puede llegar a ser uno de aquellos estudiantes que hacen parte de dicho acompañamiento y que se encuentra en un estado terminal.

El entorno hospitalario implica una serie de normas de asepsia, velar siempre por el estado del paciente, seguir las pautas indicadas, informar de las incidencias significativas. Para una

atención integral al paciente, es necesaria una coordinación con el equipo multidisciplinar: médicos, enfermería, trabajador social, psicólogo, etc. (Urmeneta, 2011, p. 11).

Por consiguiente, los mismos procesos de acompañamiento direccionados por los docentes y asistentes, está enfocados, no solo al paciente como centro de los procesos de rehabilitación, y avance académico, sino también como lo indican Chaves et al, (2014), a los padres de familia, acudientes, y cuidadores primarios, como actores importantes y fundamentales del proceso, desde actividades variadas, que puedan adaptarse a las circunstancias de los tratamientos médicos, que permiten determinar la forma de trabajar, desde las condiciones de la persona, generando espacios en los cuales se puedan transmitir pensamientos, sentimientos y emociones mediante la expresión corporal, oral y escrita y demás maneras de manifestación (Tinoco y Zuluaga, 2019; Ruiz-Torres et al., 2018).

De esta manera, la pedagogía hospitalaria intenta dar respuesta a la realidad de nuestro tiempo, es un intento de continuar el proceso educativo de los enfermos o en recuperación, sus familiares y todos aquellos que interfieren en la vida. La pedagogía hospitalaria es una rama de la pedagogía social, y su objetivo es brindar servicios de educación social a las personas que se encuentran en estado de enfermedad y cuyas vidas se ven afectadas por esta condición (Giraldo et al., 2020; Rodríguez y Noguera, 2015).

En el año 2013, como parte de la experiencia como docente de la Universidad Católica de Manizales, María Ibeth Orozco Duque enfermera de profesión, una vez terminada la Maestría en Educación inicia con la proyección de realizar estudios enfocados a la implementación del clown hospitalario y a su vez desde el diplomado Cuidarte de la Universidad de Antioquia, inició una propuesta original de trabajar el clown, en el ámbito educativo, creando un personaje, llamado “Clautina”, una payasa que nació de su corazón y que integraba el clown y la enfermería, para sensibilizar a sus estudiantes hacia el cuidado humanizado de sus pacientes. Así fue cómo enriqueció su trabajo cómo docente del Programa de Enfermería, con la lúdica, la creatividad y la recreación, que son esencia

del clown. Además, en el 2014, la misma docente, creó el grupo clown, llamado Narices Felices, integrado por estudiantes de enfermería, que crearon sus personajes y fue con ellos, que se realizaron las intervenciones en el Proyecto aula hospital desde la perspectiva del clown educador. Un poco más tarde, empieza a desarrollar una nueva propuesta a la que denominó Clown educador, la cual no es otro que el clown terapéutico, que educa en salud. Importante, porque lo ejerce personal de la salud real, no es teatro, que es el origen del clown, pero utiliza al clown desde su esencia humana, con las características que se unen a las del enfermero, en el cuidado de los demás, las cuáles detallaremos más adelante. Este clown, se traslada al hospital para hacer educación en salud, especialmente.

Actualmente, el Clown hospitalario, ha sido reconocido como factor humanizante en los centros de salud, y con el enfoque clown educador en salud, permite que el niño, adolescente y su familia, puedan aprender aspectos de su enfermedad y autocuidado desde una perspectiva más interactiva, con la lúdica y la recreación. La intervención del Clown como educador, juega un papel relevante, que permite tanto al niño, adolescente, como a la familia, fortalecer la resiliencia, logrando mejor adherencia al tratamiento y manejo posterior de la enfermedad. Puede decirse que esta intervención, va más allá de la medicina y de las políticas educativas, allí es donde se reclaman la dignidad y la solidaridad del niño enfermo hospitalizado y de su contexto familiar, ya que se enfoca en preservar y promover su estado de salud, pero incluyendo también las habilidades humanizante del clown, la mirada abierta, la escucha total, la fragilidad del payaso, la improvisación y el respeto por la humanidad del otro.

Además, los estudiantes de los programas de Licenciatura, se unieron al proyecto, siendo un puente que permitió la conexión del niño, adolescente y su familia, con la escuela y los procesos académicos, a pesar de su hospitalización favoreciendo el derecho, que tienen a la educación, independientemente de su condición de salud. Este proceso se constituye, de un pilar importante, para minimizar la deserción escolar (Giraldo-Gómez et al., 2019; López-Trujillo et al., 2021). A continuación, se presentan aquellas características que son fundamentales a la hora de establecer una relación terapéutica con el paciente, sobre todo

considerando que es un niño o niña quien se encuentra en condiciones de vulnerabilidad por su estado de salud.

La relación terapéutica

La relación terapéutica, es un intercambio energético entre el paciente, el enfermero y su familia. Es el encuentro de dos universos. El enfermero moviliza su energía para ayudar al enfermo y éste la utiliza para su recuperación. La dinámica de la relación terapéutica es diferente a todas las interacciones que estamos acostumbrados a sentir. En esta relación el personal de enfermería establece una conexión con su paciente para ayudarlo a satisfacer sus necesidades. En ella se incluyen los conceptos de: Confianza, Empatía, Autonomía, Cuidado y Esperanza, cuando el enfermero utiliza e incluye estos conceptos en su relación terapéutica con el paciente, desarrolla habilidades necesarias para dirigir su energía hacia una relación de ayuda eficaz.

Confianza: Dentro de la relación terapéutica la *confianza* es la *convicción de que otros sujetos son capaces de ayudar en momentos de necesidad y que van a hacerlo*.

Empatía: La empatía es la *habilidad de sentir cómo el otro siente, ponerse en su lugar, para comprenderlo y ayudarlo*.

Autonomía: La autonomía, cómo la capacidad de autogobernarse y auto dirigirse, tanto del enfermero, como de su paciente. Siempre se debe llevar la relación hacia la mayor autonomía del paciente.

Cuidados: Las personas necesitan de atención y amor, el cuidado es una parte fundamental de la relación terapéutica. Cuidar a otro es estar solícito, cercano. Es la energía que permite al personal de enfermería aceptar incondicionalmente a todas las personas, sin juzgarlas y respetando sus creencias. La esencia de la enfermería es cuidar al otro, por eso se le llama profesión dedicada al cuidado. Las personas pueden sentir la energía de quien les está brindando su cuidado y puede tener una experiencia, positiva o negativa. El arte de prestar cuidados se demuestra con cada acto, cada gesto y cada interacción con los pacientes, Cuidar es una energía que comunica preocupación por, sensibilidad y compasión, por

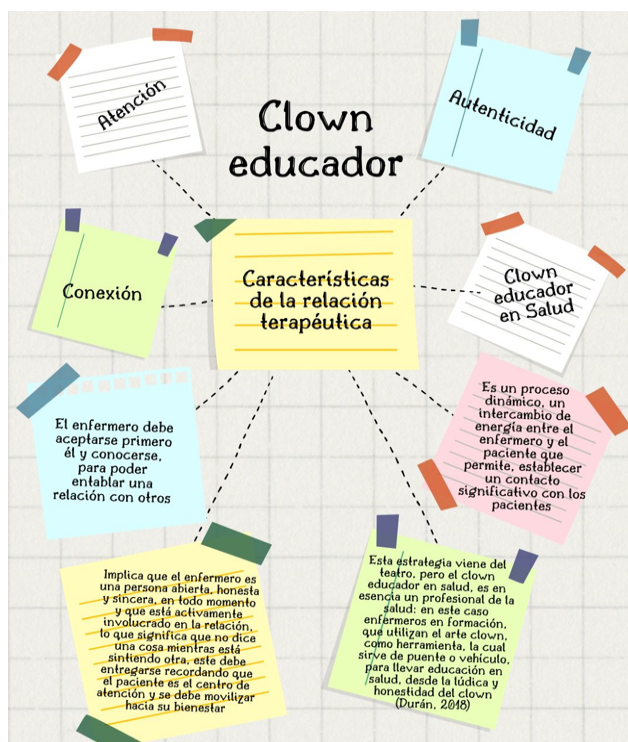
lo que es importante, que el enfermero, conozca que le está trasmitiendo a las personas y como lo están recibiendo.

Esperanza: Es una fuerza vital, dinámica, multidimensional, caracterizada por una expectativa confiada, aunque incierta de alcanzar un buen futuro. La esperanza es un instrumento de energía terapéutica que ejerce un efecto sobre los resultados del cuidado del paciente. No se trata de dar falsas expectativas, sino de mantener en él paciente el deseo de lucha.

Las cualidades que debe de tener un enfermero para establecer una relación terapéutica fructífera son: aceptación, autenticidad y conexión. En la figura 1, se presenta el resumen de las características que debe tener el profesional de la salud a la hora de asumir el rol de cuidador desde el clown educador.

Figura 1.

Características de la Relación Terapéutica.



Fuente: Elaboración propia.

Metodología

La propuesta metodológica que se presentó para el desarrollo de la investigación, se inscribe en una perspectiva de enfoque cualitativo con un tipo de Investigación Reflexión Acción (RA) (Ángulo-Villanueva *et al.*, 2021). Sin embargo, se utilizó el software libre Microsoft Excel para hacer una categorización de estas, a partir de allí, se realizó un ejercicio interpretativo reflexivo de las respuestas de las encuestas y del trabajo de intervención. La población de estudio se realizó a partir de, 12 participantes, entre ellos 6 pacientes y 6 acudientes, los pacientes eran niños y adolescentes entre los 0 y 17 años de edad y sus respectivos acudientes que asistan a la fundación Hogar Divina Misericordia mientras se encuentran en tratamiento médico, cada uno de ellos, con diferentes problemáticas en salud, entendidas como, las necesidades que involucran todas las esferas humanas, físicas, psicológicas, cognitivas, emocionales, sociales, afectivas, espirituales y educativas, que, al estar en equilibrio, propician salud.

