

**ESPACIOS PEDAGOGICOS EN EL HOSPITAL PARA EL RECONOCIMIENTO
DE LOS NIÑOS Y NIÑAS**

**DIANA MARCELA MESA MUÑOZ
DIANA PATRICIA BETANCOURT
ELIDA MARCELA RAMIREZ VÉLEZ
MARGARITA MARÍA FRANCO VÉLEZ**

**ASESORA
PATRICIA PARRA MONCADA
MAGISTER EN PSICOPEDAGOGÍA**

GRUPO DE INVESTIGACIÓN EDUCACIÓN, LENGUAJE Y COGNICIÓN

Línea de Infancia, Educación y Desarrollo

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE EDUCACIÓN
LICENCIATURA EN PEDAGOGÍA INFANTIL
2010**

DEDICATORIA

*“A Dios por haberme regalado y conservado la vida,
A mi esposo por todo su amor y entrega,
A mis padres y familiares, son mi apoyo incondicional,
A Nicolás Villa y Adriana Correa por su comprensión y colaboración,
A los niños/as, de los cuales recibo las mejores enseñanzas”
Diana Marcela*

“Dedico este proyecto a Dios y a las personas que de diversas maneras me hicieron saber que contaba con su apoyo incondicional, y a la vez me animaban a continuar en mi proceso de formación; de manera especial a mi hermana Janet, sobrinas/o, a Julia Orozco, Consuelo Loaiza, y a cada uno de mis amigos y amigas que siempre han estado conmigo acompañándome en la construcción de este sueño, a todos ellos gracias

*Y a los niños y las niñas, porque creo que son fuente de conocimiento, y por tanto son ellos mis grandes maestros y maestras”
Diana Patricia*

*“Al Señor Jesús mi mejor amigo y guía constante, a mi papá y a mi mamá por ser incondicionales, por todos los sacrificios que hicieron y las enseñanzas llenas de amor que me han dado durante toda mi vida, a mi hermanita mi amiga inseparable, compañera de travesuras y sueños, a la Comunidad Juvenil Juventus Misionera por ser mis hermanos y principal fuente de práctica, a todos mis amigos y familiares que durante este caminar me apoyaron y oraron por mí y a los/as niños/as alegría de mi vida y maestros sabios. MIL GRACIAS... ¡QUE DIVERTIDO!”
Elida Marcela*

“A Dios por bendecirme cada día, a mi papá y a mi mamá que con su confianza, amor y entrega, me ayudaron y acompañaron a cumplir mis metas. A mi familia que de diferentes maneras me han brindado apoyo y me han animado a alcanzar mis logros.

A mis amigos/as y compañeros/as que me contagian de alegría y optimismo para luchar por mis sueños.

*Y a los niños/as que día a día me dan los motivos para seguir adelante en mi profesión”
Margarita*

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a la Universidad de Antioquia, nuestra Alma Mater, por los diferentes espacios que nos brindó durante nuestra formación. A la Facultad de Educación, de manera particular al Programa de Licenciatura en Pedagogía Infantil, por cada uno de los maestros que con sus enseñanzas y experiencia nos acompañaron en el transcurso de nuestro caminar para lograr ser maestras integrales tanto a nivel profesional como personal.

A nuestra asesora Patricia Parra Moncada por su disponibilidad, acompañamiento y gestión, para que nuestra práctica pedagógica se llevara a cabo satisfactoriamente.

A la IPS Universitaria, sede Clínica León XIII por abrirnos sus puertas y permitirnos llevar a cabo nuestra práctica pedagógica. A la Dra. Adriana Arango, Patricia Pérez, a la Trabajadora Social Beatriz Elena Rico y al personal del área de la salud del servicio de Pediatría, por apoyarnos en el logro de nuestros objetivos.

A los artistas y promotores de lectura del programa “Palabras que acompañan” quienes en cada espacio compartido, nos apoyaron y aportaron la importancia de llevar la alegría a través de la música y los cuentos.

Finalmente agradecemos a quienes hicieron que nuestra labor se llenara de sentido y significado, los cientos de niños/as, padres, madres y/o acompañantes que compartían con nosotras día a día ese espacio hospitalario.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	6
1 DISEÑO TEÓRICO	8
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
1.2 OBJETIVOS	10
1.2.1 GENERAL	10
1.2.2 ESPECÍFICOS	10
1.3 JUSTIFICACIÓN	11
1.4 INVESTIGACIONES ANTECEDENTES	13
1.5 REFERENTES TEÓRICOS	16
1.5.1 PEDAGOGÍA	17
1.5.2 PEDAGOGÍA INFANTIL	18
1.5.3 PEDAGOGÍA HOSPITALARIA	19
1.5.4 AULA HOSPITALARIA	21
1.5.5 RECONOCIMIENTO DE LOS/AS NIÑOS/AS	22
1.5.6 SURGIMIENTO CONCEPTO PRIMERA INFANCIA	23
1.5.7 NIÑOS/AS HOSPITALIZADOS/AS	26
1.5.8 ESPACIOS PEDAGÓGICOS	27
1.5.9 ESCUELA	29
1.5.10 HOSPITAL	29
2 DISEÑO METODOLÓGICO	32
2.1 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	33
2.1.1 TÉCNICAS	33

2.1.2 INSTRUMENTOS	33
2.2 POBLACIÓN PARTICIPANTE	34
3 ANÁLISIS	40
3.1 FASE UNO: DECONSTRUCCIÓN	41
3.2 FASE DOS: RECONSTRUCCIÓN	45
3.3 FASE TRES: VALIDACIÓN	52
4 CONCLUSIONES	58
5 RECOMENDACIONES	61
6 BIBLIOGRAFÍA/ CIBERGRAFÍA	63

INTRODUCCIÓN

Este proyecto investigativo es el resultado de la práctica pedagógica realizada durante tres semestres en la IPS Universitaria, sede Clínica León XIII, en la cual se realiza la Creación y montaje del Aula hospitalaria, desde la Pedagogía Hospitalaria.

Para el desarrollo de dicho proyecto, se parte de un planteamiento de problema, con el cual se construye la pregunta central de investigación y a partir de esta se definen los objetivos que se pretenden alcanzar en el desarrollo de la práctica pedagógica.

Para esto, encontramos una justificación sustentada desde las políticas para la primera infancia y aspectos observados en el primer semestre de práctica pedagógica en la IPS universitaria. Posteriormente se realiza un rastreo teórico acerca de las investigaciones antecedentes relacionadas con la Pedagogía Hospitalaria.

Con todo lo anterior se construye un marco teórico para dar claridad a la pregunta de investigación, en el cual encontramos como referentes: pedagogía, pedagogía infantil, pedagogía hospitalaria, aula hospitalaria, reconocimiento de los/as niños/as, surgimiento del concepto de primera infancia, niños/as hospitalizados, espacios pedagógicos, escuela y hospital.

Seguido a esto se encuentra la metodología de la investigación seleccionada, la cual se da desde el paradigma cualitativo en el enfoque de Investigación Acción Pedagógica, tomada de Bernardo Restrepo, utilizando como técnica principal, la observación participante y como instrumento, el diario pedagógico.

A continuación aparece la caracterización de la población participante, a partir de gráficas que dan cuenta de las edades de los/as niños/as, la escolaridad, el género, movilidad y el parentesco de los adultos acompañantes.

A partir de esto, se realiza el análisis de los diarios pedagógicos en tres fases, deconstrucción, reconstrucción y validación, las cuales hacen parte del enfoque seleccionado y en las que se evidencian las categorías encontradas: primera infancia, interacciones, espacios pedagógicos, planeaciones y transversalizando todo el análisis, el reconocimiento de los/as niños/as.

Finalmente se exponen las conclusiones que responden a los objetivos y otras de la práctica pedagógica en general y las recomendaciones para posteriores investigaciones.

Se espera que esta investigación genere reflexiones entorno al reconocimiento de los/as niños/as y a la vez aporte a la construcción de saber pedagógico.

