

**PRÁCTICAS DOCENTES PARA GARANTIZAR EL DERECHO A LA EDUCACIÓN  
DE NIÑOS, NIÑAS Y JÓVENES EN EL PROGRAMA DE AULAS HOSPITALARIAS**

**DIANA PATRICIA LEMUS ORTEGÓN  
MAURICIO GUERRERO VILLALBA  
SANDRA ROCÍO LEMUS ORTEGÓN**

**UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS  
FACULTAD DE EDUCACIÓN  
BOGOTÁ D.C.  
2016**



UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS  
VICERRECTORÍA GENERAL DE UNIVERSIDAD ABIERTA Y A DISTANCIA  
FACULTAD DE EDUCACIÓN  
MAESTRÍA EN EDUCACIÓN  
PRÁCTICA DOCENTE EN EL PROGRAMA AULAS HOSPITALARIAS

2

## **PRÁCTICAS DOCENTES PARA GARANTIZAR EL DERECHO A LA EDUCACIÓN DE NIÑOS, NIÑAS Y JÓVENES EN EL PROGRAMA DE AULAS HOSPITALARIAS**

**DIANA PATRICIA LEMUS ORTEGÓN  
MAURICIO GUERRERO VILLALBA  
SANDRA ROCÍO LEMUS ORTEGÓN**

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE  
MAESTRÍA EN EDUCACIÓN**

**Asesora  
MARTHA AYALA RENGIFO  
Co-asesor  
HENRY MUÑOZ ROJAS**

**UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS  
FACULTAD DE EDUCACIÓN  
BOGOTÁ D.C.  
2016**



UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS  
VICERRECTORÍA GENERAL DE UNIVERSIDAD ABIERTA Y A DISTANCIA  
FACULTAD DE EDUCACIÓN  
MAESTRÍA EN EDUCACIÓN  
PRÁCTICA DOCENTE EN EL PROGRAMA AULAS HOSPITALARIAS

3

“Disfruto dormir...  
Porque en mis sueños sólo dependo de mí”

-Sandra Rocío Lemus Ortigón-

“Cuando la riqueza comienza a fluir, lo hace con tanta celeridad y abundancia,  
que uno se pregunta dónde había estado escondida en todos esos años de escasez”

-Napoleón Hill-

“Amo a mi hijo, amo a mis padres, amo a Michael y a Madonna...  
Amo la vida”

-Diana Patricia Lemus Ortigón-



UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS  
VICERRECTORÍA GENERAL DE UNIVERSIDAD ABIERTA Y A DISTANCIA  
FACULTAD DE EDUCACIÓN  
MAESTRÍA EN EDUCACIÓN  
PRÁCTICA DOCENTE EN EL PROGRAMA AULAS HOSPITALARIAS

## NOTA DE ACEPTACIÓN

---

---

---

---

Firma del Presidente del Jurado

---

Firma Jurado

---

Firma Jurado



UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS  
VICERRECTORÍA GENERAL DE UNIVERSIDAD ABIERTA Y A DISTANCIA  
FACULTAD DE EDUCACIÓN  
MAESTRÍA EN EDUCACIÓN  
PRÁCTICA DOCENTE EN EL PROGRAMA AULAS HOSPITALARIAS

5

## **AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIA**

A mi Padre y a mi Madre, de quiénes recibí y tomo la fuerza de la vida.  
Vida para recordarme y ayudar a otros a recordar que somos magos:  
generadores de realidad propia.

**-Mauricio-**

Agradezco a mis Padres por llegar a esta vida.  
A mi Madre por ser el soporte y motivadora del cumplimiento de mis sueños.  
A mi hijo, maravilloso ser, quien me ha acompañado en este caminar.

**-Sandra Rocío-**

A mi hijo Andrés David por ser el motor que me impulsa a escalar peldaños  
en mi vida profesional y laboral.  
A mi madrecita por ser un modelo ejemplar de madre y maestra  
A mi Padre, hombre calmo y paciente.

**-Diana Patricia-**

Nuestra especial gratitud a los docentes Martha Ayala y Henry Muñoz, por sus enseñanzas y guía  
en la consolidación de este trabajo. A los docentes y estudiantes del programa de Aulas  
Hospitalarias. A nuestros queridos compañeros maestrantes. A nuestro ilustrador y artista  
Santiago Rojas Lemus, y a la comunidad educativa de la Universidad Santo Tomas,

Graciaaaaaaas Totales

**-Los Autores-**



## **Tabla de contenido**

### **Resumen**

<b>Introducción: el sentido de la experiencia</b>	11
<b>1. Capítulo I: La carta de navegación</b>	13
<b>2. Capítulo II: La llamada. Inicio a la incertidumbre</b>	36
El cuidado del otro	43
Espacios no convencionales	45
Docentes nómadas	47
Diseño de ambientes educativos en el contexto hospitalario	48
Manejo del duelo	50
<b>3. Capítulo III: Un nuevo paradigma: El entrelazamiento de experiencias, una ruta de formación docente.</b>	53
<b>4. Capítulo IV: Un contexto no convencional: El que hacer docente en el hospital</b>	59
<b>5. Capítulo V: El reto: sueños, dificultades y realizaciones</b>	64
<b>6. Capítulo VI: El saber pedagógico, un camino en construcción</b>	84
<b>Conclusiones</b>	101
<b>Lista de referencias</b>	104
<b>Anexos</b>	110



## Resumen

La sistematización de la experiencia de una docente en *Aulas Hospitalarias* ha generado una profunda reflexión en torno al quehacer pedagógico. Así, la presente investigación se basa en la labor desarrollada durante seis años y que -a la fecha- continúa en curso. Tal experiencia, cuál viaje iniciático, fue dirigida por la profesora Diana Lemus: pionera y líder del programa de Aulas Hospitalarias en la ciudad de Bogotá. Una maestra que, llevando educación, amplía el horizonte de expectativas a niños y jóvenes hospitalizados; devolviendo así la esperanza a sus familias. La organización de esta experiencia se estructura en siete apartados; los que a su vez dan cuenta de cada una de las líneas fuerza que soportan lo vivido por la educadora. El proceso de sistematización se realizó desde la perspectiva metodológica de dos autores, a saber, Alfredo Ghiso (1998) y Marco Raúl Mejía (2000). Desde éste punto de vista teórico, bipartito, se abordará el rol del docente dentro de este contexto. Es necesario que la práctica pedagógica en las *Aulas Hospitalarias* –al igual que en la cotidianidad del contexto escolar regular- se defina como aquello que logra propagar el desarrollo de capacidades, de pensamiento divergente, de construcción del talento, de espíritu de aventura, de estrategia, de posibilidad de inventiva, de mejoramiento de las calidades en los procesos de enseñanza-aprendizaje de los educandos. En síntesis, se muestra como el proceso de enseñar en un hospital no es sólo el resultado de un diseño curricular cargado de contenidos, sino de un conjunto de planes de construcción de pensamiento y significado que se promueve a través del conocimiento de una necesidad educativa específica.



UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS  
VICERRECTORÍA GENERAL DE UNIVERSIDAD ABIERTA Y A DISTANCIA  
FACULTAD DE EDUCACIÓN  
MAESTRIA EN EDUCACIÓN  
PRÁCTICA DOCENTE EN EL PROGRAMA AULAS HOSPITALARIAS

8

**Palabras Claves:** estudiante-paciente, contexto pedagógico no convencional, políticas educativas.



## **Abstract**

The systematization of the experience of a teacher in *Hospital Classrooms* has generated a deep reflection on the pedagogical effort. Thus, this investigation is based on her work, carried out, for six years and which -so far- continues in course. Such experience, seemed like an initiatory journey, was directed by a teacher who is pioneer and leader of the program of Hospital Classrooms in Bogotá City. In this way, bringing education, the teacher wide herself the horizon of expectations to children and young hospitalized; so returning hope to their families. As a matter of fact, the structure of this experience is divided into seven sections; this tells about of each one of the lines of force who attested what the teacher lived. Then, the process of systematization is carried out from the methodological perspective of three so-called authors: Alfredo Ghiso (1998) and Raúl Mejía (2000). From this theoretical, bipartite point of view, will the role of the teacher assume in this context. It is necessary that pedagogical practice in Hospital Classrooms - as in the everyday life of the regular school context - is defined as that which manages to spread the development of capabilities, divergent thinking of talent development, spirit of adventure, strategy, possibility of inventiveness, the improvement of learning-teaching qualities at the scholars and learning processes. In summary, the process of teaching in a hospital is not only the result of a curricular design loaded of contents, but a set of plans for the construction of thought and meaning that is promoted through the knowledge of a specific educational need.



UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS  
VICERRECTORÍA GENERAL DE UNIVERSIDAD ABIERTA Y A DISTANCIA  
FACULTAD DE EDUCACIÓN  
MAESTRÍA EN EDUCACIÓN  
PRÁCTICA DOCENTE EN EL PROGRAMA AULAS HOSPITALARIAS

10

**Keywords:** patient - student, unconventional pedagogical contexts, and education policies.



## **Introducción. El sentido de la experiencia**

La investigación que a continuación se ofrece relata el caminar de la docente Diana Lemus– licenciada en Biología-, a quien por una casualidad aparente llegó al contexto de Aulas Hospitalarias.

Así, Diana Lemus –careciendo de toda la experiencia en este campo- aceptó la llamada inicial. Esa llamada a la aventura con el que históricamente inician todos los relatos épicos. Sorteando pruebas y obstáculos, logró obtener su recompensa convirtiéndose en una de las pioneras del Programa de Aulas Hospitalarias del Distrito Capital.

De tan meritorio viaje, la autora de la experiencia -en conjunto con dos colegas docentes-utilizó el método de la sistematización para presentar el saber pedagógico que se logró extraer de una odisea que comenzó en el año 2010 y que a la fecha se continua alimentando y fortaleciendo. Seis años de un viaje que aún no termina, y que mediante la lente atenta de los docentes acompañantes han podido descubrir tesoros preciados que devuelven la esperanza a niños y jóvenes hospitalizados.

Desde la perspectiva de un pedagogo como Raúl Mejía (2000), se retoma la experiencia mediante hitos, testimonios, líneas fuerza, eventos, políticas y la voz de los protagonistas y de teóricos, los cuales se conjugan a lo largo del recorrido textual para finalizar en un preciado elixir: El saber pedagógico, beta o tesoro que ayuda a construir realidades (ver figura 1).

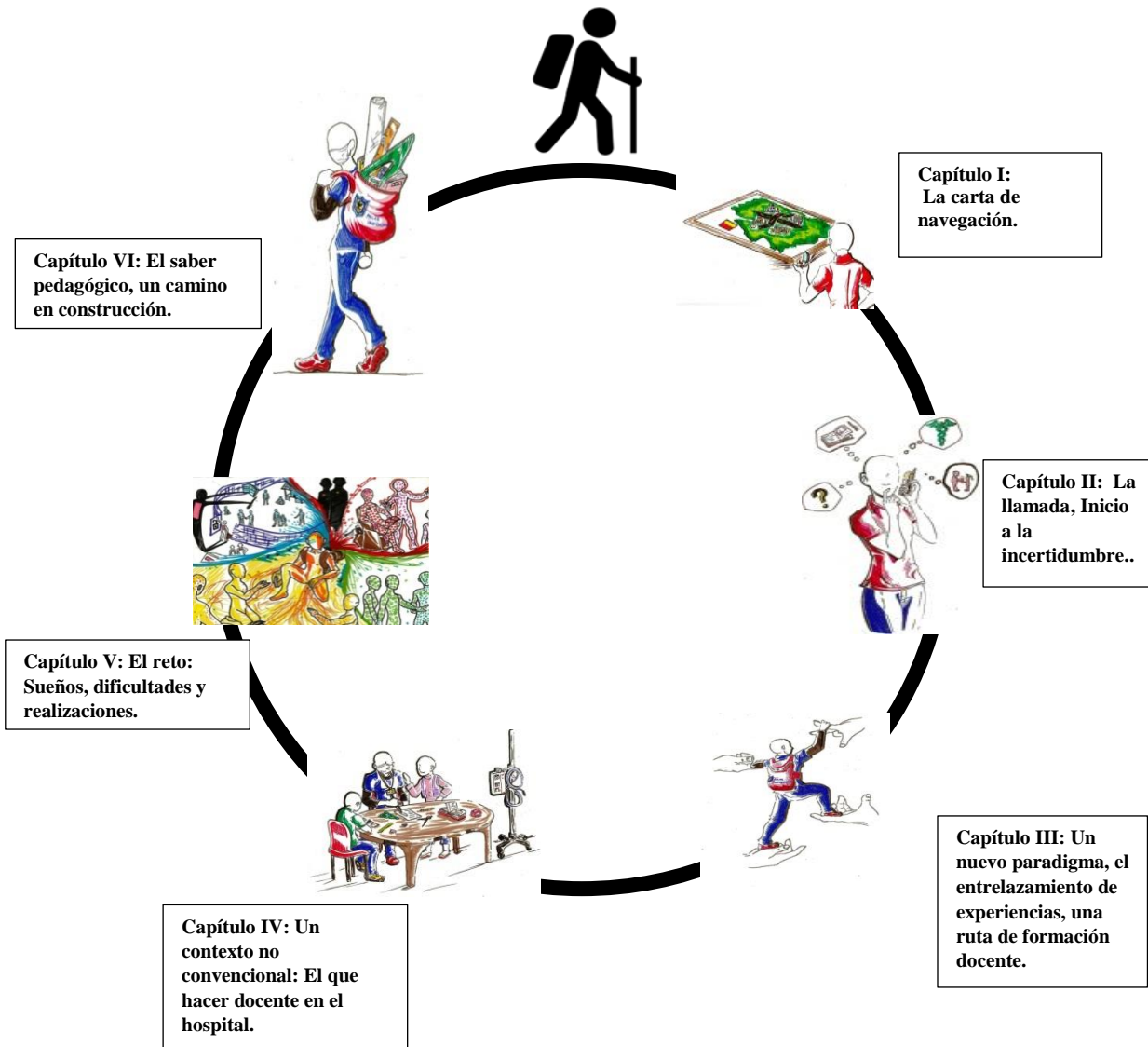


Figura 1. El sentido de la experiencia. Diseñada por Santiago Rojas Lemus.



## 1. La Carta de Navegación

“Las enseñanzas son una barca que te ayuda a cruzar el río, cuando llegues a la otra orilla, no te quedes a vivir en la balsa.” – Jodorowsky, Alejandro. *Psicomagia*, 1997-



Figura 2. La Ruta: La carta de navegación. Diseñada por Santiago Rojas Lemus.



El Programa Aulas Hospitalarias nació con el objetivo principal de atender escolarmente a los niños, niñas y jóvenes hospitalizados del Distrito Capital; y así prevenir la posible marginación que -por causa de una enfermedad- puede sufrir el niño por la hospitalización. Esta puesta hizo necesario implementar un modelo de gestión educativa distinto. Tal modelo debía ser garante de un proceso de enseñanza y aprendizaje dinámico, novedoso y llamativo para motivar a esta población en condiciones especiales, en aras de su continuidad en el sistema educativo.

Pero esta necesidad de atender a la población infantil en condición de enfermedad y buscar un modelo educativo que atendiera sus necesidades educativas particulares, no surge en Bogotá en este siglo, sino que tiene sus orígenes en la II Guerra Mundial, por la labor de los pediatras y psicólogos de los hospitales, quienes comenzaron a abrir las puertas a los apoyos educativos de los niños pacientes (Serradas, 2003). La razón fundamental estuvo en las frecuentes y severas alteraciones psicológicas que sufrían éstos producto de la guerra, desórdenes mentales que hacían que fueran internados durante largos períodos en los hospitales, alejados de su entorno familiar.

Más tarde, se emite la Carta del Parlamento Europeo sobre los Derechos del Niño Hospitalizado, publicada el 11 de Febrero de 1985. Es a partir de este documento que se da la posibilidad a que un docente trabaje con el paciente durante su estancia hospitalaria, refiriendo que existe el "...derecho a poder recibir estudios en caso de hospitalización parcial



(hospitalización diurna) o de convalecencia en su propio domicilio” (*Carta del Parlamento Europeo sobre los Derechos del Niño Hospitalizados*, p. 16).

Luego, en Argentina y Chile, la atención del infante hospitalizado se transformó en modalidad educativa. Esto ocurrió a partir del 2011, constituyéndose la Educación Domiciliaria y Hospitalaria, como se lee en el Artículo 60 de la Ley de Educación Nacional de la Argentina:

...la modalidad del sistema educativo, en los niveles de Educación Inicial, Primaria y Secundaria, destinada a garantizar el derecho a la educación de los/as alumnos/as que, por razones de salud, se ven imposibilitados/as de asistir con regularidad a una institución educativa en los niveles de la educación obligatoria.  
(Ley de educación nacional Art. 60, 2014).

En tal devenir histórico, solo hasta el año 2010 Colombia da inicio a una prueba piloto producto de una serie de tutelas presentadas por Padres de Familia ante la Secretaría de Educación del Distrito Capital. Tal aluvión jurídico se ocasionó por la pérdida del año escolar de sus hijos a raíz de una situación de enfermedad. El argumento de los acudientes estribaba en la inconformidad a raíz del inadecuado manejo que las instituciones educativas le daban a las inasistencias: las equiparaban a las excusas presentadas por aquellos estudiantes que no querían asistir al Colegio, no se hacía una tamización seria sobre los casos de enfermedad expuestos y se consideraban indistintamente las inasistencias por fallas injustificadas.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Información suministrada en la primera reunión realizada en Secretaria de Educación con asistencia de docentes, subsecretario de educación y personal administrativo



En consecuencia, el primer hospital que inicia con el Aula Hospitalaria es la Fundación Cardioinfantil. Hospital que -en pro de responder a las necesidades educativas de los niños- realiza con la Secretaría de Educación; instancia que se compromete a enviar un grupo de docentes de áreas básicas para ayudarles a los pacientes de la unidad de Pediatría con los Planes de Área. Estos programas eran enviados por los docentes de Instituciones educativas a las que los niños y jóvenes hospitalizados pertenecían.

En tal orden, el Subsecretario de educación de aquel entonces acepta la solicitud de la Fundación y le propone realizar un convenio para iniciar una prueba piloto con un grupo de docentes del distrito. Sin embargo, la complejidad de cada situación hizo que inicialmente se pensara que era imposible que un educador –por demás consagrado- pudiera realizar actividades educativas en un contexto hospitalario. De tal modo se hacía una lectura pesimista sobre su viabilidad. En contravía, esta perspectiva incorrecta derivó en un reto para la Secretaría de Educación y, particularmente, para los maestros. Ellos debieron iniciar con esta tarea, viéndose así enfrentados con una realidad compleja, dolorosa y, sobretodo, fuera de las lógicas de la cotidianidad escolar. Esta es sin duda una apuesta de Educación Incluyente, que está a la vanguardia de las estrategias que le apuestan a aceptar la diferencia; tanto como a la construcción de un enfoque diferencial como aprendizaje social.

La duración inicial de esta prueba piloto fue de nueve (9) meses, apoyada en un grupo de docentes que cumplieren dos requisitos básicos: contar con una experiencia pedagógica mínima de dos años en Aula Regular y que su relación contractual con la Secretaria fuese en calidad de provisionales. Con el primero aspecto se pretendía darle continuidad a los objetivos planteados desde la Secretaría de Educación en cuanto a: “desarrollar estrategias que



garanticen el acceso y permanencia de los niños, niñas y jóvenes en el sistema educativo, así como la pertinencia, calidad y equidad de la educación en sus diferentes formas, niveles y modalidades” (<http://www.mineduacion.gov.co>).

Mientras que el segundo aspecto, garantizaba que debido a la demanda del servicio en diferentes hospitales, el docente pudiese ser trasladado cuando fuese requerido, sin esperar cumplir con el periodo de tres (3) años de permanencia en su colegio de nombramiento, tiempo exigido a los docentes de distrito que tienen relación contractual de planta. Durante aquel periodo se elaboró un documento base especificando y conceptualizando componentes tales como: Objetivos, Manual Operativo, Lineamientos Técnicos, Procesos Educativos por Nivel, Tiempo de Intervención, entre otros.

Luego, el 24 de Noviembre de 2010 se establece el Acuerdo 453 del Concejo de Bogotá “...por medio del cual se crea el servicio de apoyo pedagógico escolar para niños, niñas y jóvenes hospitalizados e incapacitados en la red adscrita a la Secretaria Distrital de Salud”. Esta prueba -que ya lleva seis (6) años- sigue en su etapa de pilotaje debido a que no se ha logrado articular e implementar una práctica estable. Esto debido a que cada Institución Hospitalaria tiene sus propias características, a las que se le suman las lógicas propias de cada Institución Educativa a la que está anexa y a la cual pertenecen los docentes que se integran al Programa. Siendo ésta también la institución educativa en la que se matriculan los estudiantes-pacientes que se encuentran fuera del sistema educativo, con el fin de certificar por medio del Rector los procesos que se desarrollaron en el momento de su convalecencia.



Ampliando detalles en las citadas leyes para lo que aquí atañe, el párrafo 2<sup>do</sup> del artículo 14 de la Ley 1384; así como el párrafo 2<sup>do</sup> del artículo 13 de la Ley 1388, establecen la obligación en cabeza del Ministerio de Educación Nacional de reglamentar lo relativo al Apoyo Académico Especial en las instituciones prestadoras de servicios de salud. Asimismo como todas las instituciones que oferten cualquier servicio de atención a los beneficiarios de las mismas. Sea lo anterior para que las ausencias en el establecimiento educativo -por motivo de exámenes diagnósticos y procedimientos especializados por sospecha de cáncer, tratamiento y consecuencias de la enfermedad- no afecten de manera significativa el rendimiento académico de los niños, niñas y jóvenes hospitalizados.