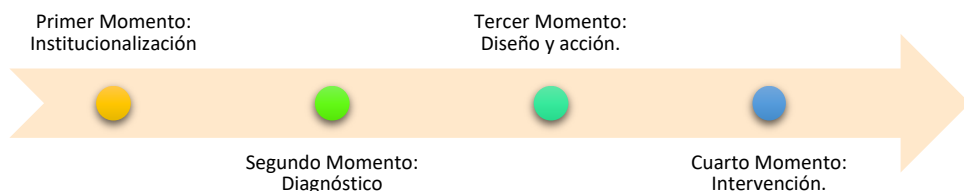
Cabe señalar que esta población de estudio estaba acompañada por una acudiente, quien velaba por su cuidado directo. Adicionalmente, esta investigación se sustenta bajo el enfoque cualitativo, el cual, prioriza en la identificación de las acciones pedagógicas de las licenciaturas de la UCM, frente a las necesidades de los niños y el Clown educador, como mediador de los aspectos de salud de los niños (Duque y Largo, 2021; Largo-Taborda, Gutierrez-Giraldo, *et al.*, 2022; Largo-Taborda, López López, *et al.*, 2022). Se inscribe desde la reflexión acción, puesto que “(...) puede ser entendida como un proceso de resolución de problemas que conduce a una toma de conciencia y genera nuevos conocimientos profesionales” (García *et al*, 2011, p. 23).

Bajo la anterior estrategia metodológica, se utilizó como instrumento de estimulación ciertos personajes Clown, los cuales, son profesionales de la salud, que priorizan las emociones y estados de ánimo de los pacientes, estos tienen el objetivo de reflejar, observar y reflexionar sobre las actitudes, pensamientos y emociones producto, de las múltiples situaciones de vulnerabilidad generadas en el contexto del paciente, una vez diagnosticado las emociones de las personas que se encuentran en el ambiente hospitalario, su objetivo es atender, acompañar y educar cada

una de las necesidades afectivas, todo ello, sustentado en los procesos formativos en el *Aula Hospital* y conlleva al docente y profesional de la Salud a reflexionar sobre los alcances de su labor. El abordaje metodológico se da a través de los siguientes momentos (Figura 2):

Figura 2.

Momento del proceso investigativo.



Fuente: Elaboración propia.

Momentos de la investigación

El proceso investigativo se sustenta bajo 4 momentos, ver figura 2, acordes a los objetivos planteados.

Momento 1: Institucionalización

1.1 recolección de información

En el primer momento del proceso investigativo se enfocó en dos fases, la primera de ellas, se sustentó en el reconocimiento y recolección de información de la población, pacientes y acudientes objeto de estudio. La intención de esta primera fase dentro del primer momento es proporcionar y obtener la información necesaria para comprender y entender el contexto de los pacientes, para ello, el personal de enfermería crea una base de datos del paciente y se prepara para la relación y así observar las reacciones. La base de datos consta de la información relativa del paciente, se debe observar las conductas recurrentes para tener una imagen del paciente.

1.2: Reconocimiento de la población

Seguidamente, en la segunda fase del primer momento se firmaron los consentimientos y asentimientos. Durante esta fase el enfermero y el paciente se conocen, se crea la confianza y el enfermero se convierte en una persona significativa para la vida del paciente, en esta fase, es de vital importancia llamarse por el nombre, explicar las funciones y se puede empezar a trabajar conjuntamente para explicar los objetivos.

Momento 2: Diagnóstico

En el segundo momento del proceso integrativo se enfocó en la recolección de las necesidades para el posterior diagnóstico, para ello, se utilizó una encuesta estructurada, cuyos tipos de preguntas se sustentaron en aspectos personales, cuyo fin era el de conocer el tipo de necesidades. Bajo ello, este tipo de instrumento se caracterizó por contener implícitamente las categorías validadas de las necesidades que se quieren trabajar, estas necesidades son; necesidades físicas, cognitivas, emocionales, afectivas, sociales, espirituales y educativas. Cabe destacar que las respuestas ayudarían a categorizar cada una de estas necesidades bajo el contexto del paciente y de su familiar.

Momento 3: Diseño y acción

3.1. Diseño

En esta instancia del proceso, se trata de conseguir los objetivos acordados entre enfermero y paciente, para ello, se sustenta este tercer momento como diseño metodológico, el cual, consta de dos periodos, el primero de ellos, enfocado en el crecimiento, en el cual, el paciente comienza aceptar y desarrollar actividades que le propone el enfermero. El segundo, en la resistencia, en este periodo los pacientes suelen estar pendientes de sí mismos, por lo regular los pacientes se sienten avergonzados y vulnerables durante este proceso. Por lo tanto, el profesional de la salud le ayuda a superar estos periodos y por esto se

deben establecer los límites ya que el paciente pasa por muchas emociones, también se pueden incluir otras profesionales, del equipo asistencial y saber la responsabilidad de cada uno, para ayudar al paciente.

3.2 Acción

En este momento, se analizan las respuestas y se agrupan las necesidades que tienen tanto pacientes como familiares y se clasificaron según la categoría en físicas, cognitivas, emocionales, afectivas, sociales, educativas, a partir de allí, se empiezan a analizar las opciones y situaciones más acordes frente a los procesos de intervención. Inicialmente, se analizó cada una de las respuestas de los pacientes y/o familiares, reflexionado en el método y acción más adecuada para que estos superarán las dificultades y problemáticas evidenciadas en las encuestas.

Momento 4: Intervención.

Para el último momento del proceso metodológico se estructuró las sesiones educativas, las cuáles se organizaron en forma de cartilla y que se trabajarán con la estrategia Clown Educador, involucrando las características del enfermero y el entorno terapéutico. Como proceso de intervención se realizó actividades por cada una de las categorías antes descritas, estas actividades fueron:

Autocuidado

- a. Realizar una mesa redonda.
- b. Preguntar a los participantes sobre la importancia del autocuidado.
- c. Entregar una hoja con imágenes para colorear imágenes relacionadas y responder preguntas sobre el tema.
- d. Socializar la actividad donde los participantes deben comentar sobre que prácticas de autocuidado realizan.
- e. Realizar la autoevaluación en la cual los participantes comentan sus aprendizajes frente a la actividad.

Higiene Personal

- a. Reunirse en el salón de la fundación.
- b. Entregar desprendibles donde está la información detallada de las prácticas de higiene corporal que se debe realizar a diario.
- c. Explicar el tema y escuchar a los participantes como mantienen o actúan frente a permanecer limpios.
- d. Dar recomendaciones de cómo realizar y con qué frecuencia se debe hacer el autocuidado personal.
- e. Construir una canción donde todos mencionamos como mantener nuestro cuerpo sano y limpio.
- f. Evaluar la actividad haciendo preguntas como: ¿Cómo es su aseo personal diario?, ¿usted considera importante este tema para el proceso de su enfermedad?

Sueño y descanso

- a. Reunirse en mesa redonda con los participantes
- b. Explicar la importancia del sueño y sus complicaciones al no tener un adecuado descanso.
- c. Con el juego alcance la estrella, se realizarán preguntas sobre el tema.
- d. Cada participante tomará una estrella y tratará de responder desde su conocimiento.
- e. Se realiza refuerzo de los aspectos adecuados y se educará sobre
- f. aspectos errados.
- g. Evaluar la actividad compartiendo los aprendizajes.

Higiene Bucal

- a. Reunirse en mesa redonda con los participantes
- b. Explicar la importancia del sueño y sus complicaciones al no tener un adecuado descanso.
- c. Con el juego alcance la estrella, se realizarán preguntas sobre el tema.
- d. Cada participante tomará una estrella y tratará de responder desde su conocimiento.
- e. Se realiza refuerzo de los aspectos adecuados y se educará sobre

- f. aspectos errados.
- g. Evaluar la actividad compartiendo los aprendizajes.

Alimentación Saludable

- a. Realizar una mesa redonda,
- b. Realizar charla educativa explicando en que consiste la alimentación saludable y su importancia.
- c. Entregar guía con gráficos de todos los alimentos.
- d. Colorear y escoger a que grupo pertenecen cada uno: carbohidratos, proteínas, grasas etc....
- e. Mientras se realiza la actividad, preguntar de manera individual que tipo de alimentación realizan, con preguntas: ¿Cómo es su dieta? ¿ha tenido problemas de salud por una inadecuada alimentación?, ¿Qué alimentos consume diariamente?

Expresión de Emociones

- a. Reunirse en mesa redonda
- b. Ver la película intensamente.
- c. Entregar una guía con dos actividades.
- d. Iniciar la actividad colocando en los rostros las diferentes emociones y dibujar un rostro de cómo se siente en este momento.
- e. Realizar otra actividad en la cual tienen que unir con una línea cada imagen con su respectiva palabra.
- f. Evaluar la actividad con las siguientes preguntas: ¿Cómo se han sentido los últimos días?, ¿Qué emoción le gusta más sentir?, ¿Cómo se siente hoy?

Mantenimiento Cognitivo

- a. Reunirse en mesa redonda
- b. Realizar charla educativa sobre el mantenimiento cognitivo y su importancia.
- c. Iniciar juego en que se pondrá a prueba la memoria.
- d. Entregar juego “Lotería” en el que cada participante tendrá que encontrar la pareja de cada imagen.
- e. El que lo haga en menor tiempo, ganara un premio.