ESPACIOS PEDAGOGICOS EN EL HOSPITAL PARA EL RECONOCIMIENTO DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

1. DISEÑO TEÓRICO

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante la práctica efectuada en el proyecto pedagógico I, inscrito en el Grupo de Investigación Educación, Lenguaje y Cognición e infancia, en la línea de Infancia, Educación y Desarrollo, y realizada en la IPS Universitaria Sede Clínica León XIII, en la sala de Hospitalización Pediátrica y en Urgencias Pediátricas, se evidenciaron en las sesiones de diagnóstico una serie de situaciones que generaron inquietud y fueron referente para el desarrollo de la pregunta. Algunas de las situaciones observadas son las siguientes:

El personal del área de la salud generalmente brinda atención a la enfermedad, tratando la salud física y centrándose en lo biológico y fisiológico de quienes ellos denominan paciente, esto se puede ver ya que al llegar a una habitación habitualmente se habla con el acompañante y no con el/la niño/a, indagando por aquello que a ellos les corresponde –síntomas, reacciones, recuperación, medicación y tratamiento- además al referirse a los/as niños/as utilizan el número de cama o de habitación y no el nombre de estos/as. Se puede decir que hay poca sensibilización de algunos de los profesionales de la salud frente a las diferentes dimensiones del ser y a la atención integral de los/as niños/as hospitalizados/as.

También se hizo evidente que dentro de la clínica se cuenta con pocos espacios y tiempos que posibilitan a los/as niños/as mejorar la comprensión de su

enfermedad y asumir el cuidado de la misma, a causa de esto se observa continuamente a los/as niños/as en sus habitaciones con bajos estados de ánimo, quietos/as y sin motivación, en algunos casos al no entender la razón por la cual se encuentran allí, debido a esto, ellos/as no hacen caso a las recomendaciones médicas para la recuperación de su salud.

Asimismo, se puede ver que los profesionales capacitados para potenciar de manera integral las dimensiones del ser (pedagogos, licenciados, trabajadores sociales, artistas, entre otros) incursionan poco en espacios como los hospitales. El trabajo de estos profesionales también ayudaría a que el cambio en las rutinas de los/as niños/as, mientras se encuentran hospitalizados/as no sea tan abrupto, reconociendo que a pesar de las adversidades los/as niños/as siguen siendo niños/as y tienen necesidades diversas de acuerdo a sus procesos de desarrollo, además no todas las enfermedades suponen inactividad.

Teniendo en cuenta lo anterior y lo observado en la clínica, se encuentra que allí los/as niños/as hospitalizados/as cambian completamente sus rutinas, afectando así su estado de ánimo y prolongando en algunos casos la hospitalización y la enfermedad, con el agravante que en la mayoría, el acompañamiento de los familiares es inadecuado ya que se observa que estos sufren también los estragos de la hospitalización de los/as niños/as, mostrando desinterés, aislamiento e indiferencia frente a las emociones expresada por éstos/as.

De la misma manera, se evidencia que no se da un reconocimiento del/la niño/a como sujeto, ya que no se les llama por el nombre, ni se les pide opiniones acerca de su tratamiento, por ejemplo, no les preguntan si prefieren una pastilla o una inyección, no les explican los procedimientos que se les van a realizar, negando la posibilidad de que ellos/as participen de forma activa en el proceso de la recuperación. También se puede decir que no se cuenta con espacios donde los/as niños/as puedan expresarse y realizar actividades no solo lúdicas sino, que le aporten de modo integral a su formación.

A partir de lo anteriormente mencionado surge la pregunta de investigación que es la base que orienta la práctica pedagógica:

¿En qué contribuye la creación de espacios pedagógicos en la IPS Universitaria sede Clínica León XIII para el reconocimiento del/la niño/a desde recién nacido hasta los 5 años de edad?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 General

Identificar en que contribuye la creación de espacios pedagógicos dentro la IPS Universitaria sede Clínica León XIII para el reconocimiento de los/as niños/as hospitalizados/as, desde recién nacidos/as hasta los 5 años de edad.

1.2.2 Específicos

- Caracterizar las diferentes interacciones que se dan en los espacios pedagógicos en el servicio de pediatría de la IPS Universitaria sede Clínica León XIII
- Analizar las estrategias pedagógicas implementadas que favorecen el reconocimiento de los/as niños/as hospitalizados/as, desde recién nacidos/as hasta los 5 años de edad.

1.3 JUSTIFICACIÓN

Es importante esta propuesta ya que es necesario acompañar el tiempo de hospitalización de los/as niños/as creando espacios pedagógicos, en los cuales se tenga en cuenta sus intereses, para desarrollar propuestas formativas contextualizadas y en las cuales se reconozca a cada niño/a como actor principal dentro de dicho proceso.

De esta manera se propicia no solo un cambio en sus estados de ánimo y comportamiento sino que además se trasciende en busca de consolidar procesos de formación en los cuales se den nuevas formas de pensar a la vez que se desarrolla conocimiento, teniendo en cuenta que la formación es un proceso continuo que traspasa las barreras de cualquier contexto.

Asimismo se requiere crear el aula hospitalaria en la IPS Universitaria sede Clínica León XIII para acompañar no sólo el proceso de formación, sino también los procesos de la enfermedad y la recuperación, ya que esta puede contribuir al bienestar de los/as niños/as, porque desde lo educativo y lo pedagógico ayuda a la motivación por el conocimiento y el aprendizaje, promoviendo las interacciones sociales, igualmente sería un espacio para el encuentro y la comunicación; lo anterior puede aportar a la disminución de los niveles de angustia y ansiedad, característicos de los/as niños/as hospitalizados/as incluyendo el trabajo conjunto con acompañantes y profesionales del área de la salud.

De esta manera se hace necesario entender la importancia del **aula hospitalaria** en esta clínica y el perfil del **pedagogo infantil** en este espacio, pues estos tienen una función diferente al área de la salud, pero no menos importante, ya que estos benefician el desarrollo del/la niño/a, su proceso de formación y hacen más llevadera la enfermedad, al tener en cuenta otros aspectos como son los sentimientos, que se desencadenan en consecuencia del cambio de rutina, de la

hospitalización y del deterioro de la salud como tal, a su vez esto posibilita darle un lugar a los/as niños/as en el cual puedan ser reconocidos/as en las interacciones que se generan en el espacio hospitalario con el personal del área de la salud, acompañantes y/o familiares, y entre pares.

Además al contar con un aula hospitalaria dentro de una clínica se debe comenzar con hacer entender su objetivo por parte de los profesionales del área de la salud, para que los que allí laboran reconozcan su importancia y le otorguen sentido a esta y participen de los procesos que se dan dentro de los espacios formativos.

Desde el punto de vista legal esta investigación se justifica ya que si no se creara el Aula Hospitalaria, se negaría la posibilidad a los/as niños/as hospitalizados/as de recibir atención integral, establecidos en la **ley 1098/2006 Código de la infancia y la adolescencia, en sus artículos 1, 7, 17.**

FINALIDAD. Este Código tiene por finalidad garantizar a los niños, a las niñas y a los adolescentes su pleno y armonioso desarrollo para que crezcan en el seno de la familia y de la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión. Prevalecerá el reconocimiento a la igualdad y la dignidad humana, sin discriminación alguna. Art. 1

PROTECCIÓN INTEGRAL. Se entiende por protección integral de los niños, niñas y adolescentes el reconocimiento como sujetos de derechos, la garantía y cumplimiento de los mismos, la prevención de su amenaza o vulneración y la seguridad de su restablecimiento inmediato en desarrollo del principio del interés superior. La protección integral se materializa en el conjunto de políticas, planes, programas y acciones que se ejecuten en los ámbitos nacional, departamental, distrital y municipal, con la correspondiente asignación de recursos financieros, físicos y humanos. Art. 7

DERECHO A LA VIDA Y A LA CALIDAD DE VIDA Y A UN AMBIENTE SANO. Los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho a la vida, a una buena calidad de vida y a un ambiente sano en condiciones de dignidad y goce de todos sus

derechos en forma prevalente. La calidad de vida es esencial para su desarrollo integral acorde con la dignidad de ser humano. Este derecho supone la generación de condiciones que les aseguren desde la concepción cuidado, protección, alimentación nutritiva y equilibrada, acceso a los servicios de salud, educación, vestuario adecuado, recreación y vivienda segura dotada de servicios públicos esenciales en un ambiente sano. Art. 17

De lo anterior, la pregunta toma más relevancia al focalizarnos en la **primera infancia (recién nacidos/as - 5 años de edad)**, teniendo como base que la mayoría de los antecedentes recogen datos de niños/as en edad escolar, sin tener en cuenta esta población. Por esta razón es nuestra labor como pedagogas infantiles comenzar a darle lugar a estas edades, para que desde estas investigaciones se comience a reconocer la importancia de trabajar con los/as niños/as en este rango de edad; ya que esta etapa es considerada según **la Ley 1098/2006 Código de la Infancia y la adolescencia** Art. 29 como la etapa del ciclo vital en la que se establecen las bases para el desarrollo cognitivo, emocional y social del ser humano.