Por otra parte la Secretaría de Educación de Bogotá en su página web, describe como el Programa Aulas Hospitalarias lleva en ejecución seis (6) años en donde se evidencian los logros alcanzados a la fecha: 24.000 niñas, niños y jóvenes hospitalizados e incapacitados atendidos en las 26 aulas de la red hospitalaria de la capital, que cuentan con el apoyo lúdico, pedagógico y escolar de 56 docentes.

Este tiempo ha permitido ir configurando el modelo de aprendizaje del aula hospitalaria, que en un marco de educación individualizada “se estructura como un proceso de enseñanza que se hace posible en el hospital. De modo tal se logra que la escuela llegue al niño a través de su maestra, dando respuesta a sus particularidades de espacio, cuidados, etapas de desarrollo, condiciones de enfermedad y por tanto de aprendizaje” (Moreno, Marín y otros 2012 p.6), Esta propuesta formativa regularmente inicia con la identificación de cada uno de los niños donde se conoce el motivo por el cual ingresa al hospital, nivel académico y edad. Con la primera intervención pedagógica se establece un vínculo que permite hacer un registro de información



familiar, escolar, tiempo de intervención en el hospital, intereses y particularidades con los cual se constituye el plan de trabajo, donde se ofrece una orientación pedagógica integral teniendo en cuenta grado escolar y periodo académico.

Es relevante aclarar que los estudiantes-pacientes por encontrarse en un escenario distinto al de su actividad escolar, esta se organiza teniendo en cuenta los contenidos curriculares esperados pero con una metodología de trabajo particular acorde a las circunstancias. Para determinar el trabajo pedagógico que se desarrolla con estos pacientes de pediatría, se toma en cuenta el tiempo de permanencia en la institución hospitalaria, por ejemplo, si es de larga estancia (mayor a cinco días), se establece una comunicación continua con el colegio de origen, para que el maestro hospitalario pueda reforzar las temáticas que le permitan estar a la par con sus compañeros de colegio, de tal manera que su retorno posterior a la institución educativa no sea tan traumático.

Debido al aporte que ella puede significar para el escenario educativo, tanto en el contexto local como nacional donde se haría visible la importancia de las Aulas Hospitalarias en la educación de nuestros niños y jóvenes en condición de enfermedad reconociendo que a la fecha se plantea como una apuesta en construcción. Es así que se hace perentorio, entonces, establecer aquí una clara alternativa para garantizar el Derecho a la Educación de los menores en condición de enfermedad. En consecuencia, poder extraer de esta experiencia el saber pedagógico que subyace a la práctica docente del maestro en el Aula Hospitalaria, ha de servir de plataforma a futuros docentes que elijan esta línea de trabajo; constituyendo así un lugar de importancia dentro del centro hospitalario.



Así que en la búsqueda de esa preciada beta se sortearon pruebas, retos y recompensas. De tal proceso se presenta un documento que recoge el relato de esta experiencia (ver anexos), la cual pretende desentrañar el rol docente dentro de las Aulas Hospitalarias; esto en aras de mostrar las vicisitudes, aciertos, estrategias y tensiones que surgen alrededor y al interior del ejercicio de la docencia en un ámbito hospitalario.

Igualmente, la experiencia relata la vivencia de una maestra que ejerce su práctica pedagógica fuera del contexto tradicional de los escenarios escolares, de una educadora que se anida en un espacio completamente nuevo. La escuela, el salón de clases y el patio de recreo ya no están presentes. La clínica, la sala de hospitalización, la habitación y los pasillos de un hospital son ahora el escenario de esta docente en Aulas Hospitalarias.

En esta realidad exigente, los “estudiantes-pacientes”<sup>2</sup> están hoy, pero tal vez no estén mañana en la lista de asistentes, quizás porque han sido dados de alta o porque se agudizó su enfermedad, haciéndose cercana la posibilidad de muerte. De esta forma, cambia la noción de tiempo, de permanencia; se trabaja en función del aquí y el ahora, se abandona la noción de escuela como proyecto que se logra a través del tiempo. En tanto que la incertidumbre en el trabajo pedagógico se muestra como una amenaza permanente, este maestro hospitalario debe transformarla en una aliada logrando constituir escenarios de formación altamente enriquecidos, circulares y complejos. Esta situación de perplejidad es tenida en cuenta al momento de ajustar las programaciones curriculares, es vista como un factor que reta al maestro a ser creativo para generar

---

<sup>2</sup> Tal denominación obedece a que, a pesar del ámbito hospitalario donde se encuentran los niños en condición de enfermedad, para los docentes es prioridad garantizarles el derecho a la educación, siendo prioritaria esta apuesta creando un escenario escolar donde es posible asegurar un aprendizaje, a pesar de las circunstancias.



una propuesta contextualizada, individualizada, dando lugar a una relación pedagógica particular. Esta mirada, personal e íntima, contempla el abordaje de los contenidos curriculares, la didáctica, el diseño del ambiente de aprendizaje, entre otros.

El docente del Programa Aulas Hospitalarias, porta un salón al hombro en forma de maleta viajera, el cual contiene material didáctico, guías de estudio, libros de texto, cuentos y herramientas electrónicas, el cual debe trasladarse hasta la habitación donde está el paciente, que se transforma en estudiante al momento en que ingresa y lo asume como sujeto potencial de saber, ya que su misión es desarrollar procesos de enseñanza y aprendizaje que se fundamentan en un modelo absolutamente individualizado, lo que le permite a cada estudiante trabajar para la consecución de los objetivos propuestos según su propio ritmo y posibilidades.

En esta dinámica de trabajo es prioritario, el bienestar del estudiante-paciente, por lo tanto se toman las precauciones necesarias para evitar que el maestro se convierta en portador de potencial riesgo de contagio, lo que lo obliga a cambiar su atuendo habitual, por la utilización de ropa propia del entorno hospitalario. De tal modo pareciera que se camufla su condición de docente, haciéndose cercano a un profesional de la salud pero al momento de realizar su labor, emerge su razón de ser y en ese vestir recupera en su corporalidad lo que se requiere para enseñar.

Cuando el maestro ingresa por primera vez a un nuevo centro hospitalario, encuentra resistencia por parte de algunos miembros del personal médico que perciben en su labor una intromisión más en su trabajo. Intromisión que –dada su perspectiva- no tiene relación alguna con ese escenario hospitalario. Esta situación tensionante emerge a raíz de la falta de información suficiente, respecto a la importancia del Programa en este escenario.



Es un maestro que ingresa a un espacio no convencional, lejano del aula regular, lo que visibiliza en el su gran vocación, viéndose impelido a desarrollar una doble destreza: saber educar como primera medida y como segunda desarrollar formas de sanar el interior del estudiante-paciente, con lo que podríamos llamar un tocar pedagógico que establece un vínculo complejo por lo que implica estar con ese otro en condición de enfermedad en las habitaciones del hospital.

Así las cosas, el rol docente se transforma. Aquí, el proceso enseñanza-aprendizaje –en tanto rompe con la cotidianidad del entorno hospitalario- se convierte en una fuerte herramienta emocional que disipa tristezas y hacer olvidar los motivos de la enfermedad. Es un poderoso instrumento que diluye el aburrimiento, que ocupa la mente y el espíritu de los niños, niñas y jóvenes hospitalizados.

Ahora bien, esta dialéctica propia que se genera en este escenario tan particular, posee una dinámica en permanente cambio producto de la rotación constante de niños, niñas y jóvenes hospitalizados que tiene necesidades educativas a las cuales se busca responder con el Programa de Aulas Hospitalarias, lo que hace que permanentemente se esté pensando en una renovación constante de la acción pedagógica y por tanto de la práctica docente. Es así que esta sistematización se plantea como **interrogante central**: ¿Cómo se configura la práctica docente para garantizar el Derecho a la Educación de niños, niñas y jóvenes en el Programa de Aulas Hospitalarias?

Este interrogante llevó a plantear como objetivo general: caracterizar los elementos y las acciones que configuran la práctica docente dentro del programa de Aulas Hospitalarias. Objetivo que permitió desagregar una serie de **objetivos específicos** que orientaron



la sistematización: visibilizar las acciones que configuran la intervención pedagógica en ámbitos hospitalarios, evidenciar las estrategias metodológicas utilizadas por los docentes para garantizarle el derecho a la educación a los estudiantes-pacientes, evidenciar la configuración del ambiente pedagógico que se estructura en un escenario hospitalario.

Es así que luego de esta definición de la ruta se procedió a la búsqueda de **antecedentes investigativos** que permitieran afirmar la mirada frente al proceso de sistematización. Se encontraron varias investigaciones, una de ellas realizada en el Aula Hospitalaria del Hospital Universitario de los Andes, Mérida, Venezuela. Allí, las pedagogas Kruskaia Romero y Leonor Alonso llevaron a cabo una investigación titulada “Un modelo de práctica pedagógica para las aulas hospitalarias: el caso del Hospital Universitario de Los Andes” (2007). Esta exploración se basó en el modelo que se orienta a partir de dos fundamentos de la Pedagogía Hospitalaria, la acción por el concepto de participación guiada y el contenido por el concepto de terapia con sentido educativo.

Así las cosas, la Pedagogía Hospitalaria viene a constituirse como la implementación y desarrollo de un sistema educativo de cobertura en estudiantes que permanecen largos períodos de tiempo hospitalizados y no pueden asistir al espacio convencional escolar. En consecuencia, la Pedagogía Hospitalaria tiene por único objetivo dar respuesta a la diversidad de necesidades educativas especiales de esta considerable población estudiantil.

Para ello, la razón de ser de la praxis pedagógica en el hospital se cifra en la adecuación de los contenidos y las prácticas educativas. Esto solo se logra en la sincronización de ritmos, vías de aprendizaje, motivaciones e identificación de los intereses de los estudiantes-



pacientes. Puntualizando, la Pedagogía Hospitalaria centra sus esfuerzos en una educación personalizada; práctica donde el centro de la educación es el estudiante-paciente, con sus características y necesidades individuales, propias. En palabras de Cárdenas y su artículo titulado “Hacia la construcción de modelo social de la Pedagogía Hospitalaria” (2005):

La pedagogía Hospitalaria intenta responder a un fenómeno objetivo de la realidad de nuestro tiempo; es un intento de continuar con el proceso educativo de aquellas personas que están enfermas o convalecientes, de los familiares del mismo y de todas las personas que interfieren en la vida del paciente (p. 60).

De este modo, la Pedagogía Hospitalaria se amolda a la situación que vive el estudiante-paciente, pues busca desarrollar hábitos de estudio y rutinas de trabajo escolar en la adversidad que lo lleva a estar hospitalizado; supeditada siempre a la delicadeza de los diagnósticos médicos, en tanto que

...si nos detenemos a pensar en el ritmo de vida que a un paciente se le impone en el hospital, veremos que difiere totalmente del que lleva en su casa. Numerosos estudios psicológicos coinciden en afirmar que, para que la hospitalización sea lo menos traumatizante posible, se tratará de lograr que dentro del hospital el paciente, y en especial los niños, puedan llevar una vida semejante a la de su medio ambiente habitual (Cárdenas, P. 61).

Como resultado, se constituye la Pedagogía Hospitalaria como una modalidad de la Pedagogía Social. Su tarea se desarrolla extendiéndose –frecuentemente- a la acción a personas del entorno del sujeto. Esto hace que su función se parezca más a la de una educación



aplicada en contextos sociales. Sin embargo, para la mayor parte de los autores, reviste las características de la Educación Especial; pues se entiende que esta acción educativa en los hospitales es básicamente atención a la diversidad, por ser una enseñanza adaptada a las necesidades educativas especiales derivadas de la enfermedad y de la hospitalización.

Por consiguiente, para la presente investigación se hace uso de la **Pedagogía Hospitalaria** como algo más que un currículo escolar. Se pretendió buscar mecanismos que proporcionaran apoyo emocional al niño-paciente y a la familia. Lo anterior para disminuir la ansiedad, para mejorar su adaptación y ajuste a la hospitalización. Luego, la acción pedagógica se orienta por el concepto de participación guiada desarrollado por Rogoff (1993), en tanto que trata de un proceso mediante el cual “cuidadores y niños colaboran en formas de organización e interacciones que apoyan al niño, mientras aprende a servirse de las destrezas y valores propios de los miembros maduros de su grupo social” (p.29).

**En este antecedente**, se evidenció que modelo de práctica pedagógica seleccionado promovió la creación de una comunidad de aprendices, un grupo de personas dispuestas a compartir y a educarse juntas mediante el trabajo en común. Para ello se contó con la experticia de maestras investigadoras y familiares; quienes colaboraron e incentivaron a los demás en la realización de tareas y competencias posibles.

Otra de las investigaciones relacionadas con la presente exploración es la de La Pedagogía Hospitalaria y el Pedagogo Hospitalario realizada en el año 2000 por la española María Fernández-Hawrylak quien señala a la Pedagogía Hospitalaria como parte de la educación



especial, como un ámbito en el que se tienen en cuenta contextos que guardan relación con el paciente, el hospital, el entorno social y el entorno familiar.

Desde este punto de vista, se han creado en España Aulas Hospitalarias organizadas por la subdirección General de Educación Especial y de Atención a la diversidad, las cuales desde las direcciones provinciales y dentro de la Unidad de Programas educativos dispone de un departamento de Atención a la Diversidad quien las coordina. La población de los Programas está conformada por niños, niñas y jóvenes en edad escolar obligatoria, educación infantil y estudiantes de educación secundaria. Los docentes son contratados por dos grupos diferentes unos dependen del Ministerio de Educación y Cultura (M.E.C.) y los otros por el Instituto Nacional de Salud (I.N.S.A.L.U.D.).

Por ende, entre algunas de las experiencias vividas, se pueden destacar las desarrolladas en la Clínica Universitaria de Navarra y el Centro Infantil de Oviedo, el Proyecto de Pre Talleres en el Hospital Primero de Octubre en Madrid y el Programa de Atención Educativa y Motivacional en el Hospital de Cádiz. En estas experiencias ha sido aceptada y asimilada la concepción de Aula Hospitalaria; como un espacio, entorno y ámbito donde se busca dar continuidad a los progresos educativos, así como buscar la paridad emocional de tan vulnerable población.

Las tres experiencias mencionadas pusieron en manifiesto que este tipo de educador-sanador se concentra no solo en la labor de enseñar; sino también en la de orientar al paciente pediátrico y a su familia a través de la evaluación psicosocial de la situación personal y



familiar del niño. Para ello, el docente se desenvuelve entre la mediación con el equipo médico y el profesorado del niño; de este modo, lograr configurar un seguimiento óptimo durante el proceso.

Respecto a la formación de los docentes aún no existe un requisito específico, pero en los planes de estudio de algunas facultades de educación se han incorporado -con carácter optativo- la asignatura de Pedagogía Hospitalaria. Factores tales como la diversidad de contextos familiares, las exigencias (cognoscitivas y emocionales) de los educandos- pacientes y la reticencia característica del personal interno, ha hecho que se establezcan planes de formación permanentemente dirigidos a maestros y pedagogos que desarrollan esta labor. Estas capacitaciones formativas ofertan actividades de especialización y actualización de contenidos, relacionados siempre con el contexto hospitalario.

Otra investigación tenida en cuenta fue la realizada en la Universidad Pablo de Olavide (Sevilla) por Rocío Cárdenas Rodríguez y Fernando López Noguero, titulada “Hacia la Construcción de un modelo social de la Pedagogía Hospitalaria” (2005), en ella plantearon que la Pedagogía Hospitalaria debería ir más allá de la acción educativa formal (instrucción académica) y no solo estar dirigida a los niños y niñas hospitalizados; ampliando así su horizonte a toda población dentro del ámbito hospitalario.

En tal carácter de inclusión, esta Pedagogía es aplicada tanto en el contexto hospitalario como en el domiciliario. Aunque se encuentre en desarrollo, debido a la novedad de esta perspectiva pedagógica, existen organizaciones que respaldan y dan soporte a esta acción social. Ejemplo de esto es la HOPE -siglas para *Hospital Organization of Pedagogues in Europe-*



, en la cual se encuentran treinta y dos países adjuntos tales como Austria, Francia, Inglaterra, España, etc.

En detrimento, la Pedagogía Hospitalaria está exclusivamente en el ámbito infantil por cuestiones económicas. En la misma línea, se desconoce la situación formativa y emocional de los adultos que padecen una enfermedad; quienes a su vez tienen el derecho, como todos, de estar sujetos a la educación. Es por esto último que el Programa intenta responder a una continuidad en el proceso educativo de las personas enfermas o convalecientes, de sus familiares y de aquellos que intervienen en la vida de los pacientes.

Empero, la atención de las Aulas Hospitalarias -en sus comienzos- centró la intervención únicamente en los déficits escolares de los niños que ingresaban o permanecían por larga estancia en los centros hospitalarios. Lo cual quiere ser modificado, ya que la Pedagogía Hospitalaria abarca un mayor campo, siendo objeto de su intervención cualquier sector de la población que esté involucrado con el ámbito hospitalario. A saber, pacientes de todas las edades, familiares y población en general.

Luego de la revisión de estos antecedentes que fueron incluidos en el informe por considerarlos los más relevantes y a la luz del objetivo general se procedió a definir el orden epistemológico en el cual se iba a soportar esta sistematización, es así que se ve como relevante el enfoque Dialógico e Interactivo, toda vez que se construyen conocimientos a partir de referentes externos e internos que permiten tematizar problemas que se dan en las prácticas sociales. Estos conocimientos potencializan su “deber ser”; esto es, el pensar las experiencias como espacios de interacción, de comunicación y de relación (Ghiso, 1998).



En la misma línea, la propuesta de Lee Shulman (2005) intenta dar respuesta a la pregunta universal de la pedagogía: “¿Qué enseñó?”. Interrogante que tiene lugar también en las Aulas Hospitalarias, inquietud que para este contexto sería ¿qué enseñarle a un niño que se encuentra hospitalizado? Esto implica necesariamente comprender a fondo la materia específica que se enseña, lo que representa una dificultad frente a la prioridad de lo que se va a desarrollar, puesto que no existe una formación profesional específica en este campo y el lugar del contenido al momento de enseñar adquiere otra significación a la hora de abordarlo con el niño hospitalizado.

Consecuentemente, la experiencia de Aulas Hospitalarias se anida en la formación humanística, es la que -según Shulman (pág., 8)- debe poseer todo maestro. Esto se ve reflejado en el contacto con el estudiante-paciente, interacción en la que se le da valor a la relación pedagógica y se manifiesta en el vínculo que se establece entre estos.

En este marco es en el cual se le da lugar a la Sistematización de Experiencias, teniendo en cuenta que al “ser fundamentalmente una producción de enunciados y... como un ejercicio de recreación de la realidad más que de una simple reconstrucción o descripción” (Mejía, 2000, p.4) se distancia de otros enfoques de la investigación cualitativa “ya que se hace desde el proceso mismo y no sobre él” (p.3). Lo anterior brinda un marco de encuadre metodológico sobre el cual se desarrolló este proyecto. Basado en la experiencia vivenciada por un grupo de actores: docentes, estudiantes-pacientes, padres y médicos, donde se buscó producir conocimiento desde su quehacer en el programa de Aulas Hospitalarias, retomando los 4 interrogantes que plantea Marco Raúl Mejía (2000), como organizadores de la experiencia: ¿Para qué sistematizar? ¿Qué se va a sistematizar? ¿Cuál es el lugar de la práctica y desde qué concepción? ¿Quién sistematiza? (pág. 3).



Ahora bien, partiendo del primer interrogante ¿Para qué sistematizar? Fue necesario hacer hincapié en el por qué se creó este proyecto; así como cuáles fueron los aspectos más relevantes para desarrollar la idea y qué se pretendía con ellos. Para esto, la docente -autora de la experiencia- hizo un relato detallado que se acompañó de las preguntas de los docentes co-investigadores lo que permitió ubicar y dar sentido a la experiencia, logrando así comprender cuál era el real valor del Programa de Aulas Hospitalarias.

En adición, surge el interrogante: ¿Qué se va a sistematizar? Al ser un proyecto nuevo dentro del contexto de Colombia, lo más relevante en la presente investigación fue centrar los esfuerzos en dar a conocer las prácticas docentes que hacen posible que las niñas, niños, y jóvenes hospitalizados continúen o se vinculen al sistema educativo. Esta sistematización se inicia con la recreación y elaboración de una primera narrativa, la cual para su desarrollo contó con la construcción de una línea de Tiempo que permitió ubicar elementos contextuales que hicieron posible su existencia en el marco de ciudad y normativa existente, al igual que la identificación de los hitos fundamentales que en estos seis años han permitido su desarrollo y reconfiguración según las necesidades del entorno, ruta donde lo principal fueron las acciones vividas por la autora de la experiencia, por ser ella una de las pioneras.

En esta **primera narrativa** se pudieron evidenciar varios aspectos y dar respuesta a la tercera y cuarta pregunta: la primera en relación a ¿Cuál es el lugar de la práctica y desde qué concepción? Y la segunda en relación a ¿Quién sistematiza? Para dar tránsito a la primera pregunta, fue necesario escudriñar en la narrativa las líneas fuerza las cuales determinaron la existencia de esta práctica, constituyendo así un camino en múltiples direcciones como lo indica Mejía (2000): "...toda práctica está constituida de líneas fuerza, que no van en una sola dirección,



sino que constituyen múltiples direcciones y caminos, que por ese carácter contradictorio y en ocasiones disímil producen la complejidad de una realidad que aparece diferenciada frente a cada uno de los actores” (pág. 4).

Al debelar **las Líneas Fuerza**, y retomando a Mejía (2008) clarifica la importancia de seguir unas líneas fuerza, mencionadas por él como *el camino lineal del proceso vivido*, que buscan explicitar desde la construcción y producción del saber, procesos que se reestructuraron desde una unidad diversa y dispersa buscando la comprensión del sentir de aquellos que hicieron posible experiencias en diferentes perspectivas, enunciando rupturas a través del proceso más complejo para los docentes como es, escribir; lo cual le permitirá establecer un ejercicio categorial que dará lugar a la reflexión desde sí mismo, para sí mismo y por los demás.