Relaciones Interpersonales

- a. Reunirse en mesa redonda.
- b. Explicar que son las relaciones interpersonales y su importancia.
- c. Realizar un juego de mímica en cual se tiene que formar dos equipos.
- d. Cada integrante de cada equipo se le dirá una palabra relacionada con el tema explicado.
- e. Cada participante tendrá que hacer diferentes gestos sin decir ni una sola palabra ni tampoco vocalizar, tratando de hacerse comprender.
- f. El resto del equipo tendrá un tiempo determinado para adivinar la palabra y llevarse el punto.
- g. El equipo que adivine más preguntas se gana un premio.

Ubicación Temporo-espacial

- a. Reunirse en mesa redonda
- b. Iniciar la actividad realizando diferentes preguntas relacionadas con la orientación de cada uno: lugar, tiempo y espacio.
- c. Preguntas como ¿En qué lugar estamos?, ¿Qué fecha es hoy?, ¿En qué país estamos? Con esto se mirará el estado de ubicación en tiempo, espacio y persona de los participantes.
- d. Realizar otra actividad donde se entregará en medio físico y deben responder lo que se pregunta en la hoja.
- e. Explicar la importancia de estar orientados.

Necesidades Espirituales

- a. Organizar a todos los participantes en mesa redonda
- b. Explicar que son las necesidades espirituales y cuales son.
- c. Entregar a los participantes una hoja donde están todas las necesidades espirituales.
- d. Después los participantes deben escoger tres necesidades que ellos crean más importantes.
- e. Finalmente se socializa porque escogieron esas necesidades.

Actividad Final

- a. Organizar a todos los participantes en mesa redonda
- b. Realizar preguntas sobre todas las actividades y cuál fue la que más les gustó y porqué.
- c. Enseñar hacer corazones en origami donde puedan escribirle un mensaje importante a sus familias y o pacientes
- d. Se entregarán a la persona a la que se le escribió y se agradecerá su participación en el proceso.
- e. En este instante, se estableció la relación del acompañamiento y la intervención con el análisis de los resultados. Como proceso formativo y acorde con la investigación de reflexión acción, se verificó el progreso del paciente de manera periódica, con el objetivo de acompañar y de intervenir de manera asertiva las necesidades.

Finalmente, se estableció la relación del acompañamiento y la intervención con el análisis de los resultados. Como proceso formativo y acorde con la investigación de reflexión acción, se verificó el progreso del paciente de manera periódica, con el objetivo de acompañar y de intervenir de manera asertiva las necesidades.

Resultados

El análisis de los resultados del proceso investigativo se puede sintetizar a partir del a evidencia en el predominio de sentimientos negativos y necesidad de acompañamiento psicológico. Las pacientes presentan necesidades físicas, los acudientes necesidades de interacción social y de seguir su rutina diaria. Manifiestan tener necesidad de acompañamiento. Se evidencia que la Fundación Hogar la Divina Misericordia, cubre muchas de las necesidades especialmente físicas, pero requiere de otro personal que pueda colaborar en suplir otras, que también son importantes, como las sociales, afectivas, cognitivas, educativas. Se evidencia que los acompañantes son los más afectados con el proceso de la enfermedad.

Descripción de los resultados

Datos sociodemográficos

El primer resultado obtenido fue la caracterización de la población objeto de estudio, gracias a ello se facilitó el manejo de la información en pacientes y familiares, los cuales, se benefician de los servicios de la Fundación Hogar la Divina Misericordia. En este análisis se estableció que no solo niños, adolescentes y jóvenes se benefician de los servicios como alimentación, hospedaje, servicios religiosos, entre otros; sino que también se benefician personas adultas y adultas mayores que requieren de tratamientos prolongados y no son de la ciudad.

Seguidamente, el total de personas participantes de la encuesta y las actividades, fueron 12 personas, entre ellas 6 pacientes y 6 acudientes. La primera clasificación que arrojó la primera pregunta de la encuesta fue el porcentaje de participación en el proceso de acompañamiento, donde se observa mayor participación de mujeres con un 83% y hombre con un 17%, como se observa en la figura 3. En estos resultados se puede observar un nivel de participación mucho más alto en las mujeres que en los hombres. Bajo esta premisa, se puede analizar cómo, los roles biológicos desde el plano social en ambos sexos se presentan de manera diferente, puesto que, la mayoría de las veces la preocupación sobre la masculinidad, a nivel social influye en la toma de decisiones, en este caso, en la búsqueda de un acompañamiento en pro del mejoramiento no es tomado de la mejor manera para los hombre cuya educación tradicionalista se sustenta bajo el ideal de que el hombre pierde su masculinidad al buscar ayuda o a enfrentarse a un proceso de acompañamiento (Haworth-Brockman & Isfeld, 2009). por lo tanto, el género femenino está más predispuesto a realizar este tipo de ejercicios en pro de su mejoramiento, físico, personal, espiritual y psicológico.

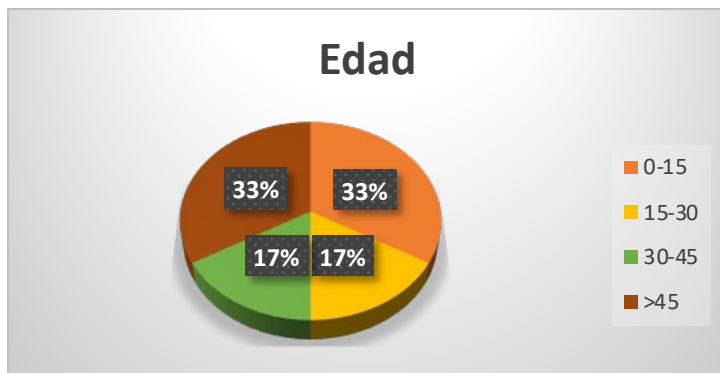
Figura 3.
Porcentaje de participación.



Fuente: Elaboración propia.

En la figura 4 se puede observar el rango de edad de las personas que participaron osciló entre los 10 y los 45 años, en esta el número de participantes entre 15 a 30 años y de 30 a 45 años fue el porcentaje más bajo, en contraste, con las otras edades. Cabe resaltar que los participantes estuvieron con sus acompañantes y acudientes, los cuales, también interactuaron de las actividades y del ejercicio investigativo. sin embargo, es importante resaltar que entre los participantes se tuviera un amplio margen de edad, puesto que, esto ayuda a que se minimice esta clase de procedimiento a un a una edad en específico, ya que, este puede ser un método por el cual se solventa las necesidades de los pacientes de la Fundación Hogar la Divina Misericordia, sin importar la edad que tengan.

Figura 4. Edad

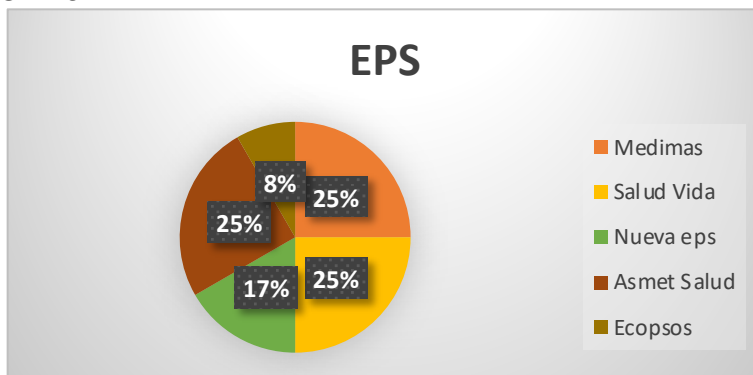


Fuente: Elaboración propia.

Como se puede observar en la figura 5 los participantes pertenecen a diferentes entidades prestadoras de salud (EPS), con un 25% están MEDIMAS, SALUD VIDA y ASMESALUD, 17% NUEVA EPS y el 8% ECOPSOS. Estos resultados muestran que la mayoría de los participantes del proceso investigativo cuentan con vinculación a la salud subsidiada por el gobierno, lo cual, es un limitante a la hora de establecer un proceso de acompañamiento frente al componente psicológico, esta premisa se sustenta al analizar ciertos aspectos de la ley 100 de 1993 del Sistema Nacional de Seguridad Social, en la cual se expresan ciertas dificultades y necesidades que no contemplan las EPS como; las decisiones profesionales, referente a los diagnósticos patologías psicológicas no son adecuadas referente al tiempo en que se deben desarrollar; los tratamientos que requiere un paciente, se ven limitadas; el número de citas autorizadas a los usuarios durante el año, no son suficientes y por último, la remuneración recibida por la consulta psicológica es mínima (Universidad Autónoma de Bucaramanga, 2021).