Después de haber enumerado las diferentes justificaciones que reconocemos en la pregunta, se espera que los aportes que desde aquí se hagan sean base para futuras investigaciones y permitan enriquecer los conocimientos pedagógicos.

1.4 INVESTIGACIONES ANTECEDENTES

Luego de realizar un rastreo de información internacional, nacional y local concernientes a la Pedagogía Hospitalaria y a la creación de Aulas Hospitalarias, y teniendo en cuenta que en la búsqueda tanto Nacional como Local se encontraron diversas investigaciones, resaltamos las siguientes que pueden aportar como antecedentes a nuestra pregunta de investigación, mostrando la ruptura que se pretende realizar en esta y los puntos de encuentro:

A nivel internacional

El aula hospitalaria: un camino a la educación inclusiva, de esta se rescata que Caballero (2007) desarrolla la idea del aula hospitalaria como una vía para abordar la educación inclusiva, entendida como la igualdad de oportunidades que deben considerar además la tolerancia y el respeto a las diferencias; rompiendo el abismo que separa a la educación formal de la educación especial.

Un modelo de práctica pedagógica para las aulas hospitalarias: el caso del Hospital Universitario de Los Andes, en ella Romero (2006) plantea que existen formas de trabajar diferentes temas en los cuales se enmarquen de manera creativa, aprendizajes significativos, en donde por medio del juego y el arte, encontremos en los/as niños/as y acompañantes, vías para el bienestar no solo físico sino también psicológico.

La pedagogía hospitalaria y el pedagogo hospitalario en la que Fernández (2000) plantea el comprender el aula hospitalaria como un nuevo espacio para la educación implica tener profesionales capacitados para trabajar en esta, por esta razón este profesional debe tener claras su funciones y las características con las que debe contar, algunas de estas son: cubrir necesidades psicopedagógicas de los/as niños/as hospitalizados/as y de sus familias, educando y formando dentro de la situación particular de la enfermedad. Debe adaptarse a los ritmos irregulares del hospital.

A nivel nacional

La pedagogía hospitalaria: un camino de construcción, reconstrucción y resignificación desde la experiencia, interacción y reflexión de los sujetos (Barrera y Cuervo, 2008), El objetivo principal del proyecto consiste en construir un modelo de intervención pedagógica en contextos hospitalarios para Colombia contando con las nuevas tecnologías. Para esto se ejecuta un rastreo a las prácticas realizadas en la Fundación Universitaria Monserrate (Hospital) y se consolida la

información recolectada a nivel mundial en un escrito que sirve de soporte para el desarrollo de nuevas tecnologías encontrando principios como la integralidad, la interconectividad, la pasión por trabajar por proyectos, el dialogo de saberes y el investigarse.

A nivel local

El fortalecimiento de la inteligencia emocional a través de la literatura infantil en los niños y niñas de las salas A, B y C de Urgencias del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, nos presenta un proyecto en el que se fortaleció la inteligencia emocional y se ahondan en los autoesquemas como: autoestima, autoconocimiento, siendo estos potenciadores del reconocimiento del mismo niño/a. Además, las investigadoras destacan la importancia que se le da al adecuado acompañamiento de padres y familiares, además reconocen al maestro como potenciador de la salud del/la niño/a, permitiéndoles reconocerse como un ser valioso/a. Y al respecto escriben: *“El núcleo familiar es primordial para el desarrollo armónico del individuo, es por eso importante que el niño cuente con el afecto y compañía de la familia ya que el amor es la base de las relaciones con los demás. Por otro lado será un soporte para el adecuado desarrollo y mejoramiento del niño especialmente cuando se encuentra en un hospital. El ser humano es un ser social que necesita vivir en grupo para ir adquiriendo experiencias, conocimientos, crecer y desarrollarse”* (Atehortua, Cardona y Vélez: 2008, 50).

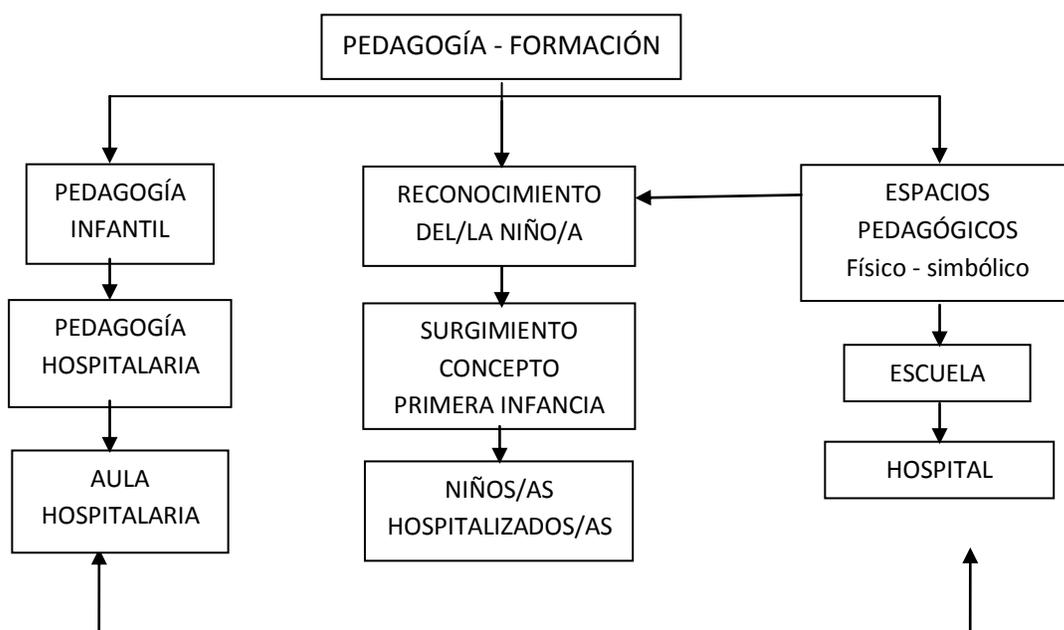
Representaciones sociales sobre la estimulación emocional y verbal de los acompañantes de niños y niñas en el contexto hospitalario (González, Moreno, Ospina, 2006) del presente se destaca la estimulación en el contexto hospitalario no solamente como un aspecto informativo, sino formativo, ya que puede trabajarse con los/as niños/as y con la familia, en sus experiencias, conocimientos, actitudes, creencias sobre aspectos relacionados con la estimulación emocional y verbal.

La condición de hospitalización hace más susceptible la estadia de niños/as y acompañantes en este contexto, por ello es importante favorecer el desarrollo emocional del/la niño/a en el hospital a partir de una interacción verbal positiva con sus acompañantes, donde sean conscientes que sus palabras y tono de voz ocupan un lugar muy importante en el estado emocional de los/as niños/as.

Si bien se consideran dichos aportes, en esta investigación se hace una ruptura, ya que se aborda la pedagogía hospitalaria, como un subcampo de la pedagogía en el cual se reflexiona acerca de la educación propiciando espacios de formación, y teniendo en cuenta que con la población que se está trabajando - primera infancia -, también se pueden llevar a cabo procesos formativos, los cuales ayuden de manera integral al reconocimiento de los/as niños/as.

1.5 REFERENTES TEÓRICOS

Partiendo de la pregunta de investigación se desarrollan los conceptos que en ésta intervienen, retomando diferentes autores y teorías que permiten fundamentar el desarrollo de la misma.



Para el presente proyecto es importante tener como referente el concepto pedagogía, a la vez retomar los conceptos Pedagogía Infantil y la pedagogía hospitalaria como subcampos de ésta, luego definir aula hospitalaria y destacar el concepto de espacios pedagógicos tanto simbólicos como físicos, tales como la escuela, el hospital y otros, para tenerlos como referentes dentro del reconocimiento de los/as niños/as, para lo cual se hace alusión a los hitos históricos de la infancia, concepto de infancia y las dimensiones del desarrollo de los/as niños/as.