Estas mismas permitieron constituir las **categorías emergentes** que fueron delineando la ruta interpretativa de la experiencia haciendo que la narrativa entrara a otro nivel más denso y complejo, haciendo visible la necesidad de profundizar en algunos tópicos que aún no estaban claros, para lo cual se tomó la decisión de utilizar una técnica de recolección de datos que permitieran dar respuesta a estos vacíos.

Para Mejía (2008), la sistematización se encuentra con la práctica, ya que las dos renuncian a las universalidades y verdades absolutas, se estructuran desde la reflexión, el consenso y la objetividad, siendo posible en las dos encontrar diálogos que se construyen desde la particularidad, singularidad y diversidad, lo cual permite expresarse en muchas voces, formas y perspectivas. Igualmente, para el autor los acontecimientos, reflexiones y hallazgos son importantes para quienes los realizan y los han vivido. Siendo relevante el contexto donde se lleve



a cabo la experiencia, ya que éste produce cambios eminentes, dependiendo del lugar y los recursos con que se cuenta.

Para continuar y darle mayor validez -no solo con la observación de la autora principal- se opta en la investigación por introducir una **técnica de recolección**. La técnica seleccionada fue el Grupo Focal entendido como: “un tipo de entrevista basado en una discusión que produce un tipo particular de datos cualitativos. Involucra el uso simultáneo de varios participantes [...] es, en términos simples, una reunión bien orientada y diseñada con claros propósitos para explorar acerca de un dominio de interés” (Páramo, 2008, pág. 149).

Esta técnica fue seleccionada con el fin de ser aplicada a dos grupos de docentes hospitalarios, docentes líderes, docentes pioneros y una directiva de un colegio de origen, para identificar la percepción que tenían sobre la práctica docente en el Programa. Para esto, hubo una consolidación del grupo investigador y se acordó realizar un primer grupo focal de prueba. En consecuencia, se eligieron los participantes que, organizaron los temas de discusión, el sitio de la reunión, el día y los materiales de ayuda.

Al respecto conviene decir que la entrevista grupal de prueba se realizó en la casa de los investigadores. Esto, surgida la dificultad presentada por el factor distancia: docentes estaban ubicados en diferentes clínicas y hospitales. Lo anterior dificultó concertar un lugar de trabajo. Por ello, se concertó lugar neutro, cercano al sitio de las labores habituales. Luego, para este primer grupo focal se invitó a participar a dos docentes –líderes, pero no pioneros- del programa de Aulas Hospitalarias. También se incluyó en el grupo a una directiva docente de un colegio de origen donde pertenece una estudiante-paciente. Dentro del grupo de investigadores se



asignó un moderador, a los encargados de la logística -quienes organizaron los elementos para registrar el grupo focal-, un camarógrafo, el sitio de ubicación de cada uno de los invitados y aquellos quienes ofrecieron bebidas y alimentos.

Posteriormente se dio paso a un nuevo encuentro, se realizaron algunos ajustes relacionados con el tipo de preguntas; así como ajustes logísticos relacionados con el espacio físico, la ubicación de los participantes, y la sincronización de elementos de grabación de audio. En él participaron tres (3) docentes del programa, una docente líder, una docente de base y una docente líder pionera. Y la docente autora de la experiencia.

Asimismo, se empleó la sustitución. Esto es un cambio en la presentación de la pregunta usando algunas palabras diferentes, pero sin variar el sentido de la misma. Se hizo también uso de la clarificación: después de que la pregunta fue contestada por el participante, se repitió dicha respuesta a fin de clarificar o profundizar más en el tema. Finalmente la reorientación, técnica que permitió animar la discusión entre todos los participantes.

Por dichas razones se procedió a realizar la transcripción al culminar los grupos focales. Para esto, se utilizó una rejilla que permitió reconstruir lo tratado en el grupo focal pregunta por pregunta. Después analizamos la información teniendo en cuenta los relatos, actitudes y opiniones que fueron apareciendo reiteradamente; este aspecto fortalecía a las categorías y subcategorías ya existentes. (Ver anexo A y B).

Con la información transcrita se procedió a realizar la tarea **interpretativa** para lo cual se seleccionó como técnica de interpretación de datos el Análisis de Contenido entendido como: “una técnica de investigación para la descripción objetiva, sistemática y cuantitativa del



contenido manifiesto de la comunicación” (Berelson, 1952, p. 18) al igual que: “como el estudio de las diferentes partes del documento que se está revisando, de acuerdo con categorías pre establecidas por el investigador con el fin de determinar los puntos más importantes de dicho documento” (Pick y López, 1990, p. 55).

Luego de esta tarea interpretativa fue necesario a partir de las **categorías identificadas** determinar el trabajo teórico a desarrollar con el fin de que la experiencia pudiera dialogar con otros planteamientos similares. Teniendo todo lo anterior se procedió a constituir la última narrativa correspondiente a la sistematización donde se puso en diálogo las voces de los distintos actores, de la dueña de la experiencia y de los teóricos revisados, constituyendo así un texto profundo y enriquecido que se presentará en los siguientes capítulos.

Como última parte de este informe y luego de interpretar y re interpretar la experiencia a partir de las Líneas Fuerzas y el trabajo categorial, se destiló el producto fundamental de la experiencia constituido por el **saber pedagógico** que la misma produjo. Saber pedagógico que, Araceli de Tezanos en su artículo “Oficio de enseñar – saber pedagógico: la relación fundante”, define como: “es el producto natural de la reflexión crítica colectiva del hacer docente expresado en la escritura [...] En la constitución de este saber, los oficiantes de la profesión conocen para transformar. El saber surge de una triple relación cuyos vértices esenciales son: práctica, reflexión, tradición del oficio” (Pág. 45).

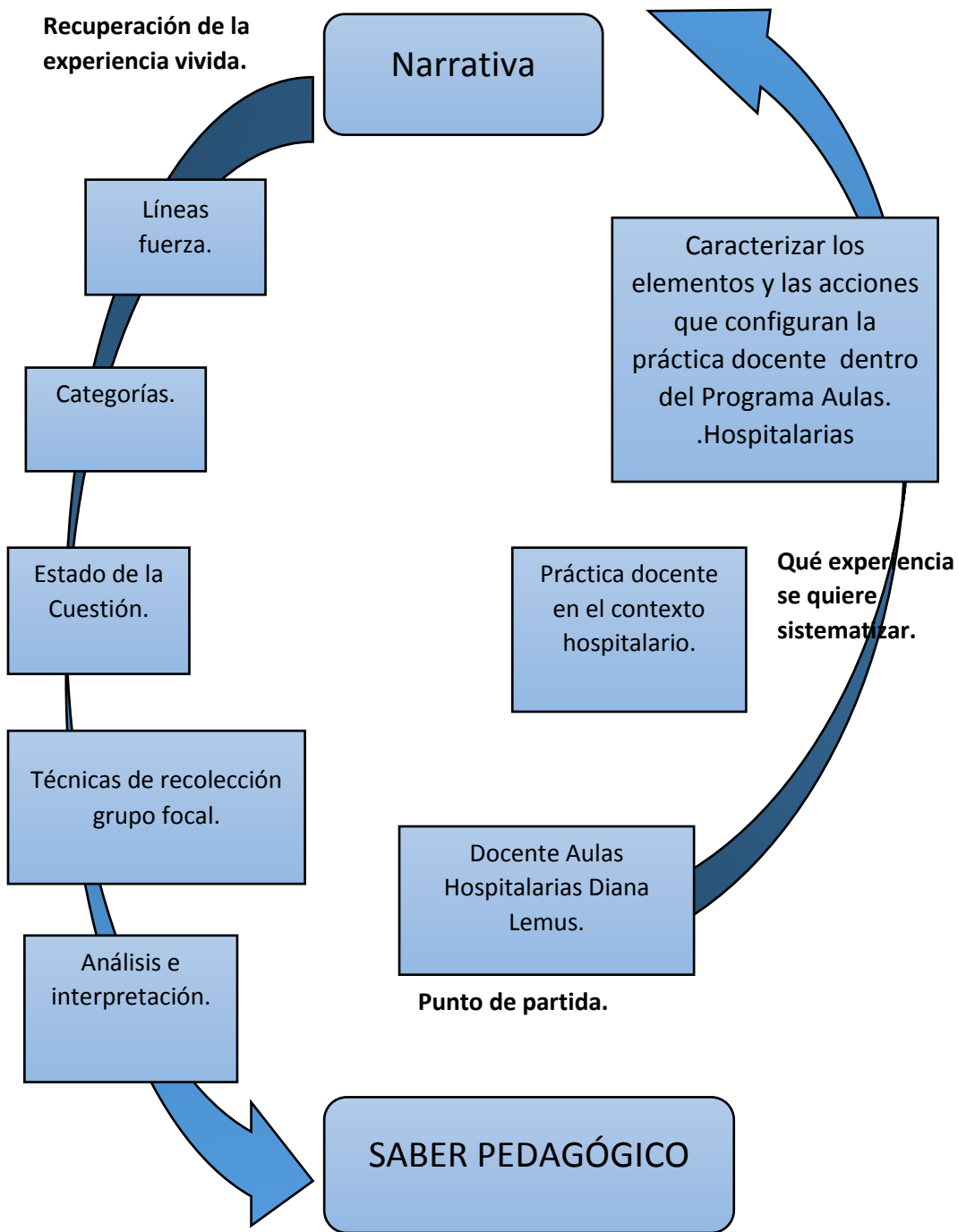


Figura 3. Ruta metodológica. Elaboración propia.



## 2. La llamada. Inicio a la incertidumbre

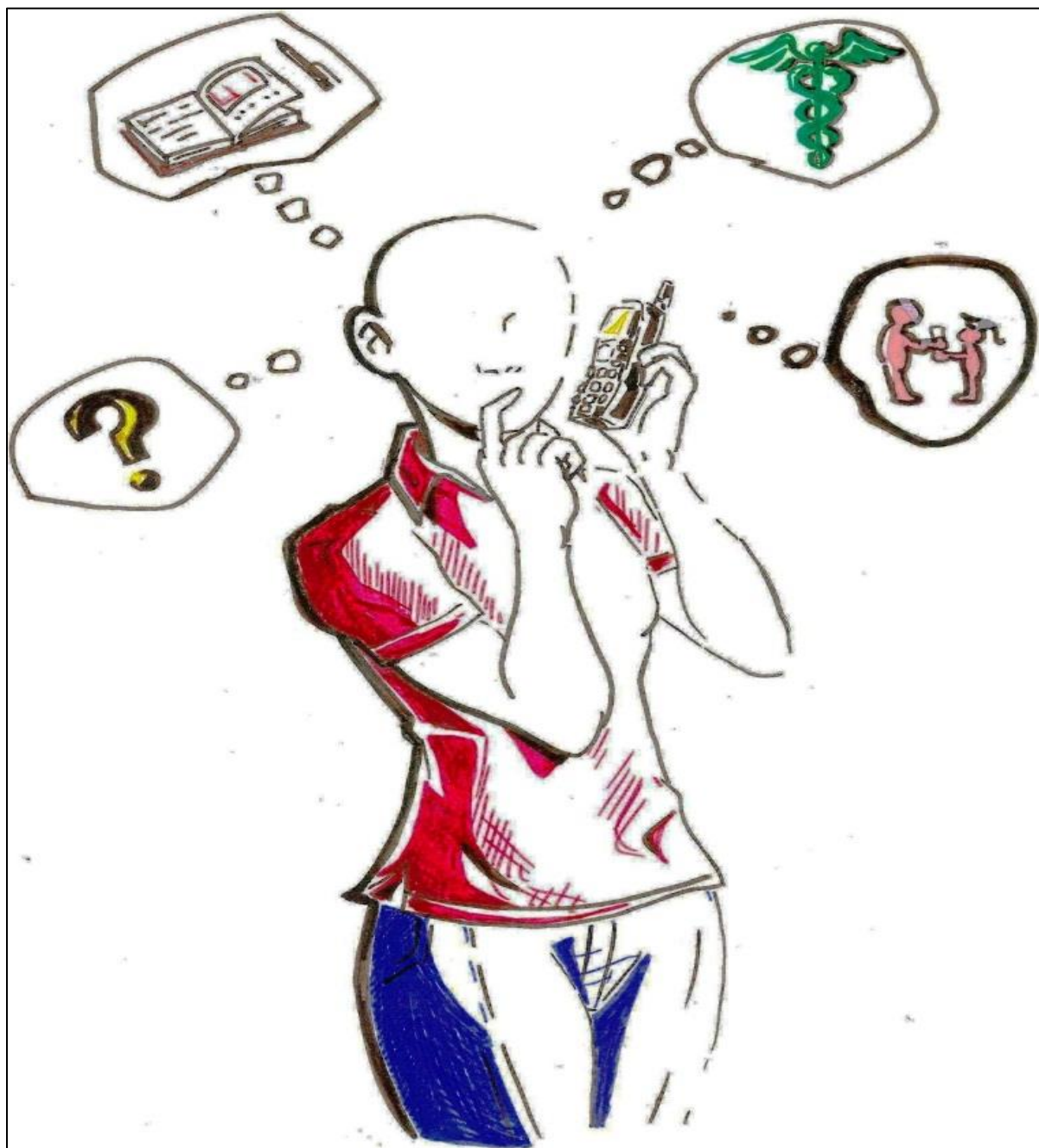


Figura 4. La Llamada: Inicio a la incertidumbre. Diseñado por Santiago Rojas Lemus.



El diccionario etimológico del filólogo catalán, Joan Corominas (2008) plantea que la palabra pedagogía deriva del griego (*paidagogeos*), “*paidos*” que significa niño y “*ago*”, que quiere decir guía. Ya desde estos momentos se comprendía que el maestro tenía un lugar de acompañar en la puesta formativa de los sujetos, donde además de guiar el proceso formativo del estudiante se le acompaña en el tránsito de sus vidas.

Por otro lado, en una publicación titulada “Ensayos educativos: lecturas pedagógicas” de la Secretaría de Educación Distrital (2010); se amplía el término, pues señala al conjunto de métodos y procedimientos que posibilitan la educación en todas las dimensiones de la misma. Según el texto, existe la así llamada “filosofía de la educación”. El objeto de la misma es el análisis de las cuestiones suscitadas por el proceso educativo y que se vale del auxilio que le prestan diversas ciencias (antropología, sociología, psicología, historia, etc.).

Por ende – y según la publicación- la pedagogía ha perfilado desde sus inicios objetivos puntuales: uno próximo, que consiste en el interés multilateral bien equilibrado; el otro remoto, que es la formación del carácter moral. Esto se obtiene con la instrucción, es decir, con la formación de un pensamiento coherente y riguroso, por lo que la instrucción tiene valor educativo por sí misma.

Es necesario, sin embargo, establecer la distinción entre la filosofía de la educación y la pedagogía. La primera establece los contenidos necesarios para cumplir los fines propuestos y la segunda los ejecuta impartiendo a los sujetos de la educación. Así, la filosofía de la educación se basa en conceptos predeterminados de tipo político, religioso, ideológico, cultural, etc., en especial cuando se trata de establecer cuál es la facultad más fundamental que



debe destacarse en el hombre y su importancia para el armonioso desarrollo de la comunidad; estas tendencias se han reflejado, por ejemplo, en filosofías de la educación intelectualistas, voluntaristas, individualistas, colectivistas y emotivistas. La importancia de la articulación en estas disciplinas estrechamente ligadas, garantizan el éxito en la comprensión de lo que contienen el universo de la educación.

En adición, tanto filosofía de la educación como pedagogía, deben darse a la tarea de reconfigurar sus objetivos, respondiendo a una educación para la vida. Ambas corrientes deben fortalecer a la escuela, no como un espacio físico sino como un instrumento facilitador para el desarrollo de la creatividad y la puesta en práctica de las capacidades y de los conocimientos prácticos. Sea por lo anterior que la pedagogía deba abrir paso a la experimentación y la apertura de mente, debe dar la posibilidad para que los educandos comenten el error. El actual proceso educativo- desde la perspectiva del estudiante- corresponde institución que no le forma y educa en lo práctico, con conocimientos inamovibles y estáticos durante varios años. Es por esto que la experiencia en las aulas hospitalarias responde a estas necesidades de apertura y flexibilidad, tan necesarias en la resignificación de “lo educativo” y de “lo pedagógico”.

Teniendo como marco lo planteado en los párrafos anteriores, es decir, la apuesta por la resignificación de lo educativo, es necesario comentar el proceso de acompañamiento de niños y jóvenes en condición de enfermedad que la docente hospitalaria Diana Lemus dio inicio una mañana de julio del 2010, cuando le informaron que fue seleccionada para trabajar en el Programa. Algo que para la mayoría de los docentes -formados y entrenados para un contexto educativo convencional- sería una completa novedad. Sin embargo, esta docente, ya había



conocido, desde su experiencia personal lo que era educar a un niño en condición de enfermedad, habiendo vivido este proceso con su propio hijo, y ella nos cuenta:

...me llamaron a informarme que iba a pertenecer a un grupo de docentes que iniciaban una prueba piloto en los hospitales, fue muy confuso al principio, pues la verdad no hallaba ninguna relación y tenía muchas expectativas. Un mes después, inició un viaje que cambió mi forma de ver las cosas por completo, exactamente en el mismo sitio donde le habían salvado la vida a mi hijo y en donde él aprendió a caminar, a colorear, a distinguir vocales y números, donde fue estudiante junto con mi mamá, pues el diagnóstico que él tenía a su corta edad, le provocaba una estancia hospitalaria prolongada.

Tal sensación vivida por la docente al recibir la llamada fue la misma que experimentaron los otros docentes hospitalarios que fueron convocados para conformar el grupo del programa Aulas Hospitalarias. El docente Cesar nos cuenta:

...cuando me hicieron la propuesta del programa Aula Hospitalarias, yo me imagine que malo, me llevaban a un colegio me daban un aula y me mandaban todos los estudiantes enfermos que llegarán al colegio, yo dije esa va hacer mi función, pero realmente era otra cosa totalmente diferente (Entrevistada grupo focal 1, testimonio personal, 10 de septiembre de 2015).

A pesar de la experiencia personal vivida, la incertidumbre se manifestó, se iniciaba una etapa en un escenario como es el hospital, donde no era muy claro como una licenciada en Biología, iba a desarrollar su labor, esto hizo que dicha incertidumbre se convirtiera en perplejidad, haciendo que luego de esta llamada se empezara a pensar en lo que podría ser estar allí, ser maestra, tener un recreo y demás actividades que la cotidianidad de la escuela plantea,



pero en este nuevo escenario no era muy clara su existencia, haciendo muy difícil el pronóstico sobre el futuro.

Como es natural, el sentimiento opuesto a la incertidumbre es la certeza, la cual estaba en su condición de ser maestra, rol sobre el cual tenían sus apuesta profesional de vida y donde a pesar de mostrarse un escenario extraño de desempeño, muy seguramente encontraría la forma de enseñar a quien lo requiriera. Así, que al otro día luego de la llamada acude al lugar de encuentro, la Secretaria de Educación, donde se encuentra con las otras maestras convocadas y lo primero que les dice la coordinadora del programa es que la labor que debían desempeñar no sería en una escuela ni en un aula: deberán ser maestras en un hospital y en una habitación. No existen protocolos, currículo, nada está establecido, ninguna ruta a seguir. La incertidumbre crece aún más:

encontramos seis docentes de las áreas de Biología, Español e Inglés, Primaria, Preescolar y Ciencias Sociales con la experiencia que teníamos en el aula regular, con todas las preguntas posibles, con la ansiedad de lo que nos esperaba, en medio de personas que mencionaban su experiencia en Hospitales con un programa liderado por la Fundación Telefónica, duramos una semana en capacitación, antes de entrar a trabajar con los pacientes en pediatría y a pesar de que ya había pasado por la vivencia tiempo atrás, no dejaba de sentirme en pánico y así le pasaba a mis compañeras (Entrevistada grupo focal 1, testimonio personal, 10 de septiembre de 2015).



Al iniciar fue una tarea difícil, nada estaba definido, solamente el deseo de hacer las cosas bien era la única certeza. Es así que este lugar de trabajo se transformó en una constante búsqueda de estrategias educativas, donde siempre se estaban tratando de responder preguntas como: ¿Qué se necesita para poder desempeñarse en un escenario que sufre cambios a diario, por que el niño de hoy no esta mañana? ¿Cuáles son las herramientas que se van a tomar para que las variaciones diarias no provoquen un rompimiento interno que genere estrés?

Deberán entonces estas maestras, enseñar a niños, niñas y jóvenes que se encuentran hospitalizados en los servicios de salud del Distrito y, además, tendrán que dar origen al camino por donde se orientará esta práctica. Esto es, formular programas, elaborar protocolos, darle forma y contexto a lo que hasta ese momento era solamente una idea sobre el papel: El Programa de Aulas Hospitalarias del Distrito Capital.

La semana siguiente a la inducción nos visitó la Coordinadora Administrativa y nos explicó que nuestra misión no era la de llevarle dibujitos para colorear a los pacientes, era la de crear estrategias educativas para pacientes pediátricos hospitalizados, no podíamos olvidar que representábamos a la Secretaría de Educación, que nuestra práctica era en aula regular y que era indispensable adaptar las actividades desarrolladas en un salón de clase a una habitación de un hospital (Entrevistada grupo focal 1, testimonio personal, 13 de septiembre de 2015).

La atención de estas docentes se concentró, entonces, en la tarea de crear un documento que diera solución al siguiente cuestionamiento: ¿Cómo desarrollar estrategias educativas dentro de un Hospital? El documento debía ser entregado en tres meses, tiempo



relativamente corto para buscar referentes, nacionales o internacionales. Se inicia así la primera de muchas tareas: investigar qué es un Aula Hospitalaria y qué experiencias de fracaso y éxito existen al respecto.