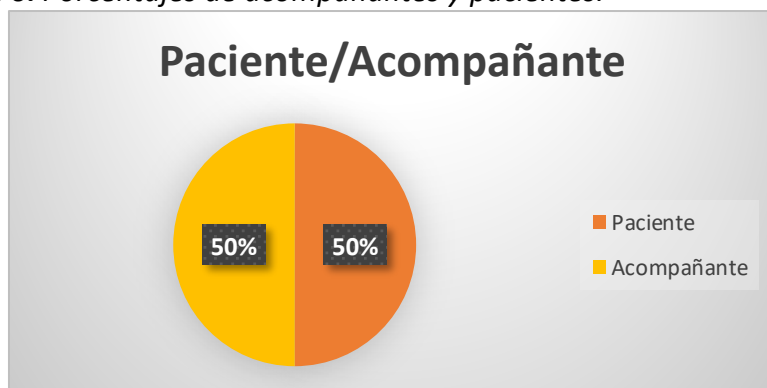
Por lo tanto, al analizar estas desventajas de las EPS, se sostiene la necesidad de implementar este tipo de proceso investigativos, puesto que, ayudará a lograr una intervención directa en los sentimientos negativos de los pacientes. Bajo esta idea, al tener limitaciones por parte del sistema de salud, es de gran importancia que el paciente cuente con un acompañamiento total, tanto de los profesionales de la salud como de acudientes y demás familiares, como se puede observar en la figura 6, el 50% de las personas acompañantes es igual al número de pacientes con el que se realizó el proceso, lo que demuestra que cada uno de estos, tuvo un acompañamiento total durante el proceso, lo cual manifiesta, la vinculación directa y el compromiso de los acudientes en el proceso de los pacientes.

Figura 5. EPS.



Fuente: Elaboración propia.

Figura 6. Porcentajes de acompañantes y pacientes.

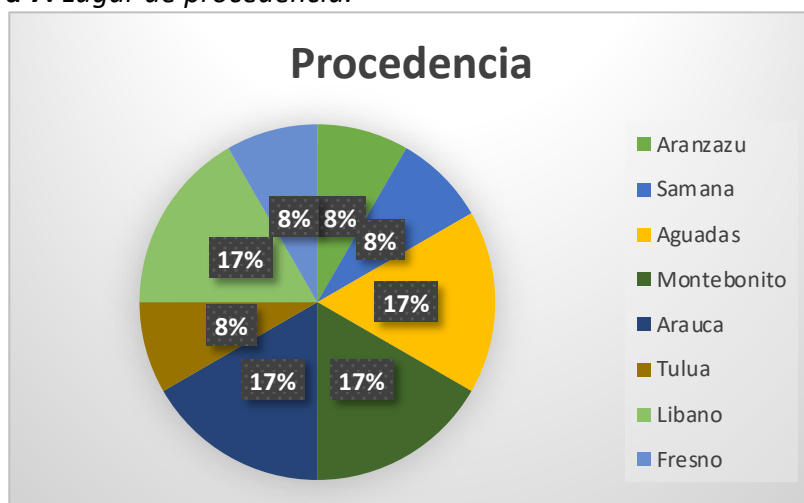


Fuente: Elaboración propia.

En la Figura 7 se puede observar la procedencia de las personas que participaron. Los pacientes y sus acompañantes, provienen de diferentes sitios geográficos del país, entre los cuáles se encuentran en el departamento de Caldas, de los municipios de Aguadas 17%, Aránzazu 8%, Samaná 8% y corregimiento de Montebonito con un 17%. En el Departamento de Arauca: del municipio de Arauca 17%. El Departamento del Valle del Cauca: con el municipio de Tuluá 8% y El departamento del Tolima: con el municipio de Fresno 8% y Líbano 8%. Bajo estos datos, se puede analizar que el 100% de la población con la que se realizó proceso investigativo no residía en la ciudad de Manizales, lo cual, sustenta la necesidad de intervención , puesto que, no están en su ciudad de origen,

están alejados de muchos de sus familiares, lo cual, al estar en el entorno hospitalario, provoca una prevalencia de estados de ánimo negativos en los pacientes, como lo expresa Alberdi-Sudupe, Fernández-Díaz, Iglesias-Gil-de-Bernabé, (2013), los síndromes depresivos y estados de ánimo negativos se presentan bajo dos aspectos centrales, el primero de ellos en, “el desarrollo y el pronóstico de la patología médica”, y el segundo, “motivo de ingreso hospitalario”.

Figura 7. Lugar de procedencia.

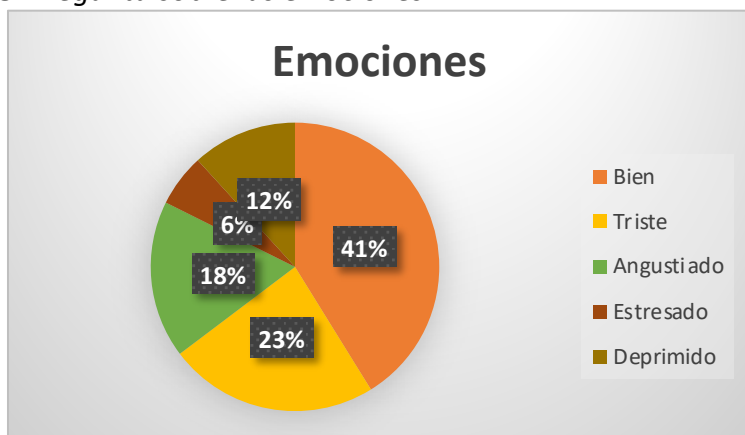


Fuente: Elaboración propia.

Frente a las encuestas, se realizan las gráficas de las respuestas más importantes:

Pregunta número 1: Cómo está su estado de ánimo en este momento?

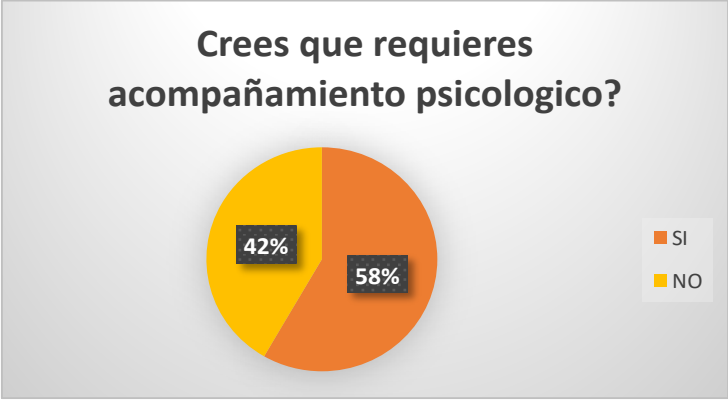
Figura 8. Pregunta sobre las emociones.



Fuente: Elaboración propia.

Los pacientes y sus acompañantes refieren diferentes sentimientos en el momento de la entrevista. Entre las respuestas están bien con un 41%, triste 23%, angustiado 18%, estresado 12% y deprimido 6%.ver figura 8. Al analizar los resultados sobre los estados de ánimo en los pacientes, se puede observar que el 59% de los encuestados se sustenta a través de sentimientos y emociones negativas, en la cual, el 23% de ellas, se refiere a estados de tristeza. Estos resultados ayudaron a realizar un proceso de categorización de intervención, ya que, de prevalecer tanto la depresión, tristeza, angustia y demás, el proceso de recuperación será mucho más difícil. Los pacientes necesitan estar en un estado de tranquilidad y equilibrio, que los ayude a mejorar en voluntad, predisposición y demás circunstancias necesarias para su recuperación. Adicionalmente, al analizar los resultados de la gráfica 9, se puede observar que el 58 % de la población de trabajo requiere un acompañamiento psicológico, al comparar ambas figuras, 8 y 9, se puede observar la urgencia y necesidad en que el 58%, de los pacientes y acompañantes necesitan un proceso de intervención en pro del mejoramiento.

Figura 9. Acompañamiento psicológico.



Fuente: Elaboración propia.

En las necesidades física, figura 10, se evidencia que 3 pacientes desean restablecer las condiciones de su salud recuperando funciones anatomofisiologías de su cuerpo, 2 pacientes desean recuperar su movilidad. Ya que uno actualmente se encuentra en silla de ruedas y otro en muletas donde se les dificulta llevar a cabo su movilidad satisfactoriamente, el porcentaje más alto que se obtuvo en estas necesidades lo vemos evidenciado en recuperar las actividades de la vida diaria, respondiendo todos los pacientes que las necesidades que más desean son salir a otro lugar, bañarse y realizar los quehaceres de la casa por sí solos.

Figura 10. Requerimiento para suplir algunas necesidades físicas.



Fuente: Elaboración propia.

Seguidamente, se observa, que un 50% de los pacientes, refieren necesitar mejoría de funciones anatómicas fisiológicas y un 12% de los acudientes, afirman que deben restablecer también aspectos de su salud. Un 30% de los pacientes, necesitan recuperar su movilidad, por encontrarse en silla de ruedas y necesitar muletas para movilizarse, pero un 100% de los acudientes manifiestan que necesitan mejorar su movilidad en el sentido de salir y realizar las actividades cotidianas. El 100% de los pacientes requieren volver a realizar sus actividades de la vida diaria, como bañarse solo, caminar independientemente y realizar los quehaceres de la casa de manera autónoma, frente a un 60%, de los acudientes que también lo requieren. Un 30% de pacientes perciben la necesidad de actividades recreativas, mientras que un 50% de los acudientes las perciben como necesarias. El 0% de los pacientes, perciben necesidades personales, frente a un 50%, percibido por los acudientes.