1.5.1 Pedagogía

La pedagogía se entiende como el campo disciplinar y profesional en el que se estudia, investiga, reflexiona, experimenta e influye sobre la educación en sus múltiples configuraciones y modalidades (Runge, 2008: 3 Mimeo) De este modo es la pedagogía la que se encarga de la formación del sujeto y no solo de la enseñanza de conocimientos específicos, pues esta se convierte en un medio para la educación. Entendiendo por formación según Gadamer citado por López *“el proceso por el cual se adquiere cultura, es el modo específicamente humano de dar forma a las disposiciones y capacidades del hombre, en este sentido es inherente al proceso educativo”* (López, 2005: 83) esto se puede entender como un proceso global que permite la interacción con las diferentes dimensiones del ser, un proceso que va mas allá de impartir un conocimiento o dar una enseñanza.

El maestro entonces es quien debe encargarse de hacer pedagogía por medio de su reflexión y análisis, pues al concebir la educación como objeto de estudio de la pedagogía, es quien debe pensar en el quehacer, para poder transformarlo construyendo nuevos saberes -saberes pedagógicos- que surgen a través de lo

que Runge denomina campo, este es entonces la praxis, la práctica educativa que se realiza en determinados espacios, de distintas formas y en este se hace alusión a *“un espacio multidisciplinar con unos contornos flexibles y dinámicos”* (Runge, 2008: 4 Mimeo)

1.5.2 Pedagogía Infantil:

Desde el programa de Licenciatura en Pedagogía Infantil de la Universidad de Antioquia, tal como aparece en la autoevaluación del programa realizada en el 2007 es pensada como la que se ocupa de *“la investigación de la problemática de la infancia, la producción y la aplicación de conocimiento pedagógico para el desarrollo del objeto de estudio que le es propio, la enseñanza, el aprendizaje y la formación desde el periodo de la gestación y durante sus seis o siete años de vida”*. De esta forma se tiene ésta pedagogía como una lectura crítica de las concepciones, políticas, prácticas y problemáticas propias de los entornos culturales, sociales, educativos donde viven niño/as, y particularmente, de entender como inciden estos entornos en sus procesos de subjetivación y formación. A la vez reconocer las múltiples miradas que coexisten en torno a la infancia, y en diálogo con otras disciplinas, propiciar el reconocimiento y el respeto de las diversas formas de ser niño/a. Lo que debe llevar a transformar y mejorar los contextos donde se encuentra la infancia.

La pedagogía infantil busca que los pedagogos sean personas idóneas para generar conciencia y conocimientos en la interacción con los/as niños/as más pequeños, tanto desde la crianza en los hogares, como en espacios más institucionalizados, donde la socialización y otros procesos se hacen presentes. Al respecto, Runge (2008: 10 Mimeo), presenta la pedagogía Infantil como un sub-campo de la pedagogía, donde se pretende fortalecer la primera infancia, mostrando la importancia de esta para el ser humano, reconociendo la base en la educación y en la formación de sujetos.

Así pues, los profesionales formados dentro de esta, deben ser promotores incansables de esta etapa de la vida –primera infancia-, analistas y propositivos, sujetos investigadores, que desarrollan nuevas estrategias, espacios, conocimientos y alternativas para la promoción del desarrollo integral en los sujetos que les compete, los/as niños/as en primera infancia. Del mismo modo la pedagogía infantil no se queda estancada en la labor con los/as niños/as, sino que también reflexiona y promueve la formación con familias, comunidades y todos los entes socio-culturales que interfieren en la educación de estos/as, permitiendo lecturas del contexto, formulando propuestas para el proceso de formación en esta etapa inicial.

1.5.3 Pedagogía Hospitalaria:

Al realizar un rastreo acerca de la definición de este concepto, se encuentra que la Pedagogía Hospitalaria puede abordarse desde la pedagogía social, la educación especial y la educación informal: la primera porque no se da al interior de un contexto escolar sino que se da en el/la niño/a directamente y en su entorno inmediato, en cuanto a la segunda es una pedagogía inclusiva atiende a la diversidad y a las necesidades educativas especiales que surgen a partir de la enfermedad y la hospitalización; y la tercera porque según Doval (2001) intenta atenuar las desventajas educativas de los/as niños/as enfermos/as y convalecientes, aprovechando cualquier situación dolorosa para transformarla en una experiencia de aprendizaje significativa para la salud y la vida.

Según Serradas, M (2003) algunos de sus objetivos son colaborar en la adaptación del/la niño/a, y su familia a la situación de hospitalización, menguando los sentimientos de rechazo, depresión e incertidumbre; evitar los posibles retrasos en el aprendizaje, convirtiendo la hospitalización en una oportunidad para

desarrollar otro tipo de destrezas; ayudar al niño/a, y a su familia a establecer vínculos con el hospital durante el tiempo de permanencia allí, para informar y aclarar sus dudas respecto al proceso que están viviendo, dando una mayor importancia al apoyo emocional, afectivo, psicológico y educativo, estableciendo relaciones con el personal de la salud que los atiende.

Desde la visión de Doval (2001: 180),

Para lograr dichos objetivos se requiere de un pedagogo profesional, con una gran versatilidad y flexibilidad, con capacidad de adaptación y empatía, con sentido del humor, dispuesto a mediar con el grupo médico y familiar y capacitado para que a partir de estrategias lúdicas, creativas, pedagógicas e innovadoras favorezca el equilibrio emocional y la autonomía que el niño haya perdido durante la hospitalización

A su vez se construyen nuevas formas de mirar ese/a niño/a enfermo/a, abriendo espacios en los que no solo se mire su enfermedad, sino que también indirectamente se confronten de manera reflexiva y constructiva al personal del área de la salud y a la labor del pedagogo infantil.

Desde este proyecto investigativo se hace una ruptura respecto a las anteriores definiciones, ya que se aborda la Pedagogía Hospitalaria, como un sub-campo de la pedagogía que se desarrolla en otros espacios diferentes a las instituciones educativas –hospitales- en donde el pedagogo actúa como mediador para que se den esos lugares simbólicos –espacios pedagógicos- en los cuales se reconoce al niño/a a través de interacciones con las personas que se relacionan con este/a – niños/as hospitalizados/as, familiares y/o acompañantes, personal del área de la salud-, además desde la Pedagogía Hospitalaria se da ese lugar para propiciar la formación integral dentro de entornos que por más adversos que parezcan, el proceso formativo sigue su curso.

De esta manera se puede decir que la pedagogía hospitalaria no se enmarca en continuar los procesos educativos escolares sino que trasciende a lo formativo, siendo este aspecto a su vez aplicable en todos los ámbitos de la vida –hospital, casa, escuela- teniendo en cuenta la primera infancia.

1.5.4 Aula Hospitalaria:

Dentro de la pedagogía hospitalaria se plantean las aulas como espacios físicos y simbólicos, al interior de una clínica u hospital, donde tiene lugar ésta. Según Barrada y Cardona (2005) el aula hospitalaria *“es donde se imparten actividades con fines pedagógicos, entendiendo el aula no sólo como la estructura física sino como aquella que comprende todas las políticas educativas que contribuyen al proceso formativo de los niños y las niñas.”* (Pág:7) De la misma manera estas autoras definen un aula viajera como parte del aula hospitalaria y de esta dicen *“atiende las necesidades educativas de los niños y las niñas enfermos y se adapta a las circunstancias que posee cada uno dentro del hospital. Es un aula flexible, preocupada por buscar aquellos niños y niñas que no pueden asistir al espacio fijo denominado aula hospitalaria”* (Pág: 22)

Las aulas hospitalarias se conciben entonces como el espacio físico de un salón, donde los/as niños/as encuentran un ambiente agradable y acorde a sus intereses, con material y estrategias adecuadas para la formación. Pero de la misma manera hacen parte del aula hospitalaria todas aquellas actividades y recursos que se dan en el aula, las habitaciones y demás espacios donde se encuentran los/as niños/as dentro de la clínica. La pedagoga es entonces el medio por el cual el aula se hace presente en los entornos pediátricos del hospital.

De esta forma, en esta investigación se concibe el aula como flexible, ya que se sale de ese lugar estático, y pasa a ser un espacio y una estrategia pedagógica

como tal, que permite que, niños/as y familiares y/o acompañantes se beneficien de esta. En este sentido, el aula hospitalaria desde esta propuesta pasa a ser un espacio simbólico, es decir, se adapta al tipo de población y al espacio físico, dando lugar al reconocimiento del/la niño/a.