Fue un trabajo súper bonito de investigar y de indagar, cómo se hacía en otros lugares, en otros países...no había nada establecido, a los maestros que llegaron después les quedó más fácil, porque por lo menos tenían una línea para saber por dónde ir. Nosotras no, nosotras teníamos que decir, bueno miremos haber que vamos a hacer ¿cómo lo hacemos, con qué lo hacemos, cuando lo hacemos? Indaguemos y busquemos” (Entrevistada grupo focal 1, testimonio personal, 12 de septiembre de 2015).

Por dichas razones el comenzar la investigación no fue fácil: los conocimientos que tenían los docentes sobre Aulas Hospitalarias eran nulos, el primer referente en el ámbito local y más próximo de un Aula Hospitalaria fue el de la Fundación Cardioinfantil, quien decidió solicitar ayuda a la Secretaría de Educación -ya que por intermedio de este Organismo se podía obligar a estas instituciones educativas a ser cooperativas en los casos de enfermedad de sus estudiantes- debían tener en cuenta que así sean Instituciones Educativas Privadas pertenecen a este gremio.

En esta búsqueda encontraron que en sur América, países como Argentina y Chile, ya tenían establecida la Educación Domiciliaria y Hospitalaria. Y estos dos escenarios comenzaron a aportar al ejercicio de esculpir en nuestro territorio un programa completamente desconocido para las actuales generaciones de docentes. En palabras del Consejo Federal de Educación en la Argentina (2010):



Específicamente, la Educación Domiciliaria y Hospitalaria se constituye como la modalidad del sistema educativo, en los niveles de Educación Inicial, Primaria y Secundaria, destinada a garantizar el derecho a la educación de los/as alumnos/as que, por razones de salud, se ven imposibilitados/as de asistir con regularidad a una institución educativa en los niveles de la educación obligatoria. El objetivo de esta modalidad es garantizarles la igualdad de oportunidades, permitiendo la continuidad de sus estudios y su reinserción en el sistema común, cuando ello sea posible (*La educación domiciliaria y hospitalaria en el sistema educativo nacional*. Consejo general de educación ).

Por ende, al cambiar el proyecto a Programa se convierte en interinstitucional. Este trabajo se realiza entre la Secretaría de Educación y la Secretaría Distrital de Salud, siendo bautizado como Aulas Hospitalarias, pues la idea de aula se lleva en la cabeza, el lugar físico es una creación: se interpreta el aula como un lugar portable, no es un sitio sino es una persona.

Como ya se ha señalado, aquello que da vida a la segunda mitad del siglo XX es precisamente la velocidad de los cambios socioculturales, cambios que transformaron el sistema de valores. Movimientos masivos de población, nuevas tecnologías, nuevas realidades educativas, etc. que afectan tanto a la cultura como los procesos pedagógicos que la han caracterizado. En ello, la revalorización del acto educativo, en cuanto al contexto hospitalario respecta, lleva la reflexión a seis aspectos puntuales de la presente investigación:

### **El cuidado del otro**

La etimología de la palabra “cuidar” remite, directamente, a la mitología y a la filosofía antigua. En la Roma Imperial es evidente que el uso del termino *cura* (cuidar) en sus dos significados apunta, por un lado, a la angustia; por el otro a la ansiedad. Esto es, el cuidar como



una carga y por otro lado, era el proporcionar atención a los otros pero con una connotación positiva, como una atenta diligencia o dedicación.

De tal modo, los mitos cobraron la función de hacer posible al pueblo la comprensión del sentido de sus experiencias respecto a la vida humana. En ello, el mito de cuidar -Según Warren Reich (*History of the Notion of Care*, 1996, p. 38)- representa una lucha entre los sentidos opuestos (del cuidar como una carga y del cuidar como una preocupación).

Ahora bien, en praxis de la que se ocupa la presente investigación -vital en el proceso de la transmisión de saberes en un contexto tan ambiguo como lo puede resultar un hospital- el cuidar no debe ser interpretado como una forma de colonización del otro, sino todo lo contrario. Cuando el docente hospitalario dispone a cuidar correctamente del su estudiante-paciente, trata de hacer todo lo posible para que éste pueda vivir y expresarse conforme a su propia constitución, aunque ésta no coincida necesariamente con la sí mismo.

El cuidar, el velar, el vigilar por el otro -para el docente de esta realidad- no es una práctica obligatoria en la necesidad educativa de un/a joven paciente, sino una práctica de acompañamiento. El cuidado, para el docente hospitalario, no tiene como objetivo conducir al estudiante- paciente a la realización sus propios horizontes, sino ayudarle a llegar adonde él/ella quiere llegar.

En la atmósfera hospitalaria, el cuidado del otro representa toda una dialéctica en sí misma, pues siempre está latente la necesidad de diálogo y de consenso, la práctica de la confianza y una cierta elasticidad, privilegiando la decisión libre y responsable del sujeto enfermo.



El respeto a la autonomía del otro no debe ser una excusa para la dejadez y la indiferencia del docente hospitalario; pero la firme voluntad de hacerle un bien tampoco deber convertirse en argumento para vulnerar sus decisiones libres y responsables, en cuanto al acto educativo respecta.

En consecuencia, solo la apropiación de una verdadera empatía, por parte del docente inmerso en esta realidad, debe ser el estandarte de su práctica pedagógica. Este rasgo entra a marcar definitivamente la razón de ser de su presencia en el hospital y, sea dicho de paso, lo que va a demostrar su idoneidad en medio de la incertidumbre del ambiente. El docente debe ser realmente capaz de saber que la alegría o el dolor de su párvulo sólo le pertenecen a él, pero que el formador siente y vive en su interioridad.

Así, el docente experimenta en su interior una situación que, después de todo, no le pertenece, pero que la vive como si fuera propia. En este sentido, empatizar significa alargar los horizontes de la experiencia del docente hacia las expectativas del estudiante-paciente. Es, por tanto, la capacidad de trascendencia en cuanto el docente sale de sí mismo para ir al mundo interno de su estudiante. El que el docente se interne en la experiencia del de su estudiante-pacientes equivalente a que se adentre en lo que lleva a todo ser humano más allá de sí mismo; implica superar los márgenes del propio mundo interior. Y ello hace que la práctica de la Pedagogía Hospitalaria sirva enriquecer la propia imagen del mundo educativo.

### **Espacios no convencionales**

Sin embargo, es perentorio que esta práctica pedagógica hospitalaria lleva a tematizar la consideración de nuevos escenarios para educar; esto es, los espacios no



convencionales. En ellos, la nueva pedagogía, producto de las hondas transformaciones sociales de los últimos 60 años, ha centrado la atención en aquellos segmentos de la población considerados en desventaja social. Especialmente de niños, niñas y adolescentes en situación de enfermedad o abandono, con problemas de conducta, así como de aquellos adultos en situación de privación y transición a la libertad. Así, orfanatos, hospitales, correccionales y presidios son escenarios educativos comunes en la posmodernidad, pero que no han sido llevados del todo al terreno de la reflexión pedagógica.

Y es que educar en estos escenarios implica traspasar las barreras del aula escolar formal para generar un nuevo modelo que permita a los docentes tener una postura ética y actitud de apertura, de flexibilidad ante la realidad del otro, como se indicó atrás. A saber, un espacio educativo como lo es el hospital, hace que el docente inmerso en el genere cambios en el medio social a través de una práctica educativa comprometida y ética. Así, la práctica pedagógica al interior del hospital conlleva a la construcción de sólidos preceptos que se produzcan en esa interacción cotidiana pero absolutamente real. Tan ambigua y diversa como tangible. Sin embargo, la incertidumbre, como se ha venido recalando en este documento, corona la sensación que tienen los docentes de estar precisamente en un espacio no convencional.

Por lo anterior, urge la desvalorización del arquetipo de aula formal. Este cambio debe fundamentarse en un modelo de “educador nómada”; que no solo permee la latente sensación de incertidumbre, sino que genere una ruptura y transformación en la concepción del currículum, para que se aproxime de modo contundente a la realidad hospitalaria, a la educación en diversos



espacios de centro de salud y a la ejecución de un servicio comunitario que genere impacto en los educandos en complejo estado de salud.

### **Docentes nómadas**

Para la antropología (1967), el nomadismo constituyó el modo de vida original del hombre; forma de vivir y de ser en las primeras sociedades que fue sustituida paulatinamente por el sedentarismo en aras del desarrollo de la agricultura (Morris D. *El mono desnudo*, pp. 87-90). Si bien es claro que tal experiencia colectiva de la humanidad, generalmente, ha desaparecido o quedado relegada a distantes asentamientos humanos; la modernidad y la nuevas exigencias pedagógicas han redefinido el concepto y lo han extrapolado a ambientes tales como los hospitales. Se acuña, entonces, el concepto de “docente nómada”.

Pues, la necesidad de generar un cambio social a partir de la experiencia pedagógica de los docentes en los espacios no convencionales, lleva reflexionar sobre el educador como un nómada de su práctica. Hay que recordar que cuando el acto educativo se hizo sedentario, es decir, en el momento en el que se estableció en un lugar fijo (aula de clase de la escuela) evolucionó de manera constante hacia un entendimiento más teórico, hacia una visión poco práctica de la multiforme realidad del mundo.

Sin embargo, los cambios causados por el ya explicado desarrollo tecnológico y por los problemas que abruman a la sociedad, han derivado no solo en la trascendencia del aula como único espacio válido para la educación, sino también en re significar al docente como un nómada. Actor social que no se limita a lo que puede enseñarse en el interior de un edificio, donde se imparte una visión del mundo y del ser humano inaccesible.



Como un alado viajero, el docente lleva la escuela en su vuelo. Su práctica nómada le hace saber que debe estar allí donde es necesitado. Su naturaleza empática hace que sea él mismo todo un mundo escolar, espacio transparente, permeable, moldeable o, lo que es lo mismo, un nómada de la educación que está abierto al mundo y a las más diversas necesidades educativas de sus actores. No solo es nómada por desplazar su humanidad de un sitio a otro, es nómada en cuanto él mismo transmite en su práctica toda la estructura cognoscitiva y emocional característica de cualquier centro educativo. El docente hospitalario, entonces, lleva en su fuero interno, a espacios no convencionales, una pedagogía en continuo movimiento, en constante adaptación a las necesidades emergentes.

### **Diseño de ambientes educativos en el contexto hospitalario**

Sea por esta necesidad de adaptación que para el entendimiento del docente nómada ningún espacio debe ser neutro, es decir, dadas las características del hospital como espacio no convencional, su forma, su amplitud, el tipo de suelo, sus elementos pueden incitar hacia determinados comportamientos por parte del estudiante-paciente.

En esto, la iniciativa por crear y transformar, de construir y reconstruir los ambientes educativos en los cuales se desenvolverá su práctica; ha de estar supeditada al entendimiento del espacio del hospital mismo: un espacio amplio y vacío representa una invitación al desplazamiento para estimular así actividades motrices, etc.

Es ostensible que los ambiente naturales de una escuela convencional (el polideportivo o en el patio de recreo, escaleras, porterías, árboles, salas de computo, etc.), no están presentes en la atmósfera hospitalaria. Por lo anterior los docentes hospitalarios están impelidos a



crear otros ambientes con la intención de estimular sus actividades educativas hacia un fin concreto. Entonces, el docente resulta trastocando el espacio físico del hospital en un “aula hospitalaria”, es decir, en un ambiente organizado.

Está en el docente nómada construir ambiente educativos al interior de los centros de salud a partir de una serie de materiales y que, de forma directa, provoquen determinadas acciones.

En consecuencia, si cada espacio o cada equipamiento -al interior del hospital- provocan determinadas tareas, el docente puede ir orientando el aprendizaje, centrando su atención en la organización del espacio y los materiales. De este modo se construyen ambientes de aprendizaje, donde las niñas, niños y jóvenes pacientes puedan desarrollar las actividades propuestas en el incierto viaje del docente en ese preciso momento y en esa precisa necesidad educativa. Es por ello que este esfuerzo de crear la atmósfera pedagógica en el hospital permite llevar a cabo un proceso de construcción de enseñanza. Los ambientes así pensados buscan que los estudiantes se involucren en tiempo y espacio a su eje de aprendizaje (Duarte. *Ambientes de aprendizaje para el desarrollo humano*, 2003), pues en el contexto hospitalario los docentes deben proponer espacios que promuevan aprendizajes significativos que a su vez sean nutritivos, comunicativos, enriquecedores para facilitar y promover sus potencialidades contribuyendo con su desarrollo integral y la construcción de nuevos aprendizajes. Desde luego estos espacios están constituidos por cuatro dimensiones: física, funcional, temporal y racional, relacionadas entre sí.

En claras palabras, el docente hospitalario -empático y conocedor de la



adversidad del contexto en el que está- propicia a partir de la implementación de un ambiente organizado un autogobierno cognoscitivo. Si se precisa en este punto, las tácticas de intervención se han de enfocar en ir buscando y presentando a los estudiantes-pacientes diferentes tipos de abordar el aprendizaje, maneras atractivas y adecuadas, para que las empleen desenvueltamente. Empero, el planteamiento didáctico se sitúa en un aprendizaje activo y participativo. Un proceso educativo donde prime la empatía y la seguridad por parte del docente –pese a su carácter nómada-, por lo que la motivación es un elemento que está en constante desarrollo hacia el estudiante paciente. Dada la obvia adversidad anímica del alumno por su situación de enfermedad, una de las funciones de este nómada es aprovechar y reforzar dicha motivación mediante la implementación idónea de su ambiente organizado.

### **Manejo del duelo**

Es evidente que una de las situaciones más intensas a las que se deben enfrentar los pedagogos hospitalarios es la posibilidad de la muerte del estudiante paciente. Este es, sin duda, uno de los momentos más complejos de sobrellevar y que más ansiedad provoca. Dado lo anterior, es necesario aclarar que pese a que el docente hospitalario, viajero y nómada, haya materializado su práctica de manera idónea mediante la empatía, mediante el entendimiento del incierto entorno y mediante la apropiación didáctica para generar el ambiente organizado propicio; aún debe esperar, entender y enfrentar el duelo, aspecto inherente a la realidad pedagógica en la que se desenvuelve.

Según las “Reflexiones de la séptima jornada sobre Pedagogía Hospitalaria” de la UNESCO (2006), el duelo no solo representa la muerte física del estudiante- paciente “...sino



vinculado también a procesos de pérdida de algo considerado muy importante por la persona, como puede ser la salud” (p. 5). Así, es ostensible que la construcción del duelo es un proceso manifiesto entre los docentes de estos contextos no convencionales.

Ahora bien, es preclaro que la emotividad es una constante en el ámbito de la educación hospitalaria. Por ello el docente de esta realidad contraria, más allá de su incertidumbre, debe tener fuerte certeza de cómo se experimentan tales emociones al interior de un hospital y, sobretodo, debe saber cómo se expresan tales emociones ante el duelo o la muerte.

En consecuencia, la presencia del duelo es canalizada por el docente, quien a su vez ayuda en la construcción del mismo por parte de los pacientes y sus familiares. Bien sea por la posible anticipación de la muerte o por un agravamiento del estado de salud del estudiante-paciente. Por lo tanto la elaboración de duelo es un proceso manifiesto entre los docentes en estos difíciles contextos. Sin embargo,

...la enfermedad no es algo ajeno a la naturaleza humana y la visión de la vida va a depender, en gran medida, de las experiencias de enfermedad que se tengan, tanto propias como de seres cercanos. Así, preguntarse por el sentido de la enfermedad es hacerlo, en gran parte, por el de la vida. Los niños y niñas no tardan demasiado en darse cuenta de todo esto, por ello pretender ocultarles la enfermedad, la muerte, es ponerles de espaldas a sí mismos al ocultarles una dimensión fundamental de la naturaleza humana. En la pedagogía contemporánea hay una fuerte tendencia a ignorar estos aspectos. Parece, en ocasiones, que en el mundo actual se haya



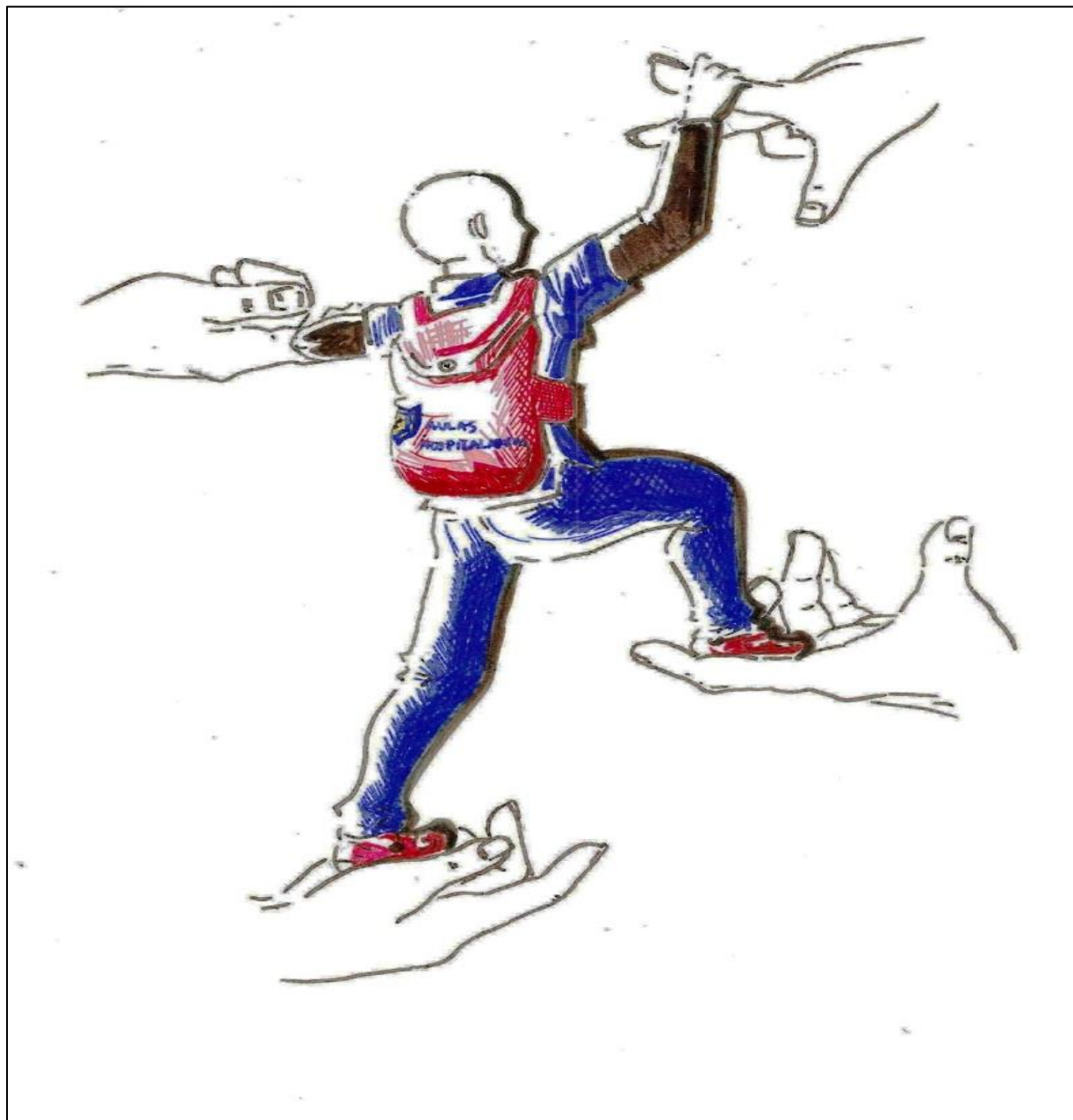
prohibido a los niños los temas de la enfermedad y de la muerte [...]; hablar de ello a los niños se considera demasiado fuerte, demasiado duro (UNESCO, p, 22).

En concordancia con esta reflexión, el tabú impuesto al tema del duelo por la cultura es un aspecto con el cual debe lidiar el docente en el aula hospitalaria. Dada la experiencia que motiva ésta investigación, la empatía lograda por la docente Diana Lemus le hizo sentir -en más de una ocasión- al morir un estudiante, la ausencia de un familiar. No solo la frustración del sentir incompleto el acto educativo, interrumpido por el filo de la oz, sino sentir la pérdida de aquellos estudiante como algo muy inherente a su ser.

En otras palabras, ello condujo a la docente a sentir el duelo como propio, pues dado el carácter de intervención individualizada que matiza la práctica del Programa, el vínculo que formó con sus estudiantes-pacientes fue poderoso. Esto le hizo tener en consideración los procesos de duelo cada vez que iniciaba el proceso pedagógico con cada estudiante. Tal consideración llevó a la docente a darse cuenta de que sus estudiantes-pacientes tienen una elección: la de vivir como personas que sufren, pero que tienen ganas de seguir adelante. Para ello, el apoyo de los formadores del contexto hospitalario debe ser el pilar de todo proceso de duelo al morir o agravarse un estudiante-paciente.



### 3. La formación del docente a partir de la experiencia de otros. La ruptura de paradigmas



*Figura 5.* Un nuevo paradigma: El entrelazamiento de experiencias, una ruta de formación docente . Diseñado por Santiago Rojas Lemus.



Muy contrario de lo que pasa, la misión de esta docente no estribaba en llevarle “dibujitos” para colorear a los jóvenes hospitalizados. Su misión era la de diseñar estrategias netamente académicas que apuntaran al desarrollo de diferentes dimensiones, tales como la cognitiva, corporal, social, comunicativa, ética, lúdica, laboral y espiritual. En otras palabras, las docentes debían tener presente siempre que representaban a la Secretaría de Educación, cuya figura es la de Educación Formal. Para ello, debían además crear un documento que diera respuesta a interrogantes tales como ¿de qué manera se debe trabajar dentro de un Hospital siendo docente?, ¿a quién debían seguir?, ¿bajo qué parámetros hacer las elaboraciones protocolarias?, ¿qué modelo implementar?. La señalada necesidad de resolver estos entresijos condujeron al inevitable encuentro de las docentes con “el mentor”. Carlos Cortés, un psicopedagogo, que se convertiría en la primera luz del incierto camino a transitar:

...teníamos una guía a cargo de un psicopedagogo contratado por la Fundación CardioInfantil para realizar actividades informales a los niños, niñas y jóvenes hospitalizados en la Unidad de Pediatría, tenía todos los recursos necesarios para dar una clase, un aula dotada con computadores, libros, material didáctico, un tablero acrílico, todo acorde con un lugar soñado para enseñar, una decoración estupenda (Entrevistada grupo focal 1, testimonio personal, 10 de septiembre de 2015).