Figura 11. *Requerimiento para suplir algunas necesidades psicológicas.*

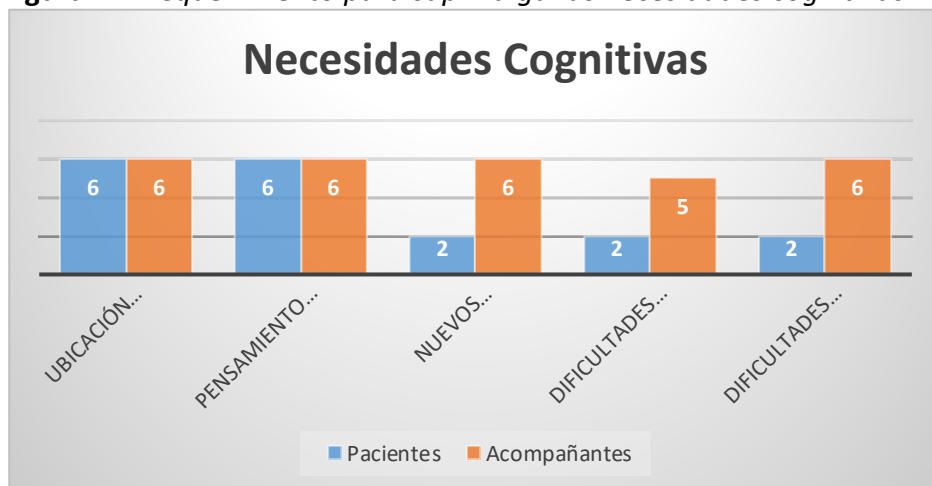


Fuente: Elaboración propia.

En la gráfica de la figura 11, se puede analizar que, frente a las necesidades psicológicas, Los pacientes y acudientes, presentan una percepción baja de sentimientos negativos, similar a la percepción de necesidad de recibir apoyo psicológico. Un porcentaje intermedio, tanto en pacientes como acudientes, presentan expectativa de lo que pueda pasar. El 100 % de los encuestados, afirman la importancia de realizar actividades para distraerse de la situación actual. Un porcentaje similar

demuestra que hay niveles de autoestima alto en los encuestados y un porcentaje muy bajo de pacientes y acudientes, percibe la necesidad de hacer un proceso de afrontamiento de la situación actual.

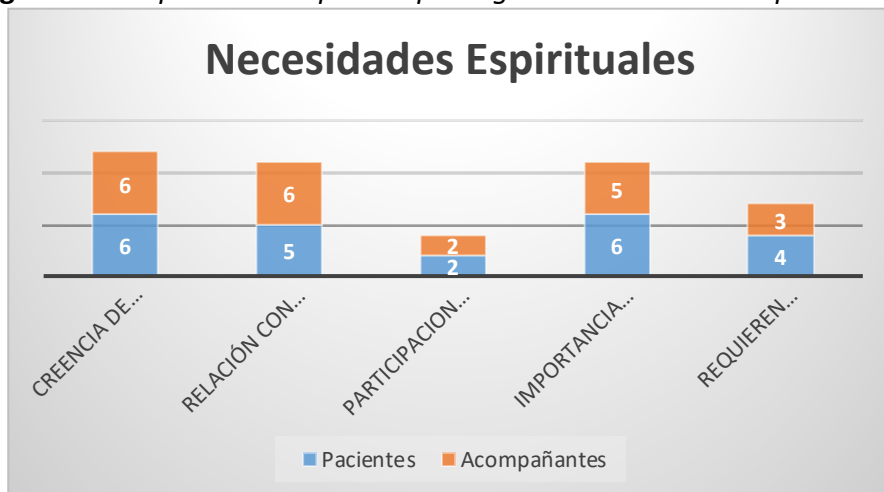
Figura 12. *Requerimiento para suplir algunas necesidades cognitivas.*



Fuente: Elaboración propia.

Al analizar la gráfica de la figura 12, se evidencia que el 100%, de los pacientes y acudientes, se encuentran ubicados en tiempo y espacio. El 100% presentan pensamientos recurrentes frente a la situación actual. El 15% de los pacientes frente a un 100% de los acudientes, refieren querer adquirir nuevos aprendizajes. El 15% de los pacientes presentan dificultades en memoria, mientras que en los acudientes no se evidencia dificultad, en un 75%. El 15% de los pacientes refieren dificultad en ejercicios de cálculo matemático, mientras en el 100% de los acudientes no refieren dificultad. Así mismo, frente a la necesidad cognitiva, los pacientes y acompañantes, todos están ubicados temporo-espacialmente. Todos los pacientes presentan pensamientos recurrentes sobre diferentes situaciones que atraviesan en sus vidas, 2 de los pacientes refirieron adquirir nuevos aprendizajes mientras que todos los acompañantes sienten la necesidad de adquirirlos, presentan más dificultad en la memoria y cálculo matemático, los acompañantes.

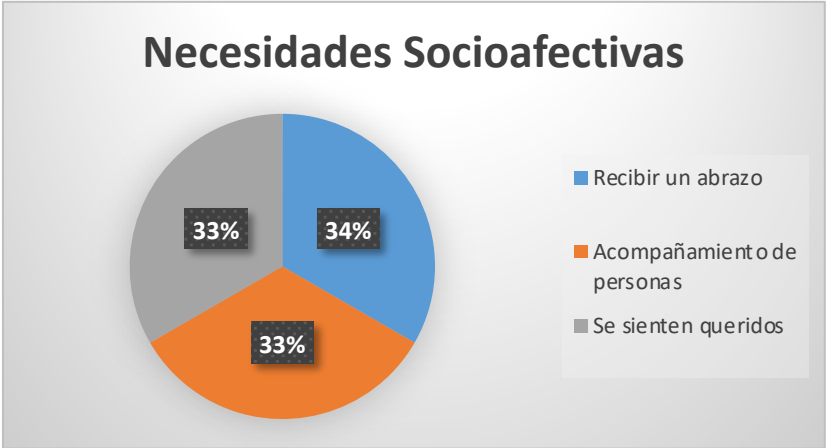
Figura 23. *Requerimiento para suplir algunas necesidades espirituales.*



Fuente: Elaboración propia.

Bajo la información de la figura 13, se observa que el 100% de pacientes y acudientes, creen en la existencia de un ser superior y tienen una estrecha relación con Dios. El 100% son católicos, pero frecuentan los sacramentos de la iglesia, solo un 15%. Casi el 100% de los pacientes y acudientes afirman que la oración es importante para ellos. El 70% de los pacientes, solicitan acompañamiento espiritual, y el 40%% de los acudientes, refieren necesitar acompañamiento espiritual. En las necesidades espirituales se evidenció que todos los pacientes junto con sus acompañantes, creen en un ser superior y tienen una estrecha relación con Dios, pero muy poco de estos participan activamente en los sacramentos de la iglesia, todos los pacientes creen en la importancia de la oración y la practican, además, sienten que sus creencias, les ayudan a afrontar la enfermedad, muy pocos acompañantes requieren un acompañamiento espiritual, pero 4 de los pacientes lo solicitan.

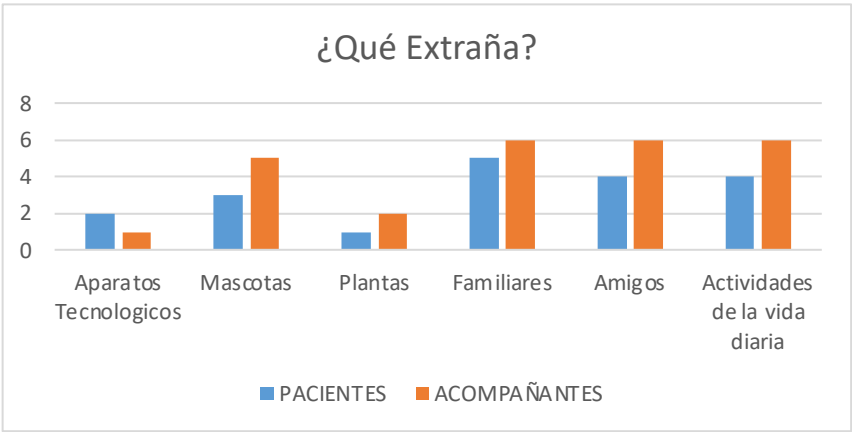
Figura 14. *Requerimiento para suplir algunas necesidades socioafectivas.*



Fuente: Elaboración propia.

En la figura 14, el 100% de los pacientes y acudientes, afirman requerir de un acompañamiento afectivo de otros, manifestado en un 33% sentirse queridos, 34% recibir un abrazo y 33% sentirse acompañados. Bajo ello, según las necesidades afectivas, todos los pacientes requieren un acompañamiento afectivo, como recibir un abrazo, comprensión, compañía y amor por parte de las personas.

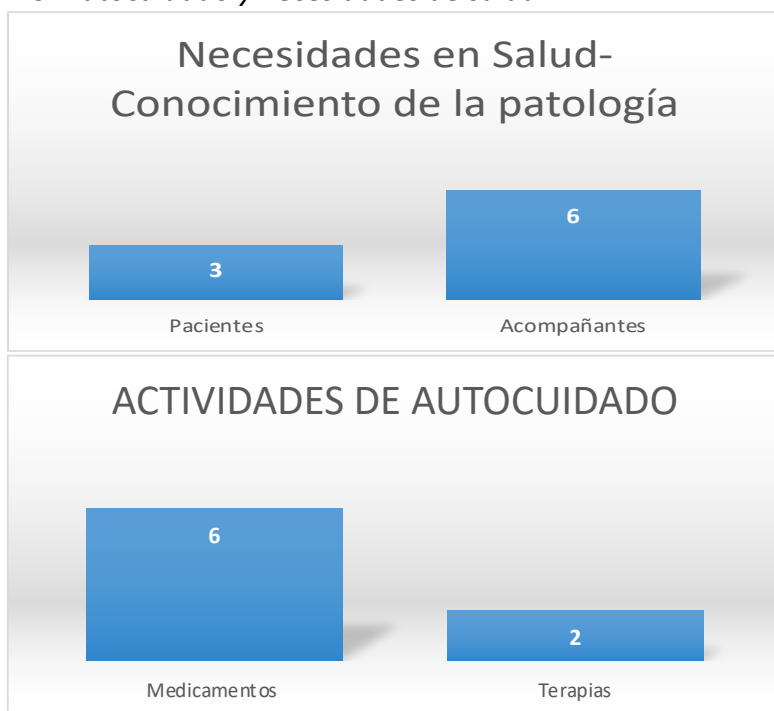
Figura 35. *Situaciones que añora o extraña.*



Fuente: Elaboración propia.