1.5.5 Reconocimiento de los/as niños/as

El reconocimiento de los/as niños/as, según Runge supone una paradoja ya que *“se trata de un reconocimiento que deviene en sometimiento y manipulación”* (2008:75) y esto se justifica en el sentido que al reconocer la niñez, se hace desde una perspectiva adulta, además esta paradoja se puede ver también ya que *“la niñez se convierte en un problema pedagógico y psicológico, y el niño, como ser carente y necesitado de educación, en un objeto de intervención”* (Runge, 2008:75) es decir, se piensa al niño/a como algo que hay que intervenir y en este sentido se inventan un sinnúmero de métodos para intervenirlo/a, preocupándose más por lo que el/la niño/a necesita –necesidad creada por el adulto- que por lo que es, y por esto, el reconocimiento pasa a convertirse en desconocimiento o en un simple conocimiento mal interpretado; esto se hace evidente en los espacios hospitalarios ya que se ve al niño/a como un sujeto de intervención médica y no se da un espacio para que este hable, diga lo que siente, lo que quiere, lo que piensa; es decir, se parte de las necesidades creadas por el adulto, de lo que estos piensan y consideran necesario, desconociendo al niño/a.

Para que el reconocimiento de los/as niños/as se dé en los contextos hospitalarios, es necesario crear espacios en los cuales estos puedan expresarse y ser escuchados y en donde sus opiniones sean tenidas en cuenta a la hora de realizar diversas actividades, además en las cuales puedan interactuar con el personal de la salud y sus acompañantes.

En este sentido es necesario tener en cuenta que dentro del ambiente hospitalario se debe reconocer la importancia de nombrar al niño/a, cambiando el hábito de llamarlo/a por un número de cama, por la enfermedad o por el número de registro de sus padres, ya que se requiere dar *“nombres y motivos para ser ‘alguien’ en vez de ‘algo’ [...] un nombre que identifica y acompaña, que une al pasado o abre interrogantes [...] el nacimiento humano se inicia con un nombre que significa algo, que evoca afectos y fantasías, y que, sobre todo, asigna un lugar en el mundo”* (Cajiao, 1997: 18). Nombrando al niño/a se le asigna un lugar en la cultura, se le ayuda a crear identidad, a afirmarse en su reconocimiento.

1.5.6 Surgimiento del concepto de primera infancia

Para tener una comprensión de lo que significa el lugar de la infancia, en la actualidad, es necesario volver a la historia de la misma, en la que se destacan según el estudio realizado e investigación bibliográfica por Álzate (2002) “Concepciones e imágenes de la infancia” los siguientes hitos:

- “La historia de la vida privada concibe a la infancia como una categoría social *“invisible/visible”*; mientras que la historia psicogénica que asocia a la infancia con las pautas o formas de crianza; y la historia como indagación genealógica define a la infancia como una figura social; y la historia de la infancia colombiana que la caracteriza por una dinámica de transformación de conceptos y prácticas fundamentadas en la autoridad y moral religiosa tradicional que ceden lugar a perspectivas modernas que hacen referencia directa a las cualidades psicosociales de niños/as
- La concepción pedagógica moderna de la infancia, la define como un periodo reservado al desarrollo y a la preparación para el ingreso de la

vida adulta; la concepción pedagógica contemporánea de la infancia, entiende a ésta como un período vital reservado al desarrollo psicobiológico y social en el marco de los procesos educativos institucionales. La concepción pedagógica activa y moderna de la infancia, la define como una etapa de evolución de la especie, como semilla de esperanza de una nación moderna, y como objeto de estudio e intervención de los saberes modernos que se ocupan de los/as niños/as.

- Las concepciones provenientes de la psicología social conciben la infancia como un período de vida que se refiere a un conjunto de población; un consenso social sobre una realidad objetiva y universal; etapa ideal del hombre en un mundo real, cotidiano, en contraste con un mundo ideal e imaginario.
- Los nuevos avances jurídicos y de las políticas sociales consideran a la infancia como sujeto de derechos y objeto de políticas o programas sociales que tratan de repercutir positivamente en las circunstancias de vida de la población infantil.”

Estos avances jurídicos hacen que se vea al niño/a como un sujeto que participa, que aporta, que se expresa, es decir, es reconocido como tal, además a partir de dichos avances surge el concepto de primera infancia, sin pretender ignorar que todos los momentos de la vida de cada sujeto tienen una importancia significativa, al momento de hablar de desarrollo cognitivo, emocional y social, se encuentra que la primera infancia es de vital importancia, ya que *“Está demostrado que el mayor desarrollo del cerebro ocurre durante los tres primeros años y depende en parte, del entorno en el que el niño crece, de su nutrición, su salud, la protección que recibe y las interacciones humanas que experimenta.”* (Ministerio de Educación Nacional, 2009:8).

Desde lo legal se encuentra la primera infancia definida en el artículo 29 de la Ley 1098 de 2006 -Código de la Infancia y la Adolescencia- como:

Etapa del ciclo vital en la que se establecen las bases para el desarrollo cognitivo, emocional y social del ser humano. Comprende la franja poblacional que va de los cero (0) a los seis (6) años de edad. Desde la primera infancia, los niños y las niñas son sujetos titulares de los derechos reconocidos en los tratados internacionales, en la Constitución Política y en este Código. Son derechos impostergables de la primera infancia, la atención en salud y nutrición, el esquema completo de vacunación, la protección contra los peligros físicos y la educación inicial. En el primer mes de vida deberá garantizarse el registro civil de todos los niños y las niñas.
(Pág: 5)

Según esto, se debe asegurar que la primera infancia cuente con condiciones específicas que ayuden a que dicho desarrollo se dé adecuadamente.

De ahí, que para el presente proyecto se asuma la primera infancia desde el desarrollo infantil y las experiencias reorganizadoras, entendiendo el desarrollo no como una sucesión de etapas que tienen lugar en una edad determinada sino como “un proceso de cambios no lineal, continuo e integral” (Ministerio Educación Nacional, 2009:14) es decir, comienza antes del nacimiento y se prolonga a lo largo de la vida además en dicho desarrollo interactúan múltiples procesos que están ligados entre sí y no se dan por separado, como son lo cognitivo, lo social y lo biológico del ser, por esto se deben tener en cuenta todas las dimensiones del desarrollo y trabajarlas conjuntamente.

En cuanto al concepto de experiencias reorganizadoras, se entienden como “aquellas que recogen, sintetizan y sistematizan elementos de procesos previos y conducen a fortalecer procesos futuros” (Ministerio Educación Nacional, 2009:15)

En este sentido, a partir de las experiencias reorganizadoras, los/as niños/as

aprenden a conocer el mundo y a desarrollar las competencias para enfrentarse a las múltiples situaciones que se les presenten.

1.5.7 Niños/as hospitalizados/as

Cuando el/la niño/a está en su proceso de maduración, pueden presentarse diversas enfermedades que alteran su crecimiento y desarrollo, las cuales afectan no solo su cuerpo sino también aspectos como el emocional, el psicológico, el social y cognitivo. Sin embargo se debe entender que independiente del contexto en el que el/la niño/a se encuentre, sigue siendo un/a niño/a, que en este caso, en el espacio hospitalario, se produce un cambio en su entorno y en sus actividades cotidianas y normales, llevando a este/a a sentirse aislado de su entorno habitual.

Es por esto que desde el proyecto se pretende romper con creencias que se han hecho evidentes a lo largo de la práctica pedagógica, las cuales consideran que el/la niño/a enfermo/a es un problema para la familia, ya que se observa que el proceso de hospitalización genera un cambio en las rutinas de las familias, es decir, los padres dejan de asistir al trabajo, desatienden a los hijos que dejan en sus casas, los/as niños/as cambian su estado de ánimo, entre otras cosas que hacen que la concepción del/la niño/a cambie de manera negativa en la mayoría de casos.

Por esto se espera dar paso a otra mirada en la que se incluye al niño/a, reconociéndolo/la desde su potencial y facilitándole y formándolo dentro del espacio del hospital sin desconocer su estado de enfermedad, pero trabajando desde su integralidad. Es por esto que se abren espacios en los cuales se reconoce que por el hecho de estar hospitalizados no dejan de ser niños/as que tiene unas necesidades particulares a las cuales se debe atender.