De esta forma -y bajo la tutoría del primer mentor- comienzan estas docentes a comprender que es necesario reaprender nuevas formas de enseñar y de concebir los espacios. A partir de allí los escenarios serán creados, serán constructos y deberán transformar este lugar en algo de lo que se sabe existe, pero cuya definición es difícil o controvertida, es una paradoja: el hospital-escuela.



Y es de este modo que la atención de las docentes se vuelca luego hacia el hermano país de Venezuela, particularmente sobre una experiencia exitosa de Aulas Hospitalarias en la ciudad de Caracas. Más elementos comenzarían a sumarse al tejido que venían elaborando. Un modelo de práctica pedagógica para las Aulas Hospitalarias: el caso del Hospital Universitario de Los Andes.

En tal orden, el propósito de esta investigación fue diseñar, aplicar y evaluar un modelo de práctica pedagógica para niños y jóvenes pacientes quienes asistían al Aula Hospitalaria del Hospital Universitario de los Andes (HULA), en Venezuela. Desde esta experiencia, las docentes pudieron identificar la importancia de la permanencia de la familia por más tiempo en el Aula Hospitalaria; esto para acompañar y ayudar al grupo de niños pacientes en sus actividades, evidenciando la influencia positiva de la participación de los padres en los procesos y aprendiendo estrategias para el manejo de la enseñanza fuera del aula regular.

Entonces, de las enseñanzas ofrecidas por este psicopedagogo y la experiencia observada desde el hermano país, se nutrieron de los aportes que otra mentora hizo a las docentes. Patricia Correa, directora de “Palabras que Acompañan”, les brindó una de las enseñanzas fundamentales para fortalecer el carácter y generar la templanza necesaria que debe tener el Docente de Aulas Hospitalarias: “...nunca dejen de sentir dolor, eso las hace humanas y el día que dejen de sentirlo, la verdad que es mejor que dejen a otras personas ocupar su lugar”.

De tal aforismo se puede concluir que toda relación genera vínculo; en tanto toda ruptura de cualquier relación, genera duelo. Es así, como, sumado a la incertidumbre de la estadía de los estudiantes-pacientes, las docentes debían ahora enfrentarse al dolor, al duelo que pudiese



generar la ruptura de la relación, bien fuera porque se deba de alta, por complicaciones de su estado de salud o por el fallecimiento del estudiante-paciente.

A estos duelos se agregaría un desafío más: la incertidumbre. Sensación presente en todo acto educativo, pero que -en un contexto que es ajeno al espacio tradicional en el que se desenvuelve el docente,- se vería incrementada. Aumentando así, los niveles de ansiedad y poniendo a prueba todos los recursos emocionales y creativos de las educadoras.

Pero, si bien es cierto que todo acto educativo implica cierto grado de incertidumbre, como indica Bárcena (1993), este hecho se vería incrementado sustancialmente en un espacio totalmente ajeno al escenario tradicional educativo. El Hospital, con todas las dinámicas y vicisitudes propias de cada estudiante-paciente, haría que éstas docentes se enfrentará de forma cotidiana a la incertidumbre y al duelo.

...sí es verdad, entonces aparecen otras inconstantes: Muerte, Cáncer a temprana edad, La persona que viste el día anterior no es la misma hoy, porque el tratamiento para su enfermedad la deteriora cada vez más. Responsabilidad enorme la que teníamos, pero lo logramos, en Noviembre entregamos el documento cuyo resumen se evidencia en el cuadro de Manual Operativo Específico, y el cual ha tenido (Entrevistada grupo focal 1, testimonio personal, 14 de septiembre de 2015)

De esta suerte es como la labor continuó para estas docentes: nutrían su conocimiento pedagógico sobre la marcha, se apoyaban constantemente en sus mentores y realizaban consultas sobre literatura que apuntaba a experiencias similares en la región. De esta



forma, el grupo inicial comenzó a generar procedimientos y protocolos que marcarían una ruta más fácil de seguir para aquellos docentes que posteriormente se vincularían al programa. De este modo las docentes se convirtieron en mentoras, enseñando -a partir de su experiencia- a los que llegarían posteriormente. Estas docentes se convirtieron en fuertes líderes pues, “además de ser unas gestoras, fuimos como unas guías para los docentes que se iniciaban en este programa” (Entrevistada grupo focal 1, testimonio personal, 16 de octubre de 2015).

Sin duda alguna, el mejor mentor -que pudo acompañar y proveer de enseñanzas para esta nueva experiencia en este contexto hospitalario- fue la experiencia que, en años anteriores, la docente Diana Lemus había vivido con su propio hijo. Él fue su primer estudiante en un contexto diferente al de un salón de clase. Y es porque debido a los continuos y largos periodos de hospitalización del niño, ellas -la docente y su madre- se dieron a la tarea de crear una cartilla en cartón paja. Material didáctico armado con recortes de logos de empresas, bancos, supermercados, las vocales y los números del uno al cinco en letra muy grande. De esta forma su hijo aprendió las primeras nociones de un escolar, pero fuera de la escuela, en la habitación de un hospital.

Ahora bien, sin siquiera imaginarlo tan delicada experiencia -lo que esta docente experimentó años atrás como maestra de su propio hijo en un contexto hospitalario- se convertiría en la premisa de base sobre la cuál aprender y enseñar a otros docentes en el mundo de las Aulas Hospitalarias. También le dio la posibilidad de vivir y entender lo que el comparar la vida del individuo con la de un actor: el papel que desempeña un personaje determina a su vez la suerte y el destino del mismo.



Destino como vocación, esta vivencia se convertiría en la mejor maestra de vida, para la labor hoy lidera la docente pionera del programa de Aulas Hospitalarias. El "proyecto vital" que le ayudó a descubrir esta misión, a vivenciar este rol como algo que da esperanza y despierta la inspiración en las vidas de una considerable mayoría de docentes, a quienes la escuela tradicional podría causarles incomodidad



#### 4. El que hacer docente en un contexto no convencional



Figura 6. La Caverna: Un contexto no convencional: El que hacer docente en el hospital. Diseñado por Santiago Rojas Lemus.



Al girar la rueda del tiempo, las enseñanzas recibidas de sus mentores, la experiencia vivida con su propio hijo, la lucha diaria para enfrentarse y sobreponerse al duelo por separación y el duelo por muerte, comenzaron a fortalecer el carácter de estas docentes. Pero, el contexto se convertía en uno de los mayores desafíos para esta experiencia educativa: no hay aulas, no existen tableros, hay carencias de pupitres y el escenario de la acción pedagógica es la habitación de un hospital.

...todo acorde con un lugar soñado para enseñar, una decoración estupenda, pero... siempre existe un pero, nuestro trabajo no era en ese sitio, era en las habitaciones, pues la mayoría de pacientes no pueden salir de ellas porque están conectados a equipos médicos anclados y es imposible trasladarlos, es cuando de un momento para otro nos vimos de frente a nuestra realidad (Entrevistada grupo focal 1, testimonio personal, 15 de septiembre de 2015).

Esta realidad daría nacimiento, por necesidad, a una nueva manera de concebir la labor docente. Serían, ahora ellas, un aula portable. Ellas se trastocarían en la escuela misma: siguiendo un ejemplo mahometano, la escuela que va al hospital. Y es porque las condiciones de salud crónicas pueden causar que los niños, niñas y jóvenes, presenten extendidas ausencias escolares, creando barreras significativas para su educación continua.

Así, fuera de la escuela y de los ambientes de aprendizaje tradicionales, las docentes en el hospital deben proporcionar oportunidades para mantener las identidades de aprendizaje de los estudiantes-pacientes durante las ausencias escolares. Pues como se comprobó desde la experiencia aquí desglosada hasta la actualidad de la misma, que las docentes ponen a



prueba su creatividad, hacen uso de sus recursos y son la escuela a disposición del niño hospitalizado. Por otra lado -y a manera de ejemplo- la experiencia de los profesionales del Hospital Royal de Melbourne es un referente que modela el uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación –TIC-, como un excelente recurso en los programas de Aulas Hospitalarias, especialmente como medio de interacción social, aunque sea de modo virtual.

Ciertamente, los niños hospitalizados y los jóvenes no sólo se enfrentan a desafíos para su salud, sino también a su educación continua y las relaciones sociales. Estos retos pueden impactar en las futuras trayectorias de vida, aspecto crucial para mantener el aprendizaje y la socialización, pues “las tecnologías educativas, tales como ordenadores portátiles y iPads, se utilizan en el programa educativo multidisciplinario que brinda a los pacientes en el Hospital” (Niselle A, p. 13, 2011).

En consecuencia, otro nuevo desafío surge al interior del viaje a la *Caverna Profunda*, ese lugar desconocido -desde la mirada de lo pedagógico- imponía otro escenario de tensión: los hábitos de presentación e higiene deberían cambiarse en éstas docentes.

...debíamos utilizar ropa adecuada elaborada de un material especial llamado antifluido, tapabocas, cabello recogido, uñas cortas, sin pulseras, sin aretes largos, nada de anillos, fatal para seis mujeres vanidosas, sin lugar a dudas, la cuestión es que todos esos elementos alteran la recuperación de los pacientes, debíamos familiarizarnos, no solo con lo anteriormente mencionado, sino con un nuevo hábito que debía estar muy presente en nuestra cotidianidad (Entrevistada grupo focal 1, testimonio personal, 13 de septiembre de 2015).



Tal transgresión a los usos y desusos de las docentes significó una señalada ruptura de hábitos y de patrones comportamentales. Tal ruptura propendía a ubicar como protagonista a la salud, dejando como evento subsecuente lo educativo. El papel principal de la educación y del docente –agentes con un lugar incuestionable en la Escuela- se relegaba a las disposiciones del entorno médico. Las docentes se enfrentarían entonces a la “higienización de lo educativo”:

...y se denomina Higienización de Manos, un gel, jabón, toallas de papel, antes y después de dar la clase, no solo eso, pues existen patologías que requieren que uno entre a la habitación con bata, gorro y guantes de cirugía, bastante complejo, pues además, parecíamos peregrinas con toda una bolsa llena de materiales para que los pacientes pudieran desarrollar las actividades, los cuales debían ser desinfectados terminando la jornada (Entrevistada grupo focal 1, testimonio personal, 10 de septiembre de 2015 grupo focal).

Así el aula, escenario familiar para el docente, en este contexto toma otra forma. El aula se les manifiesta a las docentes del Programa como: La Unidad de Pediatría. En tal orden los médicos, las enfermeras, los estudiantes-pacientes y sus familiares, conformar un organigrama oculto. Es decir, pese a que las docentes siguen vinculadas laboralmente con la Secretaría de Educación, la pirámide organizacional educativa no está presente en el hospital.

En este territorio no deambulan orientadores, ni coordinadores, ni rector; mucho menos funcionarios del ministerio ni supervisores de educación. Es un espacio que ofrece un desafío más: el auto liderazgo del docente. Así deben desarrollar su práctica bajo su propia supervisión, han de demarcar sus propios tiempos y cumplirse a sí mismo con las metas y las tareas



propuestas para cada día. No hay un Consejo Académico a quien rendirle cuentas, ni una autoridad que califique o descalifique la gestión.

En este bizarro paisaje educativo también se diluyen el hacinamiento y la masificación: las docentes no deben cumplir con ningún parámetro estadístico, que perversamente en las escuelas determina el número de maestros de acuerdo al número de estudiantes. Aquí los padres tienen rostro, los niños tienen nombre y las docentes son recibidas con una alegría singular al visitar cada día la habitación del estudiante-paciente. El contexto entonces, da lugar a un nuevo encuentro: la individualidad. Lo que permite que haya mayor contacto, familiaridad y se reconozca la emoción de los implicados. El paso por esta caverna profunda, no es más que el viaje que cada docente hace, hacia su propio interior, hacia sus creencias, prejuicios, memorias alegres y también dolorosas, miedos y destrezas. Atraviesan la oscura noche del alma pedagógica, que lleva a cada maestra a encontrarse con los sueños, las dificultades y realizaciones que pueden habitar en ellas mismas.



## 5. El reto: sueños, dificultades y realizaciones



Figura 7. El Reto: Sueños, dificultades y realizaciones. Diseñado por Santiago Rojas Lemus.



Los héroes se convierten en villanos cuando desconocen las herramientas que pueden tomar para lograr el objetivo general del Programa Aulas Hospitalarias: garantizar el derecho a la educación y su continuidad a los niños, niñas y jóvenes que por su condición de enfermedad requieran de atención hospitalaria o ambulatoria, la Normatividad se convierte en una aliada y en una herramienta indispensable para establecer el Servicio en una Institución Educativa y Hospitalaria nueva, cada docente tiene la tarea de presentar el Programa a la comunidad en general, ya que gracias a esta introducción, se logra que se adquieran más aliados que hagan posible que el paciente pediátrico, quien por causa de los procedimientos médicos prolongados ha interrumpido sus estudios, logre continuar con su proyecto de vida.

Como se mencionó en el Capítulo II de este documento, la responsabilidad es la de llevar el Aula Regular a una Aula Hospitalaria, y según las políticas educativas recientes, crear un Ambiente Regular de Aprendizaje, por consiguiente es fundamental conocer y adaptar las políticas sobre la calidad educativa, las cuales se cimientan en la Constitución Política de Colombia, promulgada en 1991, establece que la educación es un derecho de la persona y un servicio público que tiene una función social, y consagra las libertades de enseñanza, aprendizaje, investigación y cátedra. Igual, le otorga al Estado la función de velar por su calidad, por el cumplimiento de sus fines y por la mejor formación moral, intelectual y física de los y las estudiantes; además le asigna la facultad de ejercer la suprema inspección y vigilancia de la educación, con el fin de velar por su calidad.

Así, los marcos teóricos y legislativos -así como las prácticas educativas- han ido evolucionando desde un enfoque centrado en la segregación a otro que apunta a una educación



normalizada e integradora de las necesidades educativas especiales a la atención a la diversidad. De este modo, se constituye la educación inclusiva el último eslabón como medio para la disminución de los procesos de exclusión social.

*Ergo*, a nivel Internacional, la Carta que emite el Parlamento Europeo sobre los Derechos del Niño Hospitalizado, publicada el 11 de Febrero de 1985, expone el hecho de darle la posibilidad a un docente para que trabaje con el paciente durante su estancia hospitalaria, refiriendo que se reconoce el “derecho a poder recibir estudios en caso de hospitalización parcial (hospitalización diurna) o de convalecencia en su propio domicilio” (Ballano, 2009, p. 296).

En concordancia a lo anterior, el Parlamento Andino se propuso establecer una legislación, en Latinoamérica que permita el derecho a la educación a niños, niñas y jóvenes hospitalizados o en situación de enfermedad, este a su vez, en su XXI Reunión de Comisión de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología, aprobó por unanimidad, impulsar el instrumento legal.

En tal sentido, esta propuesta fue impulsada con énfasis por la Red Latinoamericana y del Caribe de Pedagogía Hospitalaria (REDLACEH). Al tiempo que expresó que es importante establecer esta Ley, no sólo en América Latina y el Caribe sino que además debe extenderse en el mundo entero, pues a su juicio, a los niños y jóvenes, sin importar su condición, se les debe garantizar el derecho a la educación. (...) Venezuela cuenta con este derecho contemplado en la Constitución, sin embargo, resaltó que se deben tomar las medidas pertinentes para activar las aulas que poseen los hospitales del país, para así “promover la educación en estos centros de salud (Noticias 24. Parlamento Latinoamericano impulsa ley marco para la Pedagogía Hospitalaria en América Latina y el Caribe. 29 de enero de 2015).

Luego, a Nivel Nacional se cuenta con el Decreto 1470 de julio 12 de 2013 del Ministerio de Educación Nacional:



Por medio del cual se reglamenta el Apoyo Académico Especial regulado en la Ley 1384 de 2010 y Ley 1388 de 2010 para la población menor de 18 años. Considerando: Que la Constitución Política de Colombia, determina entre los fines esenciales del Estado, el de garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes de la comunidad en general, como lo es el derecho a la educación, que además es un servicio público que cumple una función social.

En concordancia con dicha preceptiva constitucional, la Ley 115 de 1994 -en su Título III- regula la integración al servicio educativo de aquellas personas que posean algún tipo de característica especial o se encuentran en condiciones de vulnerabilidad, atendiendo sus particularidades propias, en aras de garantizar su adecuada atención educativa.

Al respecto, conviene decir que las entidades territoriales certificadas en educación, al tenor de lo establecido por la Ley 715 de 2001, tienen dentro de sus responsabilidades las de dirigir, planificar y prestar el servicio educativo en los niveles de preescolar, básica y media en condiciones de equidad, eficiencia y calidad. A su vez, el Congreso de la República promulgó la Ley 1384 del 2010 por medio de la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer. Esta norma que tiene por objeto reducir la mortalidad y la morbilidad por cáncer adulto; así como mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos a través de la garantía por parte del Estado. De igual forma, brindar garantía a los actores que intervienen en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, a los actores de la prestación de todos los servicios que se requieran para su prevención, detección temprana, tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo.

De modo eventual a la ley citada, se expidió la Ley 1388 de 2010, mediante la cual se dictan disposiciones en defensa del derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia. Esta ley tiene como pilar central disminuir de manera significativa la tasa de mortalidad por esta



enfermedad en la población etaria menor de 18 años. Esto, a través de la garantía por parte de los actores de la seguridad social en salud, de todos los servicios que requieren para su detección temprana y tratamiento integral. Así como en aplicación de protocolos y guías de atención estandarizadas, sin desconocer la infraestructura, dotación, recurso humano y tecnología requerida en centros especializados habilitados para tal fin.

Así, se pretende dar continuidad a los procesos de enseñanza y de aprendizaje de la población menor de 18 años. Sector etario que -durante el tiempo en que deban realizarse exámenes diagnósticos y procedimientos especializados por sospecha de cáncer, o tratamiento y consecuencias de la enfermedad- deja de asistir regularmente al establecimiento educativo en el que están matriculados. De esta manera se pone a su disposición los materiales educativos y estrategias didácticas que les permitan reintegrarse con normalidad a sus estudios.

Ahora bien, existe a nivel Distrital el Acuerdo 453 del 24 de Noviembre de 2010 del Concejo de Bogotá, por medio del cual se crea el servicio de apoyo pedagógico escolar para niños, niñas y jóvenes hospitalizados e incapacitados en la red adscrita a la Secretaría Distrital de Salud”. Resolución 1012 del 30 de Marzo de 2011:

Por medio del cual se reglamenta el servicio de apoyo pedagógico escolar, para niñas, niños y jóvenes, que por enfermedad o tratamiento médico se encuentran hospitalizados o incapacitados en la Red Adscrita a la Secretaría Distrital de Salud, en virtud del Acuerdo 453 del 24 de Noviembre de 2010.

Dentro de este contexto normativo, otra de los cuidados que tiene el Programa Aulas Hospitalarias es recordarle a las Instituciones Educativas que un estudiante que no asiste a clase por su condición de enfermedad no pierde la calidad de integrante. En esto -y al igual que



los docentes que se encuentran dentro de esta estrategia educativa- no se debe olvidar que existen políticas vigentes que ayudan a que se logre el objetivo. Entre ellas, se cuenta con la Ley 115 de Febrero 8 de 1994. Ley

por la cual se expide la ley general de educación. El congreso de la República de Colombia. Decreta: Título I. Disposiciones Preliminares. ARTICULO 1<sup>ro</sup>. Objeto de la ley. La educación es 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. La presente Ley señala las normas generales para regular el Servicio Público de la Educación que cumple una función social acorde con las necesidades e intereses de las personas, de la familia y de la sociedad. Se fundamenta en los principios de la Constitución Política sobre el derecho a la educación que tiene toda persona, en las libertades de enseñanza, aprendizaje, investigación y cátedra y en su carácter de servicio público. De conformidad con el artículo 67 de la Constitución Política, define y desarrolla la organización y la prestación de la educación formal en sus niveles preescolar, básica (primaria y secundaria) y media, no formal e informal, dirigida a niños y jóvenes en edad escolar, a adultos, a campesinos, a grupos étnicos, a personas con limitaciones físicas, sensoriales y psíquicas, con capacidades excepcionales, y a personas que requieran rehabilitación social. ARTICULO 4<sup>to</sup>. Calidad y cubrimiento del servicio. Corresponde al Estado, a la sociedad y a la familia velar por la calidad de la educación y promover el acceso al servicio público educativo, y es responsabilidad de la Nación y de las entidades territoriales, garantizar su cubrimiento. El Estado deberá atender en forma permanente los factores que favorecen la calidad y el mejoramiento de la educación; especialmente velará por la cualificación y formación de los educadores, la promoción docente, los recursos y métodos educativos, la innovación e investigación educativa, la orientación educativa y profesional, la inspección y evaluación del proceso educativo. ARTICULO 5<sup>to</sup>. Fines de la educación. De conformidad con el artículo 67 de la Constitución



Política, la educación se desarrollará atendiendo a los siguientes fines: 1. El pleno desarrollo de la personalidad sin más limitaciones que las que le imponen los derechos de los demás y el orden jurídico, dentro de un proceso de formación integral, física, psíquica, intelectual, moral, espiritual, social, afectiva, ética, cívica y demás valores humanos. 2. La formación en el respeto a la vida y a los demás derechos humanos, a la paz, a los principios democráticos, de convivencia, pluralismo, justicia, solidaridad y equidad, así como en el ejercicio de la tolerancia y de la libertad. 3. La formación para facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan en la vida económica, política, administrativa y cultural de la Nación.