En la gráfica 15, el 80% de los pacientes extrañan las actividades de la vida diaria y los amigos, frente al 100% de los acudientes. En cuanto a los familiares, el 90% de los pacientes los extrañan, frente al 100% de los acudientes. El 20 % de los pacientes extrañan las plantas de su casa, mientras que el 30% de los acudientes. Con respecto a las mascotas, el 60% de los pacientes las extrañan, frente al 90 % de los acudientes. Los aparatos tecnológicos tienen un porcentaje de 40% en los pacientes, frente a un 20% en los acudientes. En síntesis, lo que más extrañan los pacientes y sus acompañantes son sus familias y amigos, ya que por el proceso de su enfermedad se ve afectado sus relaciones sociales, los acompañantes también refieren extrañar las actividades que habitualmente desarrollaban a diario y en menor proporción se tiene una necesidad frente a recursos materiales como aparatos tecnológicos, por ejemplo, el televisor, también plantas y especialmente a sus animales.

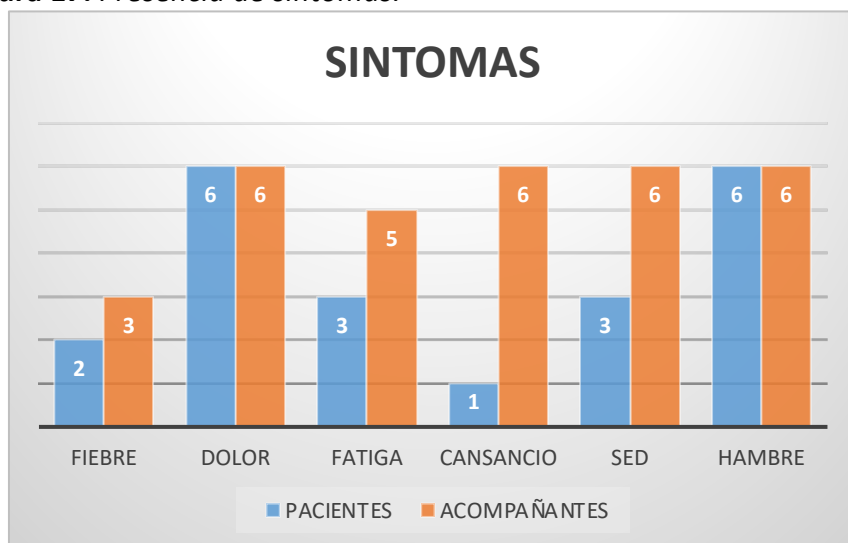
Figura 16. Autocuidado y necesidades de salud.



Fuente: Elaboración propia.

En la gráfica 16, se evidencia que, frente a los aspectos de conocimiento de la patología, el 50 % de los pacientes la conocen, frente al 100% los acudientes. Pregunta 10 ¿Conoces algunas actividades que puedas realizar para mejorarte? Se evidencia de los acompañantes tienen más conocimiento de la patología que los mismos pacientes, ya que muchos de ellos son padres de niños pequeños quienes son sus cuidadores, pero 3 de los pacientes si tienen conocimiento sobre su patología y sus cuidados que deben de llevar.

Figura 17. *Presencia de síntomas.*



Fuente: Elaboración propia.

Todos los pacientes y acompañantes refieren un constante dolor y hambre, en mayor proporción los acompañantes como cuidadores de sus familiares presentan un alto cansancio y sed, seguidos por la fatiga, muy pocos pacientes presentan cansancio y fiebre.

Análisis resultados

En cuanto a los datos sociodemográficos se encontró:

- Cada paciente está acompañado de un acudiente, durante todo el tiempo de su estadía en la Fundación.
- Los rangos de edades de los pacientes y acudientes están entre los 0 a 15 años y mayores de 45 años.
- El sexo prevalente es el femenino entre pacientes y acudientes.
- El 100% de los pacientes pertenecen al régimen subsidiado en salud.
- El alcance de la Fundación Hogar la Divina Misericordia, es muy significativo porque acoge personas de 4 departamentos y de 8 municipios de Colombia, atendiendo personas en alto grado de vulnerabilidad y necesidad, cumpliendo además una función social importante.
- Es relevante que predominan sentimientos negativos, en pacientes y acudientes, debido a la situación de salud en el momento de la evaluación, lo que se corrobora en la literatura. También se muestra correspondencia con la necesidad de acompañamiento psicológico.
- En cuanto a las necesidades físicas, se centran en los aspectos biológicos y fisiológicos. Otros se centran en la movilidad, ya que se encuentran en un estado de dependencia debido a su patología, lo que más refieren es la necesidad de independencia en el baño, caminar autónomamente y realizar las actividades de la vida diaria. Es relevante que los acudientes también sienten que están limitados en su movilidad, por no poder realizar sus actividades rutinarias y los quehaceres de la casa.
- Frente a las necesidades psicológicas, los pacientes y acudientes, presentan una percepción alta de sentimientos negativos, similar a la percepción de necesidad de recibir apoyo psicológico. Un porcentaje intermedio, tanto en pacientes como acudientes, presentan expectativa de lo que pueda pasar. Todos los encuestados, afirman la importancia de realizar actividades para distraerse de la situación actual. Un porcentaje similar demuestra que hay niveles de autoestima alto en los encuestados, lo que es un factor protector y un porcentaje muy bajo de pacientes y

- acudientes, perciben la necesidad de hacer un proceso de afrontamiento de la situación actual, lo cual es un aspecto a trabajar.
- En cuanto a las necesidades cognitivas, es importante que tanto pacientes como acudientes, se encuentran ubicados temporo espacialmente, pero debe tenerse en cuenta que afirman que presentan pensamientos recurrentes frente a la situación actual. Otro factor a tener en cuenta es que los acudientes refieren querer adquirir nuevos aprendizajes, ya que el clown educador parte de la motivación personal de querer recibir conocimientos. Se debe tener en cuenta que hay pacientes que reportan que tienen dificultades en memoria y cálculo matemático, para realizar ejercicios de mantenimiento cognitivo.
 - En cuanto a las necesidades espirituales los pacientes y acudientes refieren creer en la existencia de un ser superior, tienen una estrecha relación con Dios y todos los participantes refieren pertenecer a la iglesia católica, aunque no frecuentan los sacramentos. En un porcentaje medio de pacientes y acudientes, refieren necesidad de acompañamiento espiritual. Esta es una oportunidad de revisar más afondo las necesidades espirituales y cómo enfermería las puede ayudar a enfrentar.
 - Frente a las necesidades socio-afectivas, tanto pacientes como acudientes, refieren la necesidad de acompañamiento de otros como familiares, amigos, vecinos, manifestado en sentirse queridos, recibir un abrazo y sentirse acompañados.
 - En cuanto a las personas y objetos que más extrañan, están las plantas de su casa, las mascotas y los aparatos tecnológicos, como el televisor.
 - Sobre los aspectos de conocimiento de la patología, los que más conocimiento demuestran son los acudientes y las actividades de autocuidado que más reconocen son la utilización de medicamentos y terapias. No perciben otras como higiene personal.

- Los síntomas que les aquejan durante la entrevista son: dolor, hambre, fatiga, fiebre, cansancio y sed, frente a que algunos de estos síntomas se pueden mejorar hablando con la Fundación.
- Se evidencia que los acompañantes son los más afectados con el proceso de la enfermedad, que los mismos pacientes. Cuando se habla de mejorar su salud, los acudientes reportan que también tienen aspectos por mejorar.
- También se establece que los acompañantes tienen más conocimiento de la patología que los mismos pacientes, ya que muchos de ellos son padres de niños pequeños de quienes son sus cuidadores, lo que es un punto importante para tener en cuenta.
- Tanto paciente como acudientes, perciben de manera disminuida la necesidad de actividades recreativas. Los pacientes, no perciben necesidades personales y los acudientes tienen mayor percepción frente a estas necesidades.
- Se evidencia que la Fundación Hogar la Divina Misericordia, cubre muchas de las necesidades especialmente físicas, pero requiere de otro personal que pueda colaborar en suplir otras, que también son importantes, como las sociales, afectivas, cognitivas, educativas.

Conclusiones

El desarrollo del proyecto permitió a la Universidad Católica de Manizales, acercarse a una población vulnerable, como lo fueron los pacientes y acudientes acogidos en la Fundación Hogar de la Divina Misericordia, en la ciudad de Manizales, quienes precisan un acompañamiento humano y con un alto sentido social. De esta manera, se determinó que las necesidades en salud que tienen los niños, adolescentes y familiares, involucran una gama de dimensiones humanas que deben tenerse en cuenta siempre al atender a un ser humano enfermo, pero también recordar que alrededor hay otros que también sufren y requieren también acompañamiento. Las necesidades se clasificaron en físicas, emocionales, sociales, afectivas, espirituales y educativas.

Los enfermos tienen necesidades diferentes a los acudientes, se observó que las familias sufren más con la situación que el paciente. Ellos también se sienten hospitalizados, y anhelan poder vivir su rutina diaria,

normalmente. Bajo lo anterior, se logró fortalecer en los niños, niñas, jóvenes y acompañantes, aspectos de su salud, enfocados en sus necesidades personales y educativas, lo que permitió que se disminuyeran emociones negativas frente al proceso de enfermedad, dando elementos cognoscitivos, recreativos y de ocupación del tiempo libre, que facilitara que se sintieran acogidos y acompañados de una manera especial. Por esta razón, es fundamental el desarrollo de espacios que permitan al paciente interactuar con otras realidades que enfoquen su atención en recuperarse más que en potenciar momentos que apoyen su enfermedad.