1.5.8 Espacios pedagógicos

El término espacio no se refiere exclusivamente a un lugar o espacio físico. Se utiliza como metáfora para describir la variedad de situaciones que el adulto puede utilizar y aprovechar para que los niños y las niñas vivan experiencias novedosas y desafiantes [...] un espacio educativo significativo se puede entender cómo un ambiente de aprendizaje estructurado generador de múltiples experiencias para los niños y niñas. [...] entenderlo como todo evento, actividad, tarea o práctica, que brinde la oportunidad de aprender, conocer y pensar (Ministerio de Educación Nacional, 2009:22)

Retomando lo anterior, se puede ver que la ruptura que se pretende realizar en este proyecto, es crear espacios pedagógicos en los cuales se dé el reconocimiento de los/as niños/as, además que se respeten los derechos de estos, como el *“respeto por hacerle un lugar, por dejarle un espacio libre, por permitirle existir y crecer sin que tenga que ser maltratado”* (Meirieu, 2004: 16) teniendo en cuenta también que *“la infancia no es simplemente una preparación para la vida adulta y para un futuro lejano [...] Aceptar que el niño tiene un presente es, pues, imponerse como un deber de persona adulta el permitirle dotar de sentido a las actividades que se le proponen, y no en referencia permanente a ulteriores beneficios”* (Meirieu, 2004: 17) Como lo dice este autor, se deben proponer actividades que vayan encaminadas a que el/la niño/a comprenda el mundo y que entienda que dicha comprensión lo/la ayuda a verlo de una manera diferente, que finalmente lleva a la autonomía.

Es importante entonces tener en cuenta que el/la niño/a quiere que se acerquen a él con respeto, esto es, al proponerle actividades, que estas sean serias y de calidad ya que tiene derecho a *“la calidad, el derecho a la exigencia y el derecho a la cultura”* (Meirieu, 2004: 20) En este sentido el reconocimiento del/la niño/a se

propicia en espacios pedagógicos, entendiéndolos como “...espacios diferentes a los de la escuela. Como se puede notar, el problema no es el espacio como espacio físico, sino el sentido, los sentidos —la intencionalidad pedagógico-formativa— que se da a ese mundo de la vida. Gracias a la percepción del espacio y de lo que hay en él y al modo en que el individuo se desenvuelve y acomoda en él, tienen lugar procesos de formación” (Runge y Muñoz, 2005:74) es así como la función como pedagoga no se limita a un espacio físico, es decir, trasciende la enseñanza escolar —que se da dentro del aula de clases- pensando la formación en otros espacios, como por ejemplo el hospital.

Del mismo modo, se debe considerar que “el espacio pedagógico asume las características de ser un proceso creativo, un mundo de interacciones donde se auspician las confrontaciones subjetivas en aras de la realización de procesos de formación” (Runge y Muñoz, 2005:75) y precisamente esto es lo que se busca por medio de esta propuesta, crear espacios que propicien la formación, teniendo en cuenta que:

El espacio pedagógico se encuentra articulado por espacios privados de formación del sujeto concreto y por espacios públicos donde dicha formación se integra o contribuye a la formación social colectiva. Los espacios públicos son el lugar social de la comunicación humana donde se da sentido al reconocimiento y a la reciprocidad; son, por ende, el lugar de explicitación y puesta en diálogo de identidades particulares; de allí su gran importancia para el proceso formativo que implican los espacios pedagógicos. (Runge y Muñoz, 2005: 76-77)

Es así como los espacios pedagógicos se pueden presentar en lugares diferentes a la escuela, es decir, se puede dar el espacio pedagógico en el contexto hospitalario, más concretamente, se puede decir que el aula hospitalaria como espacio no solo físico sino móvil —simbólico-, es en sí un espacio pedagógico

concreto en el que a través de las diversas interacciones propicia la participación de los/as niños/as.

1.5.9 Escuela

Al hablar de espacios pedagógicos es necesario remitirse al concepto de escuela, ya que esta es entendida como un constructo social, que se ha ido transformando y reorganizando a través de la historia. En Colombia al igual que en el resto del mundo ésta se ha ajustado según las necesidades e ideologías de cada cultura.

Si bien la escuela ha tenido transformaciones a lo largo de su historia, desde sus inicios se le ha atribuido la tarea de educar y formar a los ciudadanos, y se ha visto como la principal institución para cumplir dicha labor, es por esto que cuando se piensa en educación, formación, aprendizaje, adquisición de conocimientos, entre otros, nos remitimos a los espacios escolares. Asimismo la escuela queda entonces instaurada en cuatro paredes donde los conocimientos se limitan a lo que otros ya dijeron, donde lo verbal tiene todo el sentido en la medida que se memorice y repita, siendo el maestro el que porta el saber y el alumno solo lo recibe y obedece. Es así como desde este proyecto de investigación se busca generar una ruptura, generando nuevos espacios donde se forme y se eduque a las personas y que no sea necesariamente lo que se concibe culturalmente como escuela.

1.5.10 Hospital

El Hospital, desde un conocimiento común, es ese lugar físico donde atienden a los enfermos y donde permanecen para recibir el diagnóstico y tratamiento que

requieren para alcanzar un estado de salud adecuado, y por lo general recibe el nombre de hospital o clínica. Ejemplo de ello es La Clínica León XIII, ahora administrada por la IPS UNIVERSITARIA de la Universidad de Antioquia, la cual es fundada en 1950 para atender a los usuarios del antiguo seguro social. Quien debido a diferentes fallas en el manejo administrativo y en la prestación del servicio, fue liquidada, por lo que dicha clínica paso el 15 de febrero a ser administrada por la IPS antes mencionada. Desde allí se han creado alianzas con diferentes EPS, y se ha buscado mejorar los espacios físicos, logísticos, para tener una adecuada atención a los usuarios del servicio de salud; además al ser de la Universidad, constituye un lugar propicio para realizar la práctica profesional y llevar a cabo investigaciones.

Y desde allí que la IPS, de manera concreta, la Clínica, está abriendo espacios que permitan prestar un servicio más humano y social, lo cual responde al planteamiento de Díaz (2002:79) quien propone una idea de hospital en el marco de Ciudad educadora en la que expresa:

Los hospitales son instituciones portadoras de servicios para la comunidad, por tal motivo, amerita que se lleve a cabo una construcción colectiva a través de un diálogo que permita fortalecer la idea de un hospital social, es decir pensado en las necesidades y los intereses reales de las personas y que por tanto, cuente con la participación de diferentes actores involucrados de manera directa e indirecta (...) asumir los centros de salud y los hospitales como espacios pedagógicos que permitan a la comunidad y al personal de la salud conjuntamente, crear lugares de concertación entre ellos para la construcción colectiva de sentidos frente a la salud-enfermedad.

Retomando lo anterior se puede ver como el hospital se transforma en un lugar en el cuál no sólo se atiende la enfermedad, sino que se propicia un espacio simbólico para la formación e interacciones entre niños/as, padres y/o

acompañantes y el personal del área de la salud, que da paso al reconocimiento del/la niño/a como se plantea en esta investigación.

2. DISEÑO METODOLÓGICO

La presente investigación se realiza desde el paradigma cualitativo, ya que busca comprender las experiencias que se dan dentro de un ámbito específico –IPS Universitaria, sede Clínica León XIII, Servicios de Hospitalización Pediátrica y de Urgencias Pediátricas- interpretando las interacciones entre los sujetos y dando mayor importancia al contexto, partiendo de supuestos que buscan comprender para transformar una realidad particular. (Rodríguez, Gil y García, 1999:12)

El enfoque que se desarrolla es la investigación acción – pedagógica, que se da en tres fases:

Inicialmente se busca deconstruir la práctica y contextualizar el quehacer con la realidad de cada espacio, de igual modo con las expectativas y problemáticas que las personas en dicho lugar experimentan. Ayudando así a las maestras en formación a construir saber pedagógico, articulando la teoría con la práctica.

Posteriormente se da la reconstrucción, que según Restrepo Gómez (2004), implica mostrar los cambios de la práctica inicial, no busca invalidar lo hecho anteriormente, sino que pretende *“una reafirmación de lo bueno de la práctica anterior complementada con esfuerzos nuevos y propuestas de transformación de aquellos componentes débiles, inefectivos, ineficientes. Toda investigación tiene como meta la búsqueda y creación de conocimiento.”* (Restrepo, 2002:96), enriquecida con búsqueda teórica.