Es pertinente recordar, además, que el Decreto 1860 de agosto 3 de 1994, reglamenta parcialmente la Ley General de Educación y ésta se aplica al servicio público de educación formal, que presta tanto en los establecimientos educativos del Estado, los privados, los de carácter comunitario, solidario, cooperativo o sin ánimo de lucro. Establece la implementación de favorecer la calidad, continuidad y universalidad del servicio público de la educación, así como el mejor desarrollo del proceso de formación de los educandos. Continuando con el orden interno de las Instituciones Educativas se tiene también a la Resolución 2343 del 5 de Junio de 1996 el cual adopta un diseño de lineamientos generales de los procesos curriculares para el servicio público educativo y establece los indicadores de logros curriculares para la educación formal que deberán ser aplicados en los establecimientos educativos del Estado, en los privados y en los de carácter comunitario, solidario, cooperativo o sin ánimo de lucro.

Por otro lado, al mencionar la Pedagogía Hospitalaria, “la pedagogía hospitalaria es una nueva rama de la pedagogía, cuyo objeto de estudio es el educando hospitalizado, con el fin de que continúe progresando en el aprendizaje cultural y formativo, y muy



especialmente en el modo de saber hacer frente a su enfermedad, en el autocuidado personal y en la prevención de otras posibles alteraciones de la salud.

La pedagogía hospitalaria se justifica por los efectos psicológicos, sociales y educativos de carácter negativo que la hospitalización puede causar, tanto en el propio paciente como en su familia, de esta forma, coincidiendo con los objetivos de la educación, la finalidad de la pedagogía hospitalaria, es el desarrollo integral de la persona.” (Cárdenas y Noguero) (2005). A nivel Colombia se tienen leyes dirigidas a la discapacidad como son: Ley 1098 de 2006, Ley 1145 de 2007, Ley 1346 de 2009, Ley 366 de 2009, Ley 1618 de 2013.

Al referirnos a las dificultades, recordemos que el Programa de Aulas Hospitalarias propicia la inclusión social para impulsar la movilidad social de los ciudadanos, privilegiando una educación a lo largo de la vida, con especial atención a las situaciones especiales para la detección de talentos y dificultades. Tan importante -como atípica- práctica pedagógica debe descubrir y permitir el desarrollo de capacidades, no de discapacidades. Debe mitigar las desigualdades: aspecto que debe atender todo gobierno desde unas políticas educativas coherentes y con fuerte contenido social y equitativo. Es por esto mismo que, como enemigos en este viaje, surgen posturas basadas en la desinformación. Es una tendencia de directivos-docentes que, al desconocer la magnitud y la importancia del programa de las Aulas Hospitalarias, entorpecen los procesos al impedir que se genere un puente de comunicación efectiva entre el colegio de origen del estudiante-paciente y el hospital. De este modo asumen que el periodo de permanencia en el hospital es una causal de ausencia al colegio, constituyéndolo como fallas y ausentismo. Una total equivocación que surge al no entender que el proceso educativo del niño, niña o joven, tiene una



continuidad dentro del centro de salud. Se debe generar conciencia en ellos de que el acto educativo en el hospital es tan válido como el que se puede llevar a cabo en un salón de clases.

Si se echa una mirada retrospectiva en este documento, se ha indicado antes que los aliados se convierten en enemigos por el desconocimiento de la normatividad que se rige en Colombia para la educación de los menores de edad. Sea lo anterior que la incertidumbre viene acompañada de lo que indica Diane E. Papalia (2009) en su libro se “Desarrollo Humano”: las razones que inducen a las personas a determinado comportamiento están determinadas por la motivación (p. 323). Algunas de las propuestas de la psicóloga norteamericana subrayan la base biológica de la motivación, otras acentúan la importancia del aprendizaje y otras se concentran en el papel de los factores cognitivos. Así, los docentes que trabajan dentro del Programa Aulas Hospitalarias, presentan características particulares, ocasionando que se modifique la Pirámide de Jerarquía de Maslow:

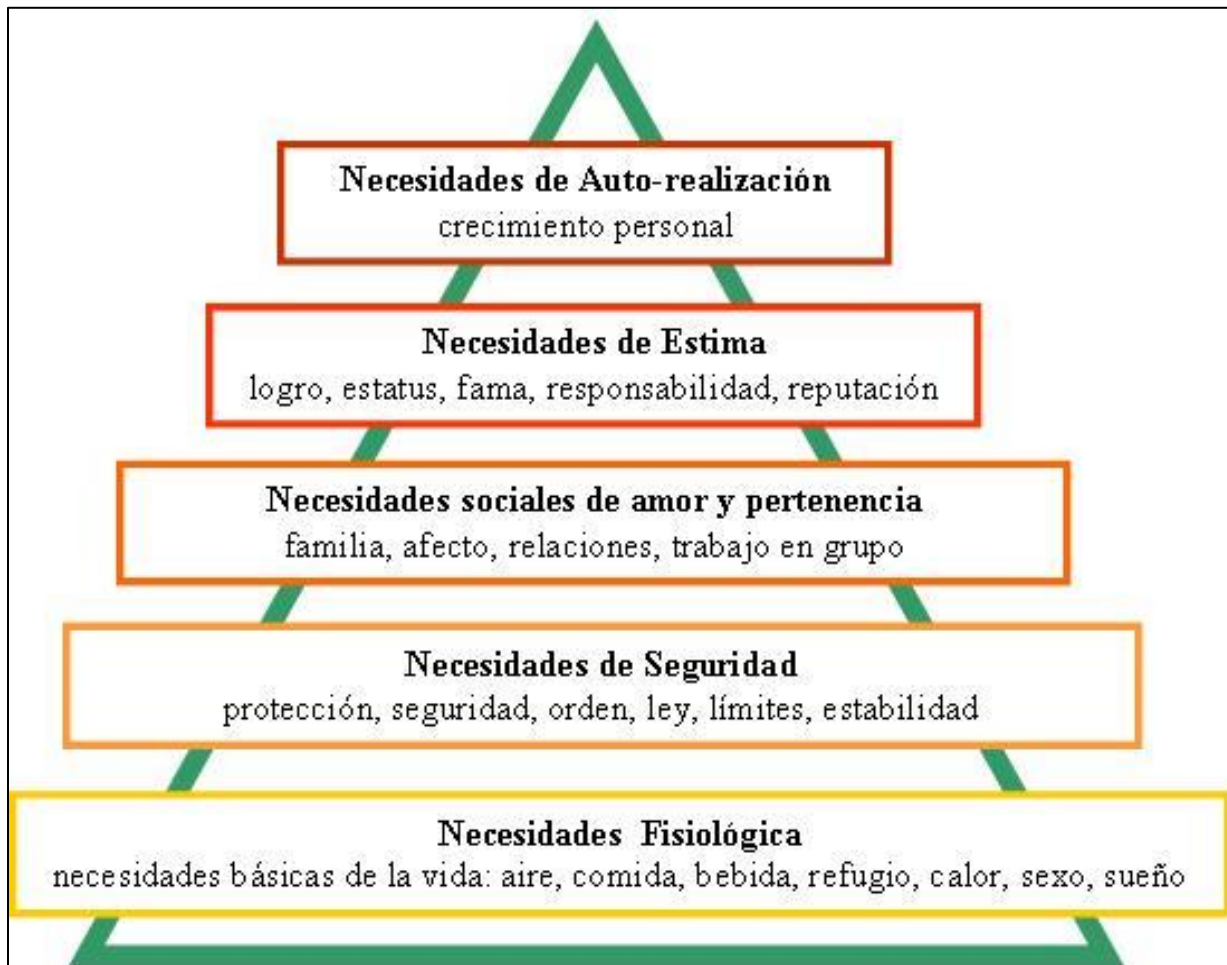


Figura 8. Existe una jerarquía de las necesidades humanas: conforme se satisfacen las necesidades más básicas, los seres humanos desarrollan necesidades y deseos más elevados. Maslow, A. (1943). *Una teoría sobre la motivación humana* [gráfico]. Recuperado de <https://psicologiaymente.net/psicologia/piramide-de-maslow#!>

De este modo aparecen el dolor y la frustración que viven las docentes al perder a su estudiante-paciente o al no poder visualizar el proceso en un intervalo de tiempo más prolongado, como si lo permite la escuela regular:

hay un proceso, en el hospital no hay un proceso y eso da

¡¡¡frus...frus...tración!!!” [...]“Es bien doloroso, a mí me afecta emocionalmente

porque se generan lazos afectivos. Esa parte toca la fibra del corazón...Son



muchas frustraciones (Entrevistada grupo focal 1, testimonio personal, 10 de septiembre de 2015).

Cabe señalar que Maslow organizó las necesidades humanas en forma de pirámide, con las necesidades fisiológicas elementales en la base: estas son las necesidades básicas de supervivencia y deben satisfacerse antes de poder pensar en la satisfacción de cualquier otra. Por tanto, tendrá que satisfacer sus necesidades de seguridad, al menos parcialmente, antes de que pueda pensar en satisfacer sus necesidades afectivas. Así las cosas, teóricos del aprendizaje social -como el psicólogo canadiense Albert Bandura (1977)- argumentan que la recompensa más poderosa para el ser humano es el refuerzo social, como el elogio (p. 87). Puesto que se elogia como modelos a las personas que parecen conseguir las mayores recompensas, los psicólogos cognitivos hacen hincapié en que la manera como reaccionamos a los acontecimientos depende del modo como los interpretamos. En la misma línea, los teóricos de la consistencia cognitiva conceden mayor importancia a la forma como procesamos selectivamente la información, modificando nuestra manera de pensar de forma que se adecue a nuestra conducta y viceversa. La vida, como se habrá aprendido ya, raras veces resulta simple. A menudo, “la persona” en su “existir” se sitúa ante dos o más posibilidades de actuación, ambas hasta cierto punto motivadoras.

En consecuencia, el investigador alemán Kurt Lewin (1973) ha clasificado justamente estos tipos de conflictos en las cuatro categorías siguientes. A saber:

- Conflictos de aproximación-aproximación, ocurren cuando se siente atraído simultáneamente por dos resultados o actividades deseables.



- Conflictos de evitación-evitación, aparecen cuando se siente repulsión por dos o más resultados o actividades indeseables.
- Conflictos de aproximación-evitación, surgen cuando *una sola* opción tiene a la vez elementos positivos y negativos.
- Conflictos de múltiple aproximación-evitación, son los que encontramos más a menudo en la vida. Abarcan situaciones en las cuales existen varias opciones y cada una de ellas contiene tanto elementos positivos como negativos. No es de extrañar que sean éstas las más difíciles de resolver y las que causan mayor estrés (pp. 14-22).

En adición, trabajar en un lugar en donde se debe crear un imaginario de Colegio como elemento físico, representa un agravante que hace aflorar un mar de emociones y que sigue siendo un enemigo. En palabras de la pionera:

era el mes de julio cuando recibí una llamada de una funcionaria de Secretaría de Educación, en donde me comunicaba que iba a pertenecer a un grupo de docentes que iniciaban unas actividades en los hospitales, me preguntó que cómo me parecía la idea de pertenecer a este grupo, lo primero que le dije es que me parecía estupendo, teniendo presente que no sabía exactamente de qué se trataba, pensé, al notar mi entusiasmo esta persona me dijo ...que bien me encanta esa actitud... y me anunció que debía estar pendiente ya que iban a comunicarse conmigo para firmar contrato, al colgar, quedé confundida, la verdad no hallaba ninguna relación de ¿Qué podría hacer un docente en un Hospital?, tenía muchas expectativas, que me obligaron a actuar como una clarividente, me sentí insegura, comencé a preguntarle a mi “bola de cristal”: ¿En qué lugar iba a realizar mi trabajo?, ¿A qué población?, ¿Existe ya la experiencia?, ¿Seré nueva en un grupo de personas?, ¿Aportaré de qué forma?, ¿Si mi especialidad es en Biología, debo enseñar temáticas relacionadas?, y los días pasaban y la ansiedad crecía, esa llamada de la que me había dicho no se hacía realidad (Entrevistada grupo focal 1, testimonio personal, 10 de septiembre de 2015 grupo focal).



Refiriéndonos a las realizaciones, en la actualidad, la masificación genera incertidumbre, desasosiego, inseguridad. Flexibiliza así lo que por mucho tiempo fue fijo y estático:

Vivimos en una sociedad del riesgo, esta característica diferencia nuestras sociedades actuales y las sociedades industriales, según U. Beck. En otra ocasión, expuse brevemente varias connotaciones de esa singularidad. Quisiera hoy profundizar en la existencia de la incertidumbre y sus posibles consecuencias y modalidades que, a modo de ensayo, podemos y debemos llevar a la matriz educativa. La idea fundamental es la siguiente: la incertidumbre no es una anomalía, una excepción que haya que erradicar; al contrario, es una variable esencial que debería introducirse en todos los elementos de una educación del s. XXI. Desde esa afirmación, argumentaré tres posibles consecuencias (Coronado, L. *Educar para la incertidumbre*, 2013)

Por ende, la sociedad requiere en medio de su fragilidad acciones determinantes duraderas. La incertidumbre, el riesgo, el miedo y el pánico son los conceptos que traen inmersas las nuevas generaciones. A cada década que fluye, las personas se abocan a vivir en una condición de perpetua revolución; es ostensible de que los conocimientos están en un estado de revolución permanente. Entonces, es prudente advertir que

...una educación para la incertidumbre, es una educación donde no hay certezas en gran parte de los elementos, procesos y estructuras que nos rodean. Si tiene sentido verdaderamente aprender a aprender, es porque sabemos de antemano que el presente no tiene asegurado una linealidad y secuencialidad en el futuro, que sí tenía en una sociedad industrial. No hay certeza en qué elementos serán los



principales en nuestro itinerario biográfico y profesional; no hay certeza en la dinámica de los procesos económicos, sociales o políticos donde vivimos y estamos; no hay certeza en las estructuras que, por inercia, nos rodean y protegen actualmente... El determinismo que la física cuántica derrumbó en el s. XX, hoy se muestra como un cadáver explicativo de nuestra época. Un detalle: cada vez se hace más evidente socialmente, así como se va conformando una dualidad respecto a esta característica. Los que rechazan la incertidumbre, los que se adaptan a ella. Una educación para la incertidumbre debería interiorizar estas características, significando su inevitabilidad y estrategias (Coronado, 2013).

Es por lo anterior que el Programa de Aulas Hospitalarias debe facilitar una educación emocional que le permita a cada uno de los estudiantes-pacientes labrar un futuro con buenas expectativas y con una actualización de la esperanza a los proyectos de los tiempos postmodernos. Contrario a las escuelas que imprimen en sus estudiantes ausencia de futuro y pesimismo para la vida. Desde luego, se debe privilegiar en el Programa la promesa de mejorar las oportunidades, de una educación universal y enriquecedora que dure lo que dura la vida. Otra de las tareas del Programa es ayudar al educando a “enseñar a vivir” una vida digna, de felicidad, en común, solidaria, atrayente. Es por ello que

una educación para la incertidumbre, es una educación para la hibridación de los elementos, procesos y estructuras que nos rodean. Nuestra sociedad del conocimiento rompe esas dualidades que, tan bien, nos protegían en su oposición teórica y práctica. En forma de preguntas: ¿tiene sentido una organización curricular que divida ciencias y letras?, ¿tiene sentido oponer la naturaleza y la cultura, no son procesos ya convergentes y, muchas veces, sintetizados en nuestra cultura/naturaleza tecnologizada? Sí, nuestra globalización compleja es una época híbrida, un tiempo donde lo nuevo no



pide permiso a las fronteras de las disciplinas y los géneros....  
Una duda: ¿cómo está transformando esta nueva geografía a nuestra estructura cognitiva y emocional? Hace tiempo enunciamos algunas consideraciones: una nueva complejidad cognitiva se está construyendo. Complejidad y síntesis donde las neurociencias empiezan a dar luz (Coronado, 2013).

A partir de aquí se debe observar que la educación es una empresa que dura toda la vida, la cual procura que cada individuo continúe creciendo para que sea una persona mejor. Hoy en día, reconocemos que el conocimiento ya no es duradero, no es fijo, es rápido, veloz y flexible. La educación ha entrado en una etapa de cambio, no solamente por la rapidez de la información y su forma de acceso. Y esto es porque el conocimiento ya no es duradero, sino también debe ayudar a transformar y a mejorar la calidad de vida de las personas. De este modo se es consciente que los hábitos de hoy en día tienden a no perdurar. Así que

una educación para la incertidumbre, es una educación para la flexibilidad del tiempo y el espacio. M. Castells nos describió cómo las nuevas tecnologías habían y estaban transformando estas nuevas relaciones temporales y espaciales: lo explicamos aquí. Arriesgo posibilidades educativas que deberán construirse metodológicamente: no se trata de elegir entre lo lineal o lo fragmentario, deberíamos construir la capacidad del sujeto de contextualizar esas dos dimensiones. Cómo esta multiplicidad temporal y espacial va a dibujar nuestras vidas, cómo la red se introduce como modelo de explicación en ámbitos insospechados, es comprender que el tiempo y el espacio están siendo procesos mediados tecnológicamente, con efectos imposibles de predecir. Nunca una época tuvo tantas experiencias del tiempo y del espacio disponible: apasionante...Una educación para la incertidumbre asume estos retos, no los ignora o los obvia por su complejidad. Aunque puede hacerlo, estaría asumiendo su anacronismo irreversible: una educación que no quiere enfrentarse a las preguntas de su tiempo (Coronado, 2013).

Puntualizando, es un deber del docente del Aula Hospitalaria tener en cuenta la realidad del mundo actual. En esto, el Programa está impelido a suplir las necesidades de una



escuela atractiva y atrayente para los niños, niñas y jóvenes hospitalizados. Entonces, es necesaria una reflexión sobre las acciones de enseñanza para esta realidad. Con ello se pretende en la investigación ofrecer una visión integradora y de auto comprensión de este contexto específico.

A saber, las condiciones de la sociedad individualizada son hostiles a la acción solidaria; inciden negativamente en la posibilidad de ver lo que el bosque que oculta tras los árboles. Además, los viejos bosques que antaño constituían imágenes familiares y fácilmente reconocibles han sido diezmados. La sociedad individualizada está marcada por la dilapidación de los vínculos sociales, el cimiento mismo de la acción solidaria. También destaca por su resistencia a una solidaridad que podría hacer duraderos (y fiables) esos vínculos sociales. Tal aspecto fue una constante en las relaciones que se daban entre todos los actores del proceso evidenciado en el Programa.

Puntualizando, mientras que la solidaridad de los ciudadanos de un Estado está arraigada en una particularidad identidad colectiva, la solidaridad cosmopolita debe apoyarse exclusivamente en el universalismo moral expresado en los Derechos Humanos” (Habermas, 2000, p. 141) La solidaridad, supone dejar de estar sólo, implica el trabajo asociado para fines comunes. Zigmunt Bauman y Jürgen Habermas coinciden en argumentar que en todo espacio de la sociedad se tiene un propósito para favorecer la integración social. Solidaridad, no tanto en el hecho de compartir la causa elegida, sino solidaridad en el hecho de tener una causa; yo, junto contigo y con el resto de nosotros (nosotros la gente que hay en la plaza) tenemos un propósito y nuestra vida tiene sentido (Bauman, 2013, p. 130).



Así, la multiplicación de relaciones anónimas con los otros, las experiencias disonantes con extraños, tienen una fuerza subversiva. El creciente pluralismo relaja los vínculos adscritos como son la familia, el espacio vital, el origen social y la tradición y pone en marcha un cambio en la forma de integración social (Habermas, 2000, p. 111).

Y es que para Zigmunt Bauman año una nueva sociedad contemporánea se ha forjado y es posible comprenderla a través del acercamiento a la otredad, de la empatía. En ello, la educación –para el pensador judío- la educación en la actualidad debe reencarrilar y encausar las diferentes situaciones que se suscitaban en el mundo moderno, facilitando la vivencia de valores. Esto es la puesta en práctica de los principios morales y éticos logrando una regularidad y un equilibrio en la práctica pedagógica.

Sea por lo anterior que Bauman (2013) hace una invitación al compromiso en el actual tiempo que vivimos; viendo y viviendo la educación como proceso y no como producto. Como proceso se debe observar que la educación es una empresa que dura toda la vida, la cual procura que cada individuo continúe creciendo para que sea una persona mejor. Hoy en día, se reconoce que el conocimiento ya no es duradero, no es fijo, es rápido, veloz y flexible. La educación ha entrado en una etapa de cambio, no solamente por la rapidez de la información y su forma de acceso. El conocimiento ya no es duradero, sino también debe ayudar a transformar y a mejorar la calidad de vida de las personas. Así, la sociedad es consciente que los hábitos hoy en día tienden a no perdurar y la mayor alegría del mundo moderno es “deshacerse de las cosas, descartarlas, de arrojarlas al cubo de la basura, es la verdadera pasión de nuestro mundo” (Bauman & Nuñez, 2007, p. 29).



Por ende, la educación tiene una de las tareas más importantes dentro de la modernidad que vivimos y es la de hacer que las cosas perduren y se estén repensando las prácticas, las investigaciones, las proyecciones y los retos que ofrecen los espacios educativos resignificados. El torbellino de cambios es instantáneo, pero también le permite al ciudadano vivir experiencias que le ayudan en su proceso educativo, pero le implica que dicha experiencia sea rápida, instantánea y de constante cambio. En consecuencia, se debe revisar el concepto de actualización, de espacio y de impacto, para que pueda responder a las nuevas necesidades del mundo que vivimos. Ésta, debe dejar de ser en un producto, porque la hace ver como algo que se desgasta rápidamente. La educación es un proceso que perdura toda la vida, adecuándose a los cambios y necesidades respondiendo siempre a varias preguntas: ¿cuál es el perfil de ser humano que se desea formar? ¿Cuáles son las capacidades y competencias formables de ese ser humano? ¿Cuáles son los nuevos aprendizajes para ese ser humano? ¿Cuáles son sus limitantes? Bauman realiza una pregunta reflexiva en uno de sus textos: “¿Qué ocurre cuando el mundo cambia de una manera que continuamente desafía la verdad del conocimiento existente y toma constantemente por sorpresa hasta las personas mejor informadas?” (p. 87).