Se pudo establecer que la Fundación Hogar la Divina Misericordia, acoge no solo niños, jóvenes y adolescentes, sino también personas adultas, que proceden de diferentes departamentos del país y que además se encuentran con acudientes que también requieren de acompañamiento y de procesos educativos en salud y que tienen necesidades concretas que se deben suplir. También, el aula hospital, brinda bienestar al paciente y a sus acompañantes, porque es de vital importancia, promover un escenario amigable y confiable para las personas que se encuentran en recuperación o etapas de hospitalización, tanto para aquellos que inician como para los que permanecen de manera constante en procedimientos o tratamientos a largo plazo.

A nivel de impacto social del desarrollo de la investigación contribuyó a la población contando con un acompañamiento humanizado y con Educación en aspectos de su salud. Adicionalmente, el impacto académico de este proceso investigativo permitió descubrir las bondades de una estrategia educativa innovadora en salud y la enfermería, como es el clown educador y cómo los enfermeros deben incursionar en otros campos de conocimiento. Seguidamente, la investigación se desarrolla bajo el marco de sostenibilidad, puesto que, las instituciones tienen la posibilidad de continuar solventándolo en el tiempo y es realmente necesario para la Fundación, las razones de ello son; esta investigación determinó las necesidades en salud que tienen los niños, adolescentes y familiares; también educó por medio del clown, a los niños, adolescentes y familiares según las necesidades encontradas.

Con el proyecto se pudieron intervenir las necesidades de salud de enfermos y familiares, acogidos en la Fundación Divina misericordia, dando

un acompañamiento cercano con un toque mágico. El Clown educador es una estrategia válida e innovadora en salud y en especial para enfermería, ya que se convierte en una herramienta de educación novedosa. Para alcanzar los objetivos propuestos, la investigación permitió subsanar necesidades en enfermos y familiares, dando un acompañamiento cercano desde el acompañamiento del clown educador. Las necesidades en salud involucran todas las dimensiones del ser humano. Los enfermos tienen necesidades diferentes a los acudientes, se observó que las familias sufren más con la situación que el paciente. Los familiares también necesitan de educación y acompañamiento en todo el proceso. El Clown educador es una estrategia válida e innovadora en salud y en especial para enfermería, ya que se convierte en una herramienta de educación novedosa.

Como consideración final, se debe resaltar, en primera instancia que, las personas enfermas y sus familias, necesitan acompañamiento en diferentes necesidades en salud y los enfermeros pueden suplir parte de esas necesidades, especialmente educando en salud. En segunda instancia, las necesidades en salud, no son solo físicas. Finalmente, que, los acudientes también sufren y tienen necesidades, por lo que hay que integrarlos y educarlos, para disminuir su ansiedad.

Orozco D, M. I; Zuluaga G, J. I; Montoya D, L. E; Iargo T, W. A. y García P, J. A. (2022). Acompañamiento pedagógico mediante el clown educador como oportunidad de transformación: seguimiento, Clown y educación. *Plumilla Educativa*, 30 (2), 143-192. DOI: 10.30554/pe.2.4748.2022.



Referencias

- Alberdi-Sudupe J, Fernandez-Díaz A, Iglesias-Gil-de-Bernabé F. (2013). Depresión en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna de un Hospital General. *Galicia Clin*, 74 (4), 161-174
- Alonso, L., García, D., & Romero, K. (2006). Una experiencia de pedagogía hospitalaria con niños en edad preescolar. *Educere*, 10(34), 455-462. <https://www.redalyc.org/pdf/356/35603408>.
- Alzate Gallego, Y., Gutiérrez Giraldo, M. M., y Orozco Vallejo, M. (2018). La proyección social universitaria como acto de donación y hospitalidad. *Revista de Investigaciones UCM*, 18(32), 106-118. <http://167.249.43.209/ojs/index.php/revista/issue/view/32>.
- Angulo-Villanueva, R. G., Moreno-Martínez, N., & Ruiz, I. R. (2020). Investigación acción (IA): Enseñar a investigar investigando. *Praxis Pedagógica*, 20(27), 55-76. <https://revistas.uniminuto.edu/index.php/praxis/article/view/2524>.
- Baysinger, M., Heiney, S. P., Creed, J. M., & Ettinger, R. S. (1993). A trajectory approach for education of the child/adolescent with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 10(4), 133-138. <https://doi.org/10.1177/104345429301000403>.
- Bitzer, E. M.; Grobe, T.; Dörning, H.; & Schwartz, F. W. (2009) *Kinder im Krankenhaus — Epidemiologie und Versorgungsrealität*. In: Bitzer E.M., Walter U., Lingner H., Schwartz FW. (eds) *Kindergesundheit stärken*. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-540-88047-9_27.
- Caballero Soto, S. A. M. (2007). Aula hospitalaria el aula hospitalaria un camino a la educación inclusiva. *Investigación educativa*, 11(19), 153-164. https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibVirtualData/publicaciones/inv_educativa/2007_n19/a12.
- Caicedo Caicedo, H. M. E; Marín Cano, M. L.; Restrepo Jaramillo, L. G.; Gutiérrez Restrepo, C. C; López Osorio, J. A; y Arias Arteaga, G. (2020) *La universidad como proyecto de vida. Desde las voces de la comunidad educativa de la UCM*. Centro Editorial Universidad Católica de Manizales.
- Calvo Álvarez, M. I. (2017). La pedagogía hospitalaria: clave en la atención al niño enfermo y hospitalizado y su derecho a la educación. *Aula*, (23), 33-47. <http://dx.doi.org/10.14201/aula2017233347>.

- Carvajal Durango, J. A., Martes Mass, S. R., Posada García, J. D., Rodríguez Sierra, A. V., & Sánchez Celis, Élver. (2022). Acompañamiento familiar en el proceso formativo y académico de estudiantes de primaria en la Institución Educativa Rural San Miguel, ubicada en Antioquia-Colombia. *Plumilla Educativa*, 29(1), 43–68. <https://doi.org/10.30554/pe.1.4523.2022>.
- Castro Bernal, M. A., y Santana Munévar, D. Y. (2015). *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*. (Tesis de Maestría, Universidad Libre de Colombia). Repositorio Institucional UniLibre. <http://hdl.handle.net/10901/8358>.
- Castro Cortés, C. C., Salgado Bocanegra, C., & Cárdenas Sánchez, Y. P. (2016). El Aula Hospitalaria, un espacio de formación para estudiantes para profesor de matemáticas. *Encuentro Distrital de Educación Matemática EDEM* (3), 82-90. <http://funes.uniandes.edu.co/10019/1/Castro2016El>.
- Chaves Bolaños, E. M., Delgado Quintero, M. O., Guerrón Pinto, M. N., Meneses Mejía, A. Y., & Isaza de Gil, G. (2014). El reto pedagógico de la educación desde la diversidad. *Plumilla Educativa*, 13(1), pp. 52–71. <https://doi.org/10.30554/plumillaedu.13.401.2014>.
- Clavijo, S. J.; López, G. M.; Rodríguez, A. (2014). Intervención psicopedagógica en aulas hospitalarias: hacia una pedagogía incluyente en contextos adversos. *Infancias Imágenes*, 13(2), 56-63. <https://doi.org/10.14483/udistrital.jour.infimg.2014.2.a05>.
- Delors, J. (1996).: “*Los cuatro pilares de la educación*” en *La educación encierra un tesoro. Informe a la UNESCO de la Comisión internacional sobre la educación para el siglo XXI*. Madrid, España: Santillana/UNESCO. pp. 91-103. https://uom.uib.cat/digitalAssets/221/221918_9.
- Duque-Cardona, V., & Largo-Taborda, W. A. (2021). Desarrollo de las competencias científicas mediante la implementación del aprendizaje basado en problemas (ABP) en los estudiantes de grado quinto del instituto universitario de Caldas (Manizales). *Panorama*, 15(28), 143–156. <https://doi.org/10.15765/pnrm.v15i28.1821>.
- Durán Serrano, M. A. (2018) Hacia la elaboración de un perfil del clown escénico como agente de intervención social. Aportes desde la pedagogía social y los estudios científicos sobre el humor. *Social Pedagogy and Social Education: Bridging Traditions and Innovations*, 297.
- Espitia Vásquez, U. I.; Barrera Aldana, N. M. e Insuasti Coral, C. A. (2013). *La Monserrate: una década tras una pedagogía hospitalaria no escolarizante en la Fundación HOMI*, en Hojas y Hablas. Bogotá, Colombia: Fundación

Orozco D, M. I; Zuluaga G, J. I; Montoya D, L. E; Largo T, W. A. y García P, J. A. (2022). Acompañamiento pedagógico mediante el clown educador como oportunidad de transformación: seguimiento, Clown y educación. *Plumilla Educativa*, 30 (2), 143-192. DOI: 10.30554/pe.2.4748.2022.