Finalmente, sin ser la última etapa de la investigación, se encuentra la validación de la efectividad de la práctica, es decir, *“con la constatación de su capacidad práctica, para lograr bien los propósitos de la educación. La nueva práctica no*

debe convertirse en el nuevo discurso pedagógico sin una prueba de efectividad” (Restrepo: 2002, 52) y se constata a partir de la lectura y análisis de los diarios pedagógicos.

De acuerdo con este enfoque metodológico, estas tres fases son cíclicas, es decir, constantemente el pedagogo construye saber pedagógico y cada validación da paso a una nueva deconstrucción.

2.1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

2.1.1. **Técnicas.** La técnica utilizada para la recolección de la información es la observación participante, esta se da de manera prolongada y repetitiva, con el fin de que los datos obtenidos sean confiables, según Goetz y LeCompte (1988:126) la observación participante es la principal técnica etnográfica de recogida de datos. El investigador pasa todo el tiempo posible con los individuos que estudia, toma parte en su existencia cotidiana y refleja sus interacciones y actividades en notas de campo que toma en el momento o inmediatamente después de producirse los fenómenos.

La observación participante sirve para obtener de los individuos sus definiciones de la realidad y los constructos que organizan su mundo (1988:126). Es así como, permite al investigador entrar en el mundo de los sujetos de estudio y de esta manera obtener la información de modo más directo y con un mayor conocimiento sobre las situaciones presentadas en dicho contexto.

2.1.2. **Instrumentos.** Diario de Pedagógico: este es un registro escrito que:

Refleja los puntos de vista del autor sobre los procesos más significativos de la dinámica en la que está inmerso [...] el diario permite la organización y la categorización de datos fiables para saber si la práctica se transforma [...] no solo recoge las experiencias vividas cotidianamente por el maestro en el aula de clase, sino que hace una interpretación, con argumentos teóricos que apoyan sus comentarios y tratan de encontrar una justificación posible a las situaciones vividas (Salinas, 2000:6,9)

Y varía por sus propósitos, por su forma de producirlo, por la intencionalidad de quien lo lleva, por el momento y el lugar. Los criterios utilizados en los diarios que se realizan en esta investigación son, registrar las relaciones que se dan entre padres y/o acompañantes, los/as niños/as y el personal del área de la salud; además de identificar como se da el reconocimiento del/la niño/a como sujeto y cómo este espacio contribuye a ello. Además se realizan reflexiones pedagógicas que permiten la construcción de conocimiento.

Para efectos de esta investigación, se realizan diarios pedagógicos desde el primer semestre de práctica 2009/02 hasta la mitad del tercer semestre de la misma, las fechas concretas se especifican en el análisis de la información.

2.2. POBLACIÓN PARTICIPANTE

La propuesta se llevó a cabo con toda la población que hace parte del servicio de hospitalización pediátrica y urgencias pediátricas, en la IPS universitaria sede Clínica León XIII –niños/as, padres y/o acompañantes, personal del área de la salud-, pero para efectos de la investigación se tiene en cuenta la población de niños/as desde recién nacidos hasta los 5 años de edad.

A continuación presentamos 5 gráficos que dan cuenta de algunas características de la población encontrada en la Clínica.

Gráfico 1: GENERO DE LOS/AS NIÑOS/AS HOSPITALIZADOS/AS

GENERO	PORCENTAJE
FEMENINO	41%
MASCULINO	59%

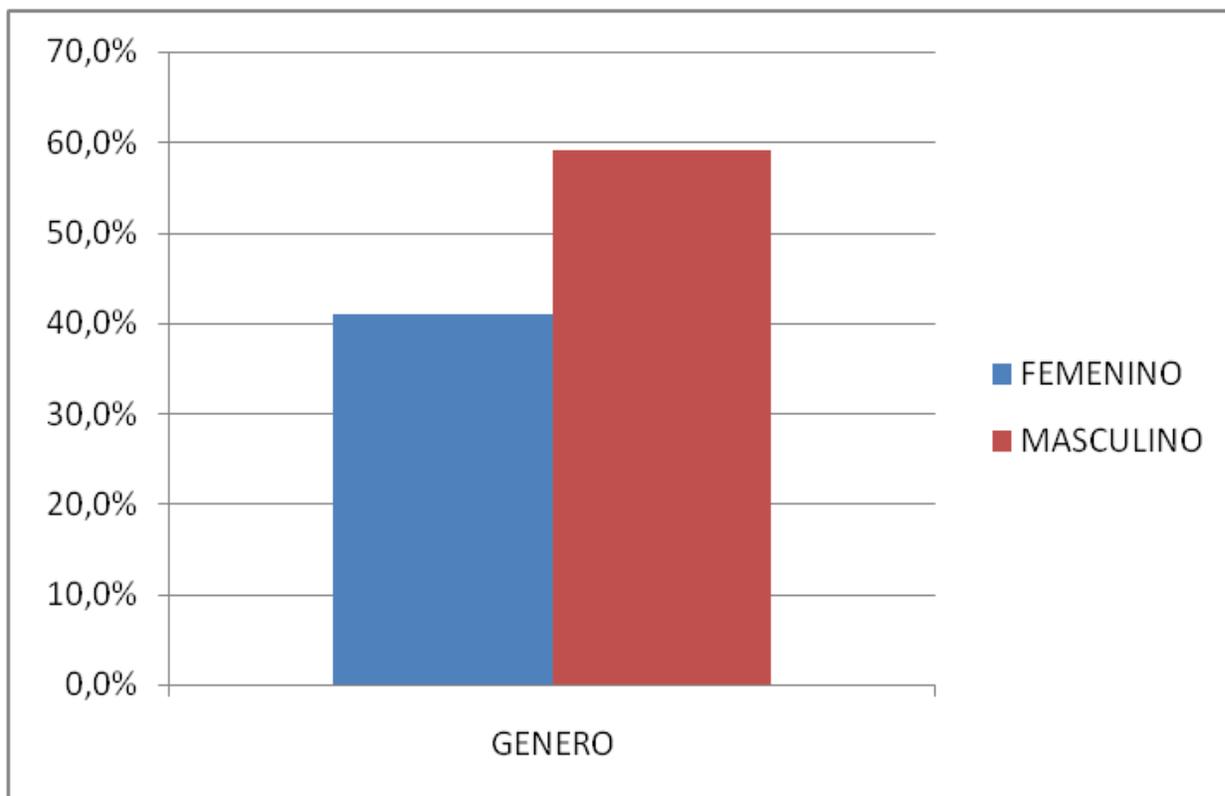
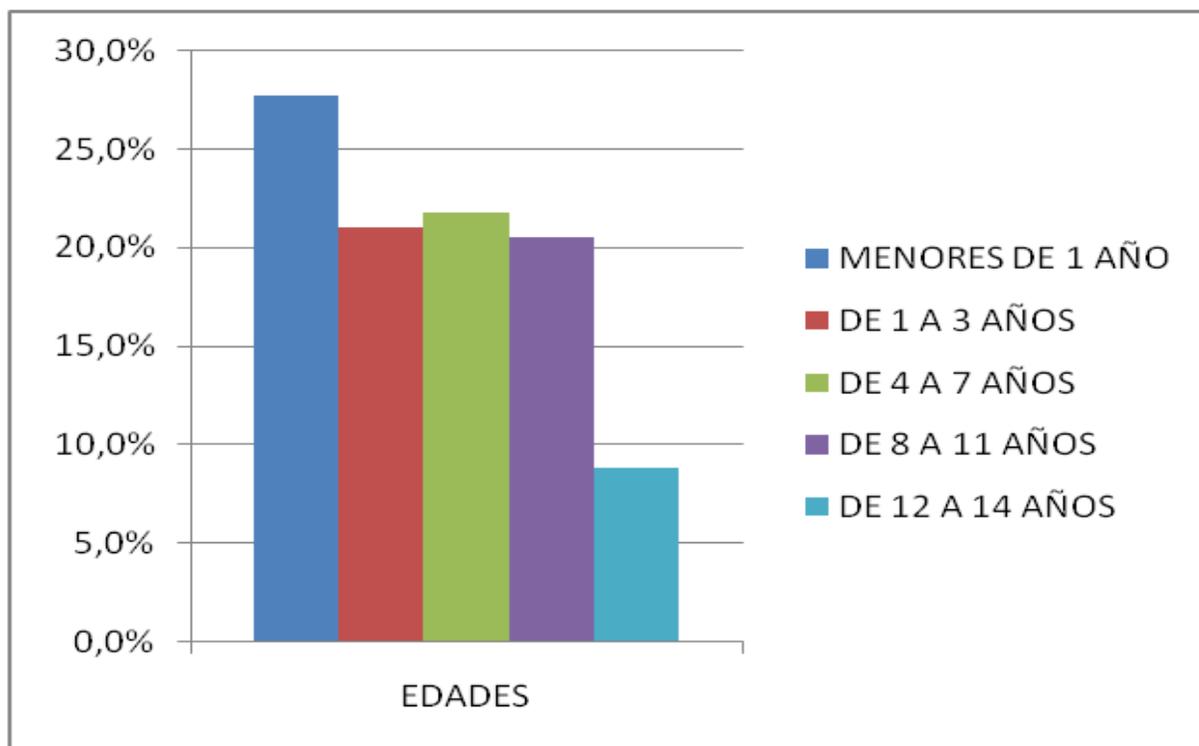