Él mismo plantea respuestas a manera de reto, “el mundo tal como se vive hoy, parece más un artefacto proyectado para olvidar que un lugar para el aprendizaje” (...) “el aprendizaje está condenado a ser una búsqueda interminable de objetos siempre esquivos que, para colmo, tiene la desagradable y enloquecedora costumbre de evaporarse o perder su brillo en el momento que se alcanza” (p. 95). Hoy se vive un mundo de alquiler, donde todo se mueve rápidamente y nada da espera.

En tal línea, dice Lipovetsky (2006) a propósito de las tareas que debe cumplir



la escuela en la educación en la actual modernidad:

El discurso del maestro ha sido sacralizado, banalizado, situado en el mismo plano que el de los *mass media* y la enseñanza se ha convertido en una maquina neutralizada por la apatía escolar, mezcla de atención dispersada y de escepticismo lleno de desenvoltura ante el saber. Gran turbación de los Maestros. Es ese abandono del saber lo que resulta significativo, mucho más que el aburrimiento, variable por lo demás, de los escolares. Por eso, el colegio se parece más a un desierto que a un cuartel, donde los jóvenes vegetan sin grandes motivaciones ni intereses. De manera que hay que innovar a cualquier precio: siempre más liberalismo, participación, investigación pedagógica y ahí está el escándalo, puesto que cuanto más la escuela se dispone a escuchar a los alumnos, más éstos deshabitan sin ruido ni jaleo ese lugar vacío (Lipovetsky, Vinyoli, & Pendanx-Pousa, 2003, p. 39).

Así, desde una nueva modernidad líquida es importante generar espacios de diálogo, “ágoras comunes” que faciliten un trabajo cooperativo en la solución de problemas y permitan la vinculación, la generación de confianza, la vindicación del ciudadano, la “gran revolución de la conexión humana” planteada por el pensador (Bauman, 2011, p. 46).

Por último, al interior del Programa se corre el riesgo de convertirse en enemigo si cada uno de los docentes que lo conforman no habla el mismo idioma, se es aliado si se conoce y maneja lo que se ha construido poco a poco desde el inicio de la prueba piloto, porque al final es el recurso humano el que hace posible que una idea se haga realidad, durante estos seis años, la construcción de los principios fundamentales han ido apareciendo tal y como se han presentado los aciertos y los errores, al igual que se han incorporado otros actores: 1. Reconocimiento del potencial de aprendizaje - todos los seres humanos tienen potencialidades de aprendizaje, entendiendo éstas como posibilidad y oportunidad de relacionarse con su entorno, adaptarse y lograr un desarrollo personal y un proyecto de vida, 2. Reconocimiento de la diversidad - Respeto



y reconocimiento de la diversidad de intereses, capacidades, ritmos, características, problemáticas necesidades y condiciones de las y los estudiantes, 3. Equidad - significa dar a cada quien lo que necesita para acceder a las oportunidades o resolver las dificultades, 4. Igualdad de oportunidades - Generación de condiciones adecuadas para el acceso y goce efectivo de las oportunidades y los derechos, o para la solución a dificultades, teniendo en cuenta las características y circunstancias de las personas, 5. Participación social - Garantía de plena libertad y condiciones para que todas las personas puedan hacer parte e incidir en su entorno, independientemente de sus condiciones, orígenes o situaciones particulares.



## 6. El saber pedagógico, un camino en construcción.



Figura 9. La Maga.: El saber pedagógico, un camino en construcción. Diseñado por Santiago Rojas Lemus.



Realizando un recorrido por los conceptos de Saber Pedagógico, es importante el aporte de Araceli de Tezanos en su artículo Oficio de Enseñar – saber pedagógico: la relación fundante, donde comenta que el enseñar -entendido como oficio- tiene más una condición casuística que casual en tanto se trabaja caso a caso, día a día, en la inmediatez de lo cotidiano. Tal idea aplica muy bien dentro de un Aula Hospitalaria, aunque para este caso, el tratamiento médico es el que determina cómo se debe encaminar el plan de aula. Por su parte, Olga Lucía Zuluaga menciona que la Pedagogía como saber y como disciplina capacita al maestro, lo potencia para vivir la crisis en que está imbuido, porque le da mayor polivalencia y le permite establecer múltiples procesos interdisciplinarios sin perder los mínimos principios de agrupamiento, ni dejar de llevar a cabo, en determinadas regiones, nuevas reconceptualizaciones.

Así, la Pedagogía no es sólo un discurso acerca de la enseñanza, sino también una práctica cuyo campo de aplicación es el discurso. Se podría decir entonces que, en este contexto de aula hospitalaria, el médico, se enfrenta con sus conocimientos médicos a la enfermedad y los instrumentos de indagación de la misma se aplican al cuerpo. El maestro hospitalario por su parte, se enfrenta con sus conocimientos pedagógicos al discurso de las "teorías" o de las "ciencias" y el instrumento que utiliza para ellos es el método de enseñanza. Es así que cada uno -desde su saber- lograr buscar alternativas para ese estudiante paciente que estando en el escenario hospitalario se transforma en escuela, y logra salir adelante con su enfermedad y su aprendizaje, un entramado complejo que le da forma al aula hospitalaria.

Es así que en ese rol del maestro hospitalario se tiene la responsabilidad de dar cuenta de ese arquetipo pedagógico que envuelve las configuraciones del discurso de la enseñanza en este escenario particular que es la habitación de un hospital. Por tanto, el saber pedagógico que



se constituye, se convierte en un saber que se hace posible por su construcción cotidiana, producto de la transformación diaria que se tiene del espacio, el estudiante paciente, el manejo hospitalario; buscando así que se despliega un desempeño en la situación educativa cotidiana que adquiere unas características metódicas que lo van a hacer posible.

Es visible, entonces, que la sistematización de esta particular práctica educativa, -catalogada como novedosa en Colombia- se basa en el discurso teórico desarrollado dentro de una pedagogía emergente, denominada Pedagogía Hospitalaria. Esta práctica anti-paradigmática es en sí misma- “una modalidad educativa transversal, que se preocupa de dar continuidad educativa al niño, niña y joven enfermo y hospitalizado y/o en tratamiento médico ambulatorio y domiciliario, para evitar la deserción y el desfase escolar, y mantenerlo vinculado al tejido social, procurando atender sus necesidades pedagógicas y sociales, producidas a partir de su enfermedad” (Arredondo, 2015 ).

Otra definición de Pedagogía Hospitalaria nos dice que: “es una nueva rama de la pedagogía, cuyo objeto de estudio es el educando hospitalizado, con el fin de que continúe progresando en el aprendizaje cultural y formativo, y muy especialmente en el modo de saber hacer frente a su enfermedad, en el autocuidado personal y en la prevención de otras posibles alteraciones de la salud”

La pedagogía hospitalaria se justifica en la medida que le permite al estudiante paciente tomar distancia de los efectos psicológicos, sociales y educativos que la hospitalización



ha dejado, tanto en el propio paciente como en su familia, de esta forma, buscando el desarrollo integral de la persona, finalidad última de la pedagogía hospitalaria,

Se tiene -en consecuencia- que la Pedagogía Hospitalaria podría ser comprendida como una pedagogía de las certidumbres en medio de la incertidumbre. Como una pedagogía donde la relación educativa se convierte en el territorio simbólico y ritual de lo escolar. Una pedagogía distinta que se da en un escenario que no fue pensado para ello. Es precisamente en este particular paisaje escolar donde este profesional de la educación resignifica y da sentido a su acción pedagógica (Ayala, 2015, p. 314). Pero, la presencia de la incertidumbre en esta modalidad de actividades, no supone sólo la afirmación de su condición reflexiva. Asimismo exige incrementar, en los profesores, su capacidad de enjuiciamiento ético y de comprensión moral de la actividad mediante una sólida estructura cognitiva de moralidad. Tal estructura obliga al asentamiento de un pensamiento pedagógico práctico, específicamente orientado a la regulación de los procesos de deliberación, de formulación de juicios educativos y de toma de decisiones pedagógicas mediante diversos principios éticos de procedimiento educativo. La profesionalidad del docente se muestra, en efecto, en su habilidad moral para elaborar juicios educativos capaces de dar sentido y orientación ética general a su voluntad de eficacia pedagógica (Bárcena, Gil y Jover, 1990 P. 116).

Es entonces, que en este contexto hospitalario, se crea “la necesidad de un nuevo papel del docente, ocupando un lugar destacado en la retórica y en la práctica educativa actual, ante la necesidad de construir nuevos modelos de formación que se ajusten a este escenario particular que es el hospital, donde el aula de clase es un habitación. Es así que el perfil y el papel de este "nuevo docente" ha llegado a configurar un largo listado de "competencias deseables", en



el que confluyen tanto postulados derivados de enfoques eficientistas de la educación, como otros propuestos por las corrientes progresistas, la pedagogía crítica o los movimientos de renovación educativa. Así, el "docente eficaz" es caracterizado como un sujeto polivalente, profesional competente, agente de cambio, practicante reflexivo, profesor investigador, intelectual crítico e intelectual transformador (Barth, 1990; Delors y otros, 1996; Hargreaves, 1994; Gimeno, 1992; OCDE, 1991; Schon, 1992; UNESCO, 1990, 1998).

En consecuencia, se asume que el nuevo docente desarrolla una pedagogía basada en el diálogo, en la vinculación teoría-práctica, la interdisciplinariedad, la diversidad y el trabajo en equipo; que es capaz de tomar iniciativas para poner en marcha ideas y proyectos innovadores; que desarrolla y ayuda a sus alumnos a apropiarse de los conocimientos, valores y habilidades necesarios para aprender a conocer, a hacer, a convivir. Asimismo, incorpora a su práctica el manejo de las nuevas tecnologías tanto para la enseñanza en el aula y fuera de ella como para su propio aprendizaje permanente. Además, debe ser percibido por los alumnos a la vez como un amigo y un modelo, alguien que les escucha y les ayuda a desarrollarse (UNESCO, 1996).

El papel tradicional del docente, que transmite de manera conservadora un currículo caracterizado por contenidos casi exclusivamente académicos resulta, indiscutiblemente, poco pertinente para el momento actual y sobre todo para este escenario. El nuevo papel del docente debe consistir en el diseño y coordinación de ambientes de aprendizaje complejos, proponiendo a los estudiantes un conjunto de actividades apropiadas que les apoyen en la comprensión del material de estudio, en relaciones de colaboración con los compañeros y con el propio docente. En otros términos, el docente debe actuar como mediador del aprendizaje, ubicándose más allá del modelo del docente informador y explicador del modelo tradicional, debe



estar en capacidad de comprender al estudiante paciente para identificar los momentos de apoyo y las formas de hacerlo que se correspondan con el espacio donde se encuentren .

Esto supone que pueda seleccionar adecuadamente los procesos básicos del aprendizaje en cada materia y subordinar la mediación a su desarrollo, a través del uso de estrategias cognitivas y metacognitiva. Los cambios en la función docente han sido expresados por Collins (1998) y suponen el tránsito “de una enseñanza general a una enseñanza individualizada. De una enseñanza basada en la exposición y explicación a una enseñanza basada en la indagación y la construcción. De trabajar con los mejores estudiantes a trabajar con grupos diversos de programas homogéneos a programas individualizados. Del énfasis en la transmisión verbal de la información al desarrollo de procesos de pensamiento.” (Gutiérrez, O., 2009.).

Es notorio que en el contexto hospitalario, el saber pedagógico se hace latente en el acercamiento de los “docentes eficaces”, a los estudiantes-pacientes. El ejercicio de la práctica pedagógica se complejiza en cada individuo, pues las enfermedades o incapacidades que les tienen recluidos en el hospital hacen de la población estudiantil hospitalaria una entidad heterogénea: cada estudiante-paciente está supeditado al ritmo de su mejoría y todas las enfermedades tienen sus tintes y ritmos disímiles. Es precisamente allí donde el saber pedagógico -en el contexto hospitalario- cobra matices nuevos, no metódicos, pero sensibles a ser sistematizados. “Desde el *ámbito educativo*, el nuevo concepto de necesidades educativas especiales acuñado por el Comité Warnock en Inglaterra en 1978 hacía referencia a la situación especial en que puede encontrarse cualquier alumno en cualquiera de los momentos de su vida, y en la que precise de actuaciones también especiales. Es un concepto relativo, transitorio e interactivo, en el sentido de que dependen tanto de las condiciones personales como de las



características del medio (en contra del concepto de déficit del modelo médico). Curiosamente, la amplitud del término se hacía ya extensible al niño enfermo, cuando el Informe Warnock recuerda que “*Hay niños que se ven obligados a permanecer en un hospital durante períodos más o menos largos de tiempo...*” y planteaba ya la situación del niño hospitalizado, la necesidad de que exista un aula hospitalaria y, lo que es más importante, la necesidad de formar a un profesorado motivado, sensible y especializado.” (Ortiz, C, 1999. p. 3).

También es claro que el saber pedagógico que se constituye, se hace posible con los pacientes más jóvenes, expresándolo en el sentido más lúdico posible, “si se quiere formar a nuestros alumnos, si se quiere que vean de manera diferente el mundo que los rodea, se necesita empezar por propiciarles a los alumnos nuevas percepciones de sí mismos, que les permita mirar diferente. Y toda nueva percepción empieza por una pregunta. Ahora bien, el problema es que las preguntas generan dudas, incertidumbre, y la incertidumbre genera ansiedad. La incertidumbre no es buena desde el punto de vista evolutivo” (Flórez Ochoa, R. 2013. p. 20).

Por ende, el juego es una necesidad imprescindible en esta realidad; jugar implica libertad de movimiento, tiempo y espacio; al facilitar la posibilidad de movimiento en el aula promoveremos facultades de observación, búsqueda y relación para aprender de los propios errores (aprendizaje significativo), otras apreciaciones de juego que se aplican a las dinámicas dentro de un Aula Hospitalaria serían: para Huizinga “el hombre es, ante todo *homo – ludens*, hombre que juega. El juego es, irrupción de la realidad, tiene límites y reglas y es, primordialmente una forma cultural, es una transposición de lo real en un orden superior (1938); Winnicot afirma “un rasgo importante del juego, a saber: que en él, y quizá sólo en él, el niño o el adulto están en libertad de ser creadores (1971, p. 51). Vygotsky dice que “el juego es una actividad social, en el



cual, gracias a la cooperación con otros niños, se logran adquirir papeles o roles que son complementarios al propio” ( 2013, p. 21)

De ahí que si se encauza toda esa energía -producto del movimiento- en lugar de reprimirla, se está ayudando a los niños/as a estructurar su conducta y su mente; y por tanto, su evolución psíquica. Cabe recalcar que lo que se quiere es canalizar la energía para captar la atención de los estudiantes. Existen situaciones consideradas de riesgo y que son susceptibles de apoyo en el contexto del niño enfermo: la salida de un lugar seguro como es el medio familiar hacia un lugar desconocido como es el hospital, la ruptura con la vida cotidiana, la escuela y el barrio para permanecer aislado en la sala aséptica del hospital, el paso de una actividad frenética marcada por sus iguales a sentirse en la cama, a solas consigo mismo, con todo el tiempo disponible para pensar, el absentismo escolar y la preocupación por el fracaso escolar” ( Ortiz, C. 1999. p. 3).

Por consiguiente, la creación de un ambiente de aprendizaje, Como propicio favorece o dificulta la propuesta de actividades que se desarrollan en el marco escolar. Tal realidad hace que sea necesario establecer criterios de organización de los espacios, materiales y tiempos que permitan adecuarlos a las intenciones educativas, refiriéndose a este como un Ambiente de Aprendizaje Inclusivo en el Aula, ya que en estos, “los niños pueden solicitar, rechazar o ignorar la ayuda en la resolución de las tareas, por lo que se corrobora que ésta tiene que ser proporcionada en el momento adecuado” (Peña, M, 2005 p. 817)



En suma, crear un espacio que sugiera gran cantidad y variedad de actividades, el lenguaje es el puente de comunicación que permite conocer y satisfacer las necesidades y participar de manera asertiva en el entorno social.

De ahí que los docentes deban estar preparados con diferentes estrategias para poder centrar la atención de los estudiantes- pacientes. A razón de esto, las estrategias lúdico-pedagógicas son un excelente recurso para los docentes, porque a través de ellas los niños -además de adquirir conocimientos de manera didáctica- practican sus futuros roles en la sociedad, cuestionan viejos modelos, se atreven a idear un futuro y aprenden a identificar su propio destino.

Lo lúdico nos conduce a un rasgo inherente a la humanidad. Humanidad que es pensada como aquello que no es mensurable; es decir, la vida, el sufrimiento, el amor. Bajo esta luz se hace evidente que lo humano significa respeto por los derechos de los otros. Configurándolo así al concepto del desarrollo de las competencias al interior de la experiencia del Programa, cobra vigencia la formación humana. En contraposición a las corrientes de una educación basada en incertidumbre y que busca permanentemente la exclusión.

Dadas estas reflexiones, se hace perentorio que los procesos educativos deben diseñarse de acuerdo a las particularidades de Salud y Educación; esto incluye los pacientes escolarizados. Para ellos la comunicación con su Colegio de Origen es primordial, pues no debe desconocerse el proceso que se lleve con él; sea porque el Programa no está dirigido como una Institución Independiente, al ser una estrategia, debe ir de la mano con todas las políticas que a nivel Nacional se implementen. Entonces, la única diferencia es que la población hospitalaria es fluctuante y para permear tal situación, se diseña un Plan de Aula por Ciclos Educativos. Ahora,



los docentes que se encuentren dentro de éste, al entrar, pierden su especialidad. Es decir, si el docente se titula –por ejemplo- Licenciado en Biología y su experiencia ha sido en Secundaria, es necesario que deje a un lado lo que venía haciendo. Pues no siempre se tienen pacientes-estudiantes en grados escolares deseados; así se constituye una red de apoyo en la cual encontrar en un equipo de docentes, de licenciados en las diferentes áreas de la Educación. Docentes idóneos con los tiempos postmodernos que estén la disposición de repensar su labor a diario.

Es por ello que la labor del docente “hospitalario” configure uno de los roles más abnegados dentro del complejo mundo educativo de la realidad colombiana. Las características de su arte, su nivel de pericia, la confianza en sí mismo, la capacidad de re diseño de su praxis, la audacia de reflexionar sobre las necesidades y los problemas de sus alumnos-pacientes por encima de los propios; hacen que se configure como un taumaturgo que enseñando aprehende, que transmitiendo conocimientos –y dando seguridad emocional- crece en sabiduría y en espíritu. Así, son los educandos los que dan sentido a esta profesión, son el insumo de la misma. Tanto así que se mueve un país, se crean políticas, se establecen estrategias, se buscan recursos, se acondicionan espacios, se crea un escenario acorde a sus necesidades; inclusive se hace posible modificar la manera de ver la vida logrando -esta manera- sembrar oportunidades.

El sentido de ser docente es la oportunidad de introducirnos en una de las prácticas más humanas que existan; en esta praxis se conjugan y ordenan los actos de magia, transportándoles de nuestra mente a la mente de los estudiantes aquellas imágenes que nos hacían soñar. Imágenes que crean efectos de ciencia ficción en un espacio aún no vivido, pero que con tal acto de hechicería se logra que sea real y que los educandos sean los conviertan a éste con la ayuda de herramientas en el mundo real.



Pero en la masificada sociedad la valía del discurso del maestro ha sido banalizada, situado en el mismo plano que el de los *mass media*. Es evidente que la enseñanza se ha convertido en una maquina neutralizada por la apatía escolar; mezcla de atención dispersa y de escepticismo lleno de desenvoltura ante el saber.

Gran turbación de los Maestros. Es ese abandono del saber lo que resulta significativo, mucho más que el aburrimiento, variable por lo demás, de los escolares. Por eso, el colegio se parece más a un desierto que a un cuartel, donde los jóvenes vegetan sin grandes motivaciones ni intereses. De manera que hay que innovar a cualquier precio: siempre más liberalismo, participación, investigación pedagógica. Pero en estos aspectos manumisores está el escándalo, ya que cuanto más la escuela se dispone a escuchar a los alumnos, más éstos deshabitan sin ruido ni jaleo ese lugar vacío (Lipovetsky, Vinyoli, & Pendanx-Pousa, 2003, p. 39).

Ante tan verídico acontecer, el Maestro -como profesional de la educación- debe transformar su práctica cuando toma consciencia de su hacer, cuando pone en diálogo su acción y reinvencción de espacio escolar; aspecto que le permite cuestionar sus formas de ser y estar en la escuela en torno a otro, como lo es la infancia. Por otro lado, el acompañamiento *in situ* puede ser comprendido como ese espacio-tiempo creado para encontrarse con el otro, para la configuración de un hacer educativo que movilice acciones de construcción-transformación-reconstrucción. Es dar lugar y sentido a la escucha, a la lectura, al diálogo, a la diferencia, a la escritura, a la interpretación y a todo lo que propenda por el crecimiento del maestro. En tal orden,

la sistematización hoy es un terreno de saber que se ha constituido en un campo propio, permitiendo que la práctica de los sujetos y actores sea convertida en un lugar de saber. Por ello pudiéramos hablar hoy que la sistematización se ha



construido como un campo intelectual propio en la esfera de la producción del saber (Mejía, 2013, p. 136).

Aunada la investigación al autor, se puede afirmar que la experiencia de la sistematización en el Programa está demostrando que la práctica pedagógica en este contexto ha cambiado. Dando a conocer así que existe una estructura educativa nueva, dimensionada en la emotividad de seres humanos que construyen su propio conocimiento; un conocimiento más sistematizado, pero que distancia cada vez más la brecha con la educación formal. La experiencia en el Programa ha dejado elementos de análisis, construcciones en torno a la institucionalidad, a la razón instrumental. Pero los resultados de la sistematización de la experiencia debe brindar el espacio para evidenciar proyectos comunes, solidarios y duraderos; espacios diferentes a las prácticas educativas generadas a partir de incertidumbres y que se basaban en la individualidad.