- Universitaria Monsserrate.
<http://revistas.unimonsserrate.edu.co:8080/hojasyhablas/article/view/13>.
- Fernández Arizmendi, Z. (2015). *Humanizar la atención en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos: La implicación de los padres en los cuidados*. (Tesis de pregrado, Universidad de Cantabria) Repositorio Abierto de la Universidad de Cantabria. <http://hdl.handle.net/10902/6755>.
- Gallardo, M. T., Tayara, G. (2009). *Pedagogía Hospitalaria. Manual del curso sobre Pedagogía Hospitalaria de la Fundación Garrahan*. Buenos Aires.
- García Álvarez, A. (2010). El derecho a la educación en las escuelas y aulas hospitalarias: hacia una mejora de la calidad educativa. *Derecho y ciencias sociales*, (3) 248-267. <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/15257>.
- García Álvarez, A. (2014). La educación hospitalaria en Argentina: entre la supervivencia y compromiso social. *Foro de Educación*, 12(16), pp. 123-139. <http://dx.doi.org/10.14516/fde.2014.012.016.005>.
- García Pérez, J. R., Mena Marcos, J. J., y Sánchez Miguel, E. (2011). Investigación-reflexión-acción y asesoramiento: análisis de las reflexiones de dos orientadoras en su contexto de trabajo. *Revista de Educación*, 356. 253-278. <http://hdl.handle.net/20.500.12799/1044>.
- Giraldo-Gómez, O., Zuluaga-Giraldo, J. I., & Naranjo-Gomez, D. (2020). La proyección social una apuesta desde el acompañamiento pedagógico. *Praxis*, 16(1), 77–84. <https://doi.org/10.21676/23897856.3033>.
- Giraldo-Gómez, O., Zuluaga-Giraldo, J., Jaramillo-Echeverry, A. y Vargas-Aguirre, J. (2019). Prácticas pedagógicas que contribuyen a la construcción de una mejor ciudadanía. *Revista de Investigaciones UCM*, 19(34), 81-91. <http://dx.doi.org/10.22383/ri.v19i34.140>.
- Haworth-Brockman, M., & Isfeld, H. (2009). *Elementos para un análisis de género en las estadísticas de salud para la toma de decisiones*. Organización Panamericana de la Salud.
- Hawrylak, M. F. (2000). La pedagogía hospitalaria y el pedagogo hospitalario. *Tabaque: revista pedagógica*, (15), 139-150. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=127613>.
- Largo-Taborda, W. A., Gutierrez-Giraldo, M. M., & Hurtado Vinasco, K. S. (2022). Los proyectos tecnológicos y el cuidado del medio ambiente: una mirada desde la proyección social. En *La investigación científica en diversas ciencias* (1.a ed., Vol. 15, pp. 270–289). Editorial EIDEC. <https://doi.org/10.34893/o5438-7720-2889-r>.

- Largo-Taborda, W. A., López López, A. J., Flórez Estrada, J. F., López Ramirez, M. X., & Gutierrez Giraldo., M. M. (2022). La relación entre la práctica docente en las escuelas normales superiores del departamento de caldas y los resultados de las pruebas saber 11. En *La investigación científica en diversas ciencias*. (1.a ed., Vol. 15, pp. 241–269). Editorial EIDEC. <https://doi.org/10.34893/o5438-7720-2889-r>.
- Largo-Taborda, W. A., López-Ramírez, M. X., Guzmán Buendía, E. M., & Posada Hincapié, C. A. (2022). Colombia y una educación en emergencia: innovación, pandemia y TIC. *Actualidades Pedagógicas*, 1(78), 3. <https://doi.org/10.19052/ap.vol1.iss78.3>.
- Largo-Taborda, W. A., Zuluaga-Giraldo, J. I., López Ramírez, M. X., & Grajales Ospina, Y. F. (2022). Enseñanza de la química mediada por TIC: Un cambio de paradigma en una educación en emergencia. *Revista Interamericana De Investigación Educación Y Pedagogía RIIEP*, 15(2). <https://doi.org/10.15332/25005421.6527>.
- López Trujillo, A. A., Zuluaga-Giraldo, J. I., & Ospina Ramírez, D. A. (2021). *Experiencias socieducativas y desarrollo del potencial creativo para la construcción de la paz* (1.a ed.) [Libro electrónico]. Centro Editorial Universidad Católica de Manizales. <https://repositorio.ucm.edu.co/handle/10839/3570>.
- Medina de la Garza, C. E., & Wiebers, A. B. (2002). Ética, filosofía e historia de la medicina. *Medicina Universitaria*, 4(15), 113-5.
- Muñoz Garrido, V. V. (2012). *Pedagogía hospitalaria y resiliencia*. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/18133/>.
- Muñoz Garrido, V. V. (2013). Pedagogía hospitalaria y resiliencia. *Enseñanza & Teaching*, 31(2), 201. <https://search.proquest.com/openview/181ecaead3b96bd25f9caa52c097cd0a/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2032086>.
- Ortiz, C. (1994) Pedagogía Hospitalaria. *Revista Siglo Cero*, 25(5), 41-45.
- Palomares–Ruiz, A., Sánchez–Navalón, B. y Garrote–Rojas, D. (2016). Educación inclusiva en contextos inéditos: la implementación de la Pedagogía Hospitalaria. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14(2), 1507-1522. <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v14n2/v14n2a43>.
- Palomares-Ruiz, A., Sánchez-Navalón, B., & Garrote-Rojas, D. (2016). Educación inclusiva en contextos inéditos: La implementación de la Pedagogía Hospitalaria. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14(2), 1507-1522. <http://dx.doi.org/10.11600/1692715x.14242240815>.

Orozco D, M. I; Zuluaga G, J. I; Montoya D, L. E; Iargo T, W. A. y García P, J. A. (2022). Acompañamiento pedagógico mediante el clown educador como oportunidad de transformación: seguimiento, Clown y educación. *Plumilla Educativa*, 30 (2), 143-192. DOI: 10.30554/pe.2.4748.2022.



- Parra-Bernal, L. R., & Agudelo Marín, A. (2020). Innovación en las prácticas pedagógicas mediadas por TIC. En R. Canales Reyes & C. Herrera Carvajal (Eds.), *Acceso, democracia y comunidades virtuales: apropiación de tecnologías digitales desde el Cono Sur* (1.a ed., pp. 51–64). Universidad de los Lagos.
- Parra-Bernal, L., & Agudelo Marín, A. (2021). Contexto de la innovación educativa en la Universidad Católica de Manizales, Colombia. En R. Canales Reyes & C. Pérez Guarda (Eds.), *Formando Profesores para el Sur: Diálogos latinoamericanos en torno a la Formación Inicial Docente desde la Universidad de Los Lagos* (1.a ed., pp. 131–149). Universidad de Los Lagos.
- Polaino-Lorente, A., & Lizasoain, O. (1992). La pedagogía hospitalaria en Europa: la historia reciente de un movimiento pedagógico innovador. *Psicothema*, 4(1), 49-67. <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/7101>.
- Polaino-Lorente, A., & Lizasoain, O. (1992). La pedagogía hospitalaria en Europa: la historia reciente de un movimiento pedagógico innovador. *Psicothema*, 4(1), 49-67. <http://www.psicothema.es/pdf/814>.
- Polaino L, A; Abad Álamo, M; Martínez Cano, P., y Pozo Armentia, A. D. (2000). *¿Qué puede hacer el médico por la familia del enfermo?: el impacto del enfermo en la familia*. Madrid: Rialp, DL.
- Red Latinoamericana y del Caribe por el Derecho a la Educación De Niños, Niñas y Jóvenes Hospitalizados o en Tratamiento (REDLACEH). (2019). *La Red – Redlaceh*. <https://redlaceh.org/>. <https://redlaceh.org/la-red/>.
- Riquelme Acuña, S. (2014). *Modelo de intervención educativa y administrativa en el ámbito hospitalario: el caso de las escuelas de la Fundación Carolina Labra Riquelme* (Tesis de doctorado, Universitat de Barcelona). Repositorio Institucional TDX. <http://hdl.handle.net/10803/145788>.
- Rodríguez, R. C., y Noguero, F. L. (2005). Hacia la construcción de un modelo social de la Pedagogía Hospitalaria. *Pedagogía Social, Revista Interuniversitaria*, (12-13), 59-70. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2262184>.
- Ruiz, G., y Molinari, A. (2009). *Las definiciones en torno al rango de obligatoriedad en las reformas educativas: debates pedagógicos y cuestiones problemáticas para su implementación*. In *Trabajo presentado en el XXVIII Congreso Internacional de la Asociación de Estudios Latinoamericanos LASA2009. Repensando las desigualdades, celebrado en Río de Janeiro* (pp. 11-14).

- Ruiz-Torres, M. Z., Valencia, L. P. R., & Giraldo, J. I. Z. (2018). Percepción del desempeño profesional, académico y social de la Práctica Pedagógica investigativa: una experiencia de la Universidad Católica de Manizales-UCM. *Revista Prácticum*, 3(2), 22-40. <https://doi.org/10.24310/RevPracticumrep.v3i2.9864>.
- Soto, S. A. M. C. (2007). Aula hospitalaria el aula hospitalaria un camino a la educación.
- Tinoco-Giraldo, H., & Zuluaga Giraldo, J. I. (2019) Evaluación de la percepción del impacto de las prácticas académicas: una mirada desde los escenarios de aprendizaje. *Lúmina*, 20, 30-53. <https://doi.org/10.30554/lumina.20.3371.2019>.
- Urmeneta, M. (2011). Aulas hospitalarias: una educación singular. *Aula de innovación educativa*, 202, 10-14. <http://diversidad.murciaeduca.es/publicaciones/aahh2012/docs/doc4>.
- Vieira, H. A. (2016). Enquadramento Metodológico de um Estudo que Nasce do Clown Contemporâneo. *Revista Portuguesa de Educação Artística*, 6(2), 55-68.

Recibido: 22 de julio de 2022.

Aceptado: 21 de noviembre de 2022.