Como resultado del auge de los planteamientos cognitivos en el estudio de los procesos de la enseñanza y el aprendizaje, se han presentado diversas tesis pedagógicas fundamentales —más o menos relacionadas directamente con tal perspectiva— que conviene recordar sumariamente. De entre todas ellas, interesa destacar principalmente las dos siguientes:

I. En primer lugar, la tesis de que el alumno ha de tener, en general, un especial protagonismo en el aprendizaje escolar, y particularmente, ante la cuestión de la construcción significativa del conocimiento, pero justo en la medida en que este proceso no se satisface sólo a partir del establecimiento de una relación individual con el objeto de conocimiento. La influencia del profesor —lo que se ha dado en llamar «ayuda pedagógica»— y, más específicamente aún, el establecimiento de cierto tipo de interacción educativa son un elemento decisivo en la activación



de lo que se conoce como actividad mental autoestructurante, sin la cual en modo alguno se podría satisfacer el requisito de sistematización y control de los procesos de aprendizaje significativo (Coll, 1990a, p. 132 y SS.; Pozo, 1989, p. 163 y ss.).

De acuerdo con este punto de vista, puede decirse que no existe una relación estrictamente causal entre la enseñanza y el aprendizaje (Fenstennacher, 1989, pp. 150-180). La relación entre ambos procesos tiene necesariamente que pasar —e incidir— en los procesos de pensamiento, expectativas, intereses, etc. del alumno (Reilly, 1989, pp. 9-13; Wittrock, 1985, p. 336 y ss.). La educación, como proceso humano y formal de desarrollo integral, procede así por vías indirectas, en vez de seguir caminos directos. Procede como influencia formal y sistemática hasta propiciar —o, por el contrario, obstaculizar— procesos formativos informales y permanentes en la vida adulta. Afirmar que la educación es acción, como tarea específica del alumno, supone, siquiera implícitamente, admitir esta tesis fundamental.

2. La segunda afirmación hace estricta referencia a la actuación del docente. Lo que en ella se afirma es que el cuerpo de conocimientos o saber pedagógico elaborado sobre la actividad de la enseñanza, y en general sobre educación, en su configuración o articulación teórica, no puede incidir directamente en la actividad que desempeña con la pretensión (le dirigirla y provocar los efectos pretendidos. También aquí existe mediación; la mediación (De los procesos de deliberación y reflexión del profesor: una modalidad de «pensamiento reflexivo»). Como género de saber, el conocimiento regulador de la práctica profesional del profesor debe cumplir ciertos requerimientos fundamentales.



En primer lugar, tiene que participar —como saber almacenado en la memoria— en la regulación psíquica de la actividad y, al mismo tiempo, ser cambiado por ésta, si es que la actividad ha sido integrada personalmente en una cierta estructura cognitiva. En segundo término, los elementos del saber actualizados por el docente —en la repetición de determinadas actividades y actuaciones— tienen que llegar a consolidarse como propiedades o categorías cognitivas personalizadas.

Por otra parte, resulta claro que el saber es, simultáneamente, presupuesto y resultado de la actividad; es la consecuencia, y no sólo la condición de posibilidad, de una confrontación activa con la realidad, que en el caso de la enseñanza encontraremos constituida por diversas zonas de indeterminación, singularidad e incertidumbre. Sólo de esta manera el saber educativo —concebido como «conocimiento práctico»— alcanzará la índole de un plan interior de acción: «En el plan de acción —escribe Herwig Widlak (1984)— se anticipan el fin y la vía, lo que constituye una importante presuposición de cualquier acción. El saber estructurado en planes se sitúa así en un lugar intermedio entre la representación o teoría y su realización o práctica»

En tal proceso, las narrativas se amplían y se cruzan cuando una y otra maestra, sujetos vertebrales de la experiencia, van tejiendo en la sistematización sus relatos de educación, de formación, de esperanza y de vida. Cruce que luego -a manera de trenza- a través del interrogar la experiencia que como acompañante se reclama; crea otra necesidad: la de detallar, la de esclarecer, la de lograr que ese otro comprenda todo lo vivido, sentido y pensado. Que el otro tome empatía y entienda por qué aconteció y por qué sería “experiencia”. Ella no es lo que se vive, sino es lo que se hace con lo que se vive; es decir, es lo que acontece en los sujetos, lo que los transforma, lo que necesita ser contado para darle lugar, para volverlo a significar en el relato.



Otro aspecto que se incorpora a la Práctica Docente en el Programa de Aulas Hospitalarias es el duelo, el cual es una respuesta normal frente a una pérdida. Cualquier tipo de pérdida genera duelo, vivido en mayor o menor intensidad, variando desde la pérdida de un objeto hasta la pérdida de un ser querido, muerte de un conocido, o pérdida de la salud propia o de un familiar. La Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE-10, clasifica el Duelo como parte de los trastornos de la adaptación, y lo codifica como F43.2. y utiliza tres criterios para establecer la finalización de un duelo: El criterio teórico, el criterio temporal y el criterio clínico.

Para el criterio teórico un duelo termina cuando finalizan las tareas del proceso del duelo, que son: aceptar la realidad, trabajar las emociones, adaptarse a un medio en ausencia del fallecido, recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo. (Parkes, 1972; Bowlby, 1980). Según el criterio temporal, un duelo se supera entre uno a dos años. (Worden, 1997) Y en el criterio clínico, el duelo termina cuando la persona es capaz de evocar al fallecido sin dolor. (CIE -10).

El Padre como cuidador de un niño enfermo, que ha recibido un diagnóstico terminal y sus docentes, dan inicio a un duelo anticipado. Jaramillo (2001) sostiene que todo proceso de duelo anticipado se inicia, no con la muerte del ser querido, sino a partir del diagnóstico de enfermedad fatal de éste, lo que podrá permitir a familiares y amigos prepararse y anticipar la pérdida, viviendo en forma cotidiana las múltiples situaciones negativas que la enfermedad los obligará a afrontar. La anticipación de la muerte posibilitará prepararse para ella y para la despedida del ser querido. En el período que va desde el diagnóstico hasta la muerte, la respuesta



personal del enfermo podrá fluctuar desde períodos de negación, en los cuales seguirá viviendo como si no estuviera enfermo o como si no supiese que va a morir.

En los momentos en que cede la negación, podrán surgir sentimientos de tristeza, miedo, angustia ante la muerte, diversas preguntas sin respuesta, una revisión de las tareas pendientes junto al dolor de tener que separarse de sus seres queridos. El ser testigo de la enfermedad de un ser querido, del debilitamiento y del progresivo deterioro de las funciones mentales, físicas y psíquicas de éste podrá hacer surgir en los familiares sentimientos de impotencia ante la imposibilidad de detener el proceso de enfermedad terminal, angustia, dolor, sensación de pérdida y sentimientos de vacío ante las pequeñas muertes que irán presenciando día a día.

El duelo anticipado conlleva el tener que hacer varios duelos para ir aceptando las pequeñas muertes cotidianas que culminarán con la muerte biológica total. La reconciliación con familiares y/o la realización de tareas pendientes antes del fallecimiento facilitarán el “buen morir” del enfermo o del anciano. El acompañamiento de sus familiares en los últimos momentos de vida permitirá anticipar la muerte e integrar gradualmente la proximidad de la pérdida. Prepararse para el momento de la desaparición física de la persona amada posibilitará llevar a cabo un duelo sano. Aunque, esto último dependerá también del tipo de vínculo existente entre quien está próximo a morir y sus familiares, lo cual podrá o no complicar el tránsito y el desarrollo del duelo.

La oportunidad de decir adiós es valiosa tanto para el enfermo como para sus familiares, ya que puede aportar un sentimiento de alivio a todos ellos. Aunque se trate de un alivio



mezclado con tristeza, este proceso permitirá perdonar y perdonarse fallas y errores, así como manifestar agradecimiento por lo vivido en conjunto. El contacto físico, el abrazo, la caricia y la mirada son interacciones de un profundo valor humano. Los recuerdos alegres, las preguntas sobre aspectos de la vida de cada uno, los comentarios sobre el temor ante el futuro, los momentos de alegría, las risas y algunos modos de distracción permitirán a los deudos y a su familiar enfermo sentir paz y armonía por estar juntos antes del fallecimiento de este último (Jaramillo, 2001).

Es ostensible que en el contexto hospitalario, el saber pedagógico se hace latente en el acercamiento de los docentes-nómadas a los estudiantes-pacientes. El ejercicio de la práctica pedagógica se complejiza en cada individuo, pues las enfermedades o incapacidades que les tienen recluidos en el hospital hacen de la población estudiantil hospitalaria una entidad heterogénea: cada estudiante-paciente está supeditado al ritmo de su mejoría y todas las enfermedades tienen sus tintes y ritmos disímiles. Es precisamente allí donde el saber pedagógico -en el contexto hospitalario- cobra matices nuevos, no metódicos, pero sensibles a ser sistematizados



## Conclusiones

Revalorizar la escuela es -a su vez- dignificar la profesión docente, incentivando la reflexión sobre de las aptitudes y capacidades de cada individuo para un mundo cada vez más industrializado y cambiante. Capacidad de inventiva, de imaginación, habilidades para desarrollar el pensamiento; para crear, para pensar y para hacer visible a los demás. Así, una práctica educativa que tenga en cuenta –a niveles más profundos- el estado físico, intelectual, moral y emocional de los educandos, hace llegar a la conclusión de que la educación debe pensarse a lo largo de la vida. Tal premisa cobra más vigor en los hospitales, pues allí -tanto el docente como el alumno- no separan jamás el conocimiento del existir. Se hace urgente, entonces, revalorizar la escuela y extender su idea hasta contextos tan disimiles como los que brindan los hospitales. Es necesario que la práctica pedagógica en las Aulas Hospitalarias –al igual que en la cotidianidad del contexto escolar regular- se defina como aquello que logra propagar el desarrollo de capacidades, de pensamiento divergente, de construcción del talento, de espíritu de aventura, de estrategia, de posibilidad de inventiva, de mejoramiento de las calidades en los procesos de enseñanza-aprendizaje de los educandos.

Las capacidades deben materializarse a través de la acción, no solamente con el desarrollo de una capacidad sino a través de la unión y desarrollo de un buen número de capacidades para el empoderamiento pleno de cada estudiante paciente. El Aula Hospitalaria privilegia la puesta de práctica de las capacidades; pero una especialmente, el desarrollo de la



emocionalidad: la compasión, el respeto, la empatía, entre otras.

Sea por esto que en la educación colombiana se debe revisar el concepto de *actualización* y de *impacto*, para que pueda responder así a las nuevas exigencias y necesidades del contexto hospitalario. Éste, debe dejar de ser en un contexto hostil, porque hace que la práctica docente se vea como algo que desgasta rápidamente a sus actores. La educación es un proceso que perdura toda la vida, adecuándose a los cambios y necesidades de los educandos –sea cual sea su estado de salud- y siempre dando respuesta determinadas preguntas. A saber, ¿cuál es el perfil de ser humano que se desea formar en ese niño en estado de enfermedad o discapacidad? ¿Cuáles son las capacidades y competencias formables de ese ser humano? ¿Cuáles son los nuevos aprendizajes para ese ser humano? Así, los nuevos procesos educativos que se implementen a partir de la experiencia que da luz a esta investigación, deben tener en cuenta toda la pedagogía que estriba sobre los aspectos emocionales que intervienen en el proceso de aprendizaje.

Más aún, El Programa Aulas Hospitalarias, en sus naturaleza de docencia especial, investigación y proyección social, debe posibilitar espacios para que se externalice la acción y se pueda expandir la solidaridad y que cada estudiante-paciente ejerza una responsabilidad con el otro y que pueda encontrar un lugar en el mundo. Algunos desafíos a ser asumidos por el programa pueden ser los siguientes: construir alternativas que permitan avanzar más allá de la perplejidad y la indiferencia hacia la población hospitalaria, construir una práctica docente participativa, deliberativa y de consensos.

Práctica que favorezca la construcción de subjetividades y revitalice el concepto de escuela a partir de la experiencia hospitalaria. Otros desafíos pertinentes de ser abordados



consisten en desarrollar las condiciones adecuadas de al interior de los centros de salud que permitan construir consensos y movilizar la voluntad pedagógica que apunte a la construcción de pautas de valor para un modelo de vida buena, digna y deseable. El Programa se debe traducir en una pedagogía de valoración de lo humano.

Finalmente, es concluyente que la experiencia en el Programa representa un constante “repensar educativo”. Sea esto porque el docente competente en -este contexto- ya no está asociado o limitado únicamente a niveles superiores de desarrollo intelectual de su práctica. Es porque el docente se debe ahora la potenciación de todas las dimensiones del ser humano y a la promoción de sus capacidades individuales. En síntesis, el proceso de enseñar en un hospital no es sólo el resultado de un diseño curricular cargado de contenidos, sino de un conjunto de planes de construcción de pensamiento y significado que se promueve a través del conocimiento de una necesidad educativa específica. Vista holísticamente, en la realidad del Aula Hospitalaria -hoy en día- cobra vigencia la reformulación de la acción docente y el sentido de las prácticas pedagógicas en el marco de una verdadera inclusión, en el marco de una democracia deliberativa. La práctica en el Programa Aulas Hospitalarias ha de ser reconfigurada siguiendo un diseño curricular resignificado.



## Lista de referencias

Aignerren, M. (2006). *La técnica de recolección de información mediante los grupos focales*. Recuperado de [http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/texto/14/grupos\\_focales.htm](http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/texto/14/grupos_focales.htm).

Secretaría de Educación. (2010). *Ensayos educativos: lecturas pedagógicas*. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá.

Ayala, M. (2007). Concepciones de taller lúdico-creativo: miradas de los estudiantes de preescolar. *Revista Magistro*, 1 (2), pp. 307-322.

Bandura, A. (1977). *Teoría del aprendizaje social*. Ohio: Prentice Hall.

Ballano, F. (2009). *La Pedagogía Hospitalaria y el Pedagogo Hospitalario. Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*. Madrid: Editex.

Bárcena, F. (13 de diciembre de 1993). *El Tratamiento de la Incertidumbre en la enseñanza reflexiva. Bases para una teoría del juicio pedagógico*. *Revista de Educación*, (300), pp. 105-132.

Bauman, Z. (2013). *Sobre la educación en un mundo líquido: conversaciones con Riccardo Mazzeo*. Barcelona: Paidós.

Bauman, Z., & Nuñez, V. (2007). *Los retos de la educación en la modernidad líquida*. Barcelona: Gedisa.

Beck, U. (2002). *Hijos de la libertad*. México: FCE.



Berelson, B. y Laszarfeld P.F (1948). *The analysis in Communications Content*. Chicago: University of Chicago and Columbia University.

Bruner, J. (1996). *La educación, puerta de la cultura*. Barcelona: Visor.

Duro, Elena. (2010). *Autoevaluación institucional: nexos entre los ámbitos de decisión y la escuela*. Recuperado de [http://www.unicef.org/argentina/spanish/Ponencia\\_8.pdf](http://www.unicef.org/argentina/spanish/Ponencia_8.pdf).

Duarte, J. (2003). *Ambientes de aprendizaje para el desarrollo humano*. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-07052003000100007](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07052003000100007).

Cárdenas Rodríguez, Rocío. López Noguero, Fernando. (24 de febrero de 2005). *Hacia la construcción de un modelo social de la Pedagogía Hospitalaria*. *Pedagogía Social*. Revista Interuniversitaria, (34), pp. 59-70.

Coronado, L. (2013). *Educar para la incertidumbre*. Recuperado de <http://ined21.com/educar-para-la-incertidumbre/>.

DE TEZANOS, Araceli. *Oficio de enseñar- saber pedagógico: la relación fundante*. *Revista Educación y Ciudad*, [S.l.], n. 12, p. 7-26, dic. 2015.

Ghiso A. (1992). *Educación Popular lo alternativo de la propuesta*. En: Salud Alfabetización y educación popular. Medellín: Fal.

\_\_\_\_\_. (1998). *De la práctica singular al diálogo con lo plural. Aproximaciones a otros tránsitos y sentidos de la sistematización en épocas de globalización*. Funlam. Recuperado de <http://www.alboan.org/archivos/332.pdf>.



Habermas, J. (2000). *La Constelación posnacional: ensayos políticos*. Barcelona [etc.]: Paidós.

\_\_\_\_\_. (1999). *La inclusión del otro: estudios de teoría política*. Barcelona: Paidós.

\_\_\_\_\_. (1998). *Facticidad y validez sobre el derecho y el estado democrático de derecho en términos de teoría del discurso*. Madrid: Ed. Trotta.

Hawrylak, M.S. (2000). *La Pedagogía Hospitalaria y el Pedagogo Hospitalario*. Tabanque. (15), 429-439 Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/127613.pdf>

Hernández, R. (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.

Jodorowsky, A. (1997). *Psicomagia*. Barcelona: Bruguera.

Kemmis, S. & McTaggart, R. (1988). *Cómo planificar la investigación-acción*. Barcelona: Laertes.

Lewin, K. (1973). *Dinámica de la personalidad*. Madrid: Morata.

Lipovetsky, G. Charles, S. & Moya, A.P. (2006). *Los tiempos hipermodernos*. Barcelona: Editorial Anagrama.

López Noguero, Fernando; Cárdenas Rodríguez, Rocío; (2005). Hacia la construcción de un modelo social de la Pedagogía Hospitalaria. *Pedagogía Social. Revista*



*Interuniversitaria*, Diciembre, 59-70.

Navas, V. (29 de enero de 2015). *Parlamento Latinoamericano impulsa ley marco para la Pedagogía Hospitalaria en América Latina y el Caribe*. Noticias 24. Recuperado de: <http://www.noticias24.com/internacionales/noticia/97193/parlamento-latinoamericano-impulsa-ley-marco-para-la-pedagogia-hospitalaria-en-america-latina-y-el-caribe/>.

Nisselle A. (marzo 15 de 2012). *Accessing flexible learning opportunities: patients' use of laptops in a paediatric hospital*. *Technology, Pedagogy&Education*, 21(1) pp. 3-20.

Mahmoud A. Wahn. Lawrence G. Bridwell. (2004). *Maslow reconsidered: A review of research on the need hierarchy theory*. Baruch College: The City University of New York USA.

Maslow, A. (1943). *Una teoría sobre la motivación humana* [gráfico]. Recuperado de <https://psicologiymente.net/psicologia/piramide-de-maslow#!>.

Mejía, M. R. (2000). *Atravesando el espejo de nuestras prácticas. A propósito del saber que se produce y como se produce en la sistematización*. Recuperado de <http://kassandra.udea.edu.co/lms/moodle19/mod/resource/view.php?id=60154>.

Ministerio de Educación Nacional. (12 de julio de 2013). *Ley de Apoyo Académico Especial*. [Decreto 1470] Diario Oficial No 44.654. Recuperado de [http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley\\_0715\\_2001.htm#Inicio](http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_0715_2001.htm#Inicio).

\_\_\_\_\_. (8 de febrero de 1994). *Ley General de Educación*. [Ley 115 de 1994]. Diario Oficial No. 41.21. Recuperado de [http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley\\_0115\\_1994.htm#Inicio](http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_0115_1994.htm#Inicio).



\_\_\_\_\_. (19 de abril de 2010). *Ley Sandra Ceballos, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia*. [Ley 1384 del 2010]. Diario Oficial No. 47.685. Recuperado de [http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley\\_1384\\_2010.htm#Inicio](http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1384_2010.htm#Inicio).

\_\_\_\_\_. (26 de mayo de 2010). *Por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia*. [Ley 1388 del 2010] Diario Oficial No. 47.721. Recuperado de [http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley\\_1388\\_2010.htm#Inicio](http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1388_2010.htm#Inicio).

Murillo, F.J. (2010). *¿Quiénes son los Responsables de los Resultados de las Evaluaciones?: Hacia un Planteamiento de Valor Agregado en Educación*. REICE. Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación, 8 , pp. 3-9.

Papalia, D. E. (2009). *Desarrollo Humano*. México: Mc. Graw Hill.

Pérez P. Gardey. A. (2009). *Definición de vocación*. Publicado: 2009. Actualizado: 2009. Recuperado de <http://definicion.de/vocacion/>.

Pick S y López A (1990), *Cómo investigar en ciencias sociales*. Buenos Aires: Trillas.

Rogoff, B. (1993). *Aprendices del Pensamiento*. Barcelona: Paidós.

Romero K. Alonso L. (2007). *Un modelo de práctica pedagógica para las aulas hospitalarias: el caso del Hospital Universitario de Los Andes*. Recuperado de [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0798-97922007000300004](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-97922007000300004).

SERRADAS FONSECA, Marian. (2003). La Pedagogía Hospitalaria y el niño enfermo: Un aspecto más en la intervención socio-familiar. *Revista de Pedagogía*, 24(71), 447-468. Recuperado en 17 de enero de 2017, de



[http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0798-97922003000300005&lng=es&tlng=es.](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-97922003000300005&lng=es&tlng=es)

Sennett, R. (2012). *Juntos: rituales, placeres y políticas de cooperación*. Barcelona: Anagrama.

Schulman, L. (2005). *Conocimiento y enseñanza: fundamentos de la nueva reforma*. Revista de currículum y formación del profesorado, 9 (2), 1-30. Recuperado de <https://www.ugr.es/~recfpro/rev92ART1.pdf>.

Taylor S.J. Bogdan. R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós.

Reich, W.T. (1996). *History of the Notion of Care*. Boston: Encyclopedia of Bioethics.

Zuluaga, O.L. *Pedagogía e Historia. Biblioteca Universitaria Ciencias Sociales y Humanidades. Pedagogía*. Editorial Universitaria de Antioquia. 1999