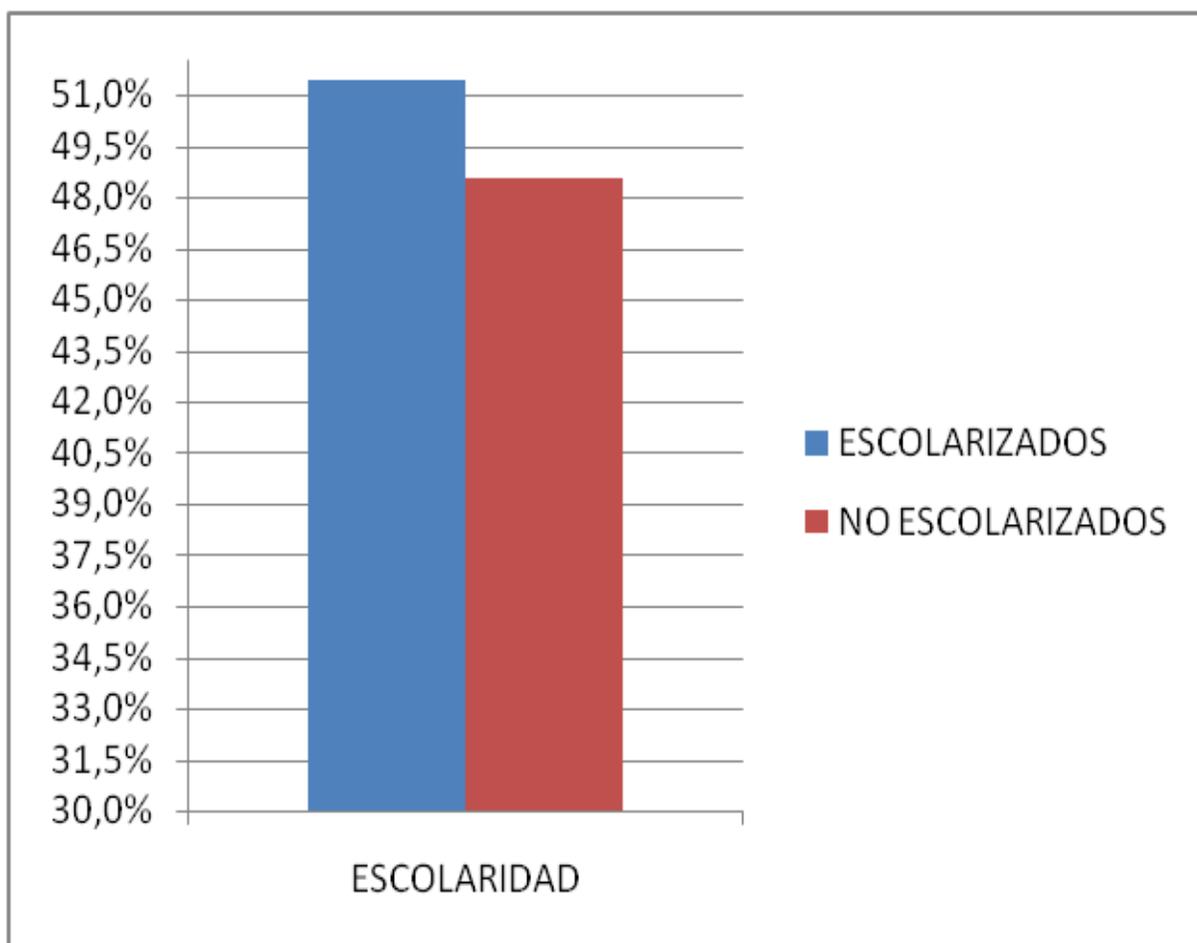
Gráfico 2: EDADES DE LOS/AS NIÑOS/AS

EDADES	PORCENTAJE
MENORES DE 1 AÑO	27.7%
DE 1 A 3 AÑOS	21.1%
DE 4 A 7 AÑOS	21,8%
DE 8 A 11 AÑOS	20.5%
DE 12 A 14 AÑOS	8.8%



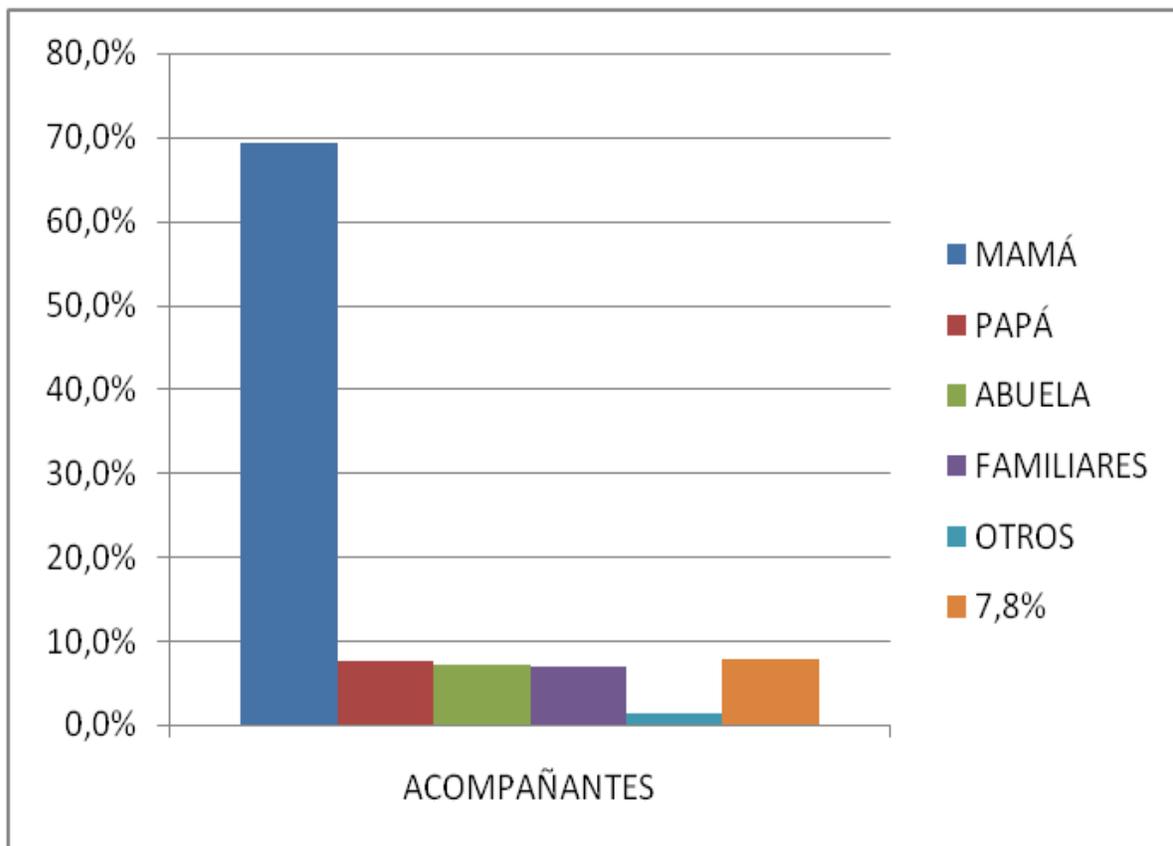
Gráfica 3: ESCOLARIDAD DE LOS/AS NIÑOS/AS

ESCOLARIZADOS	PORCENTAJE
SI	51.5%
NO	48.5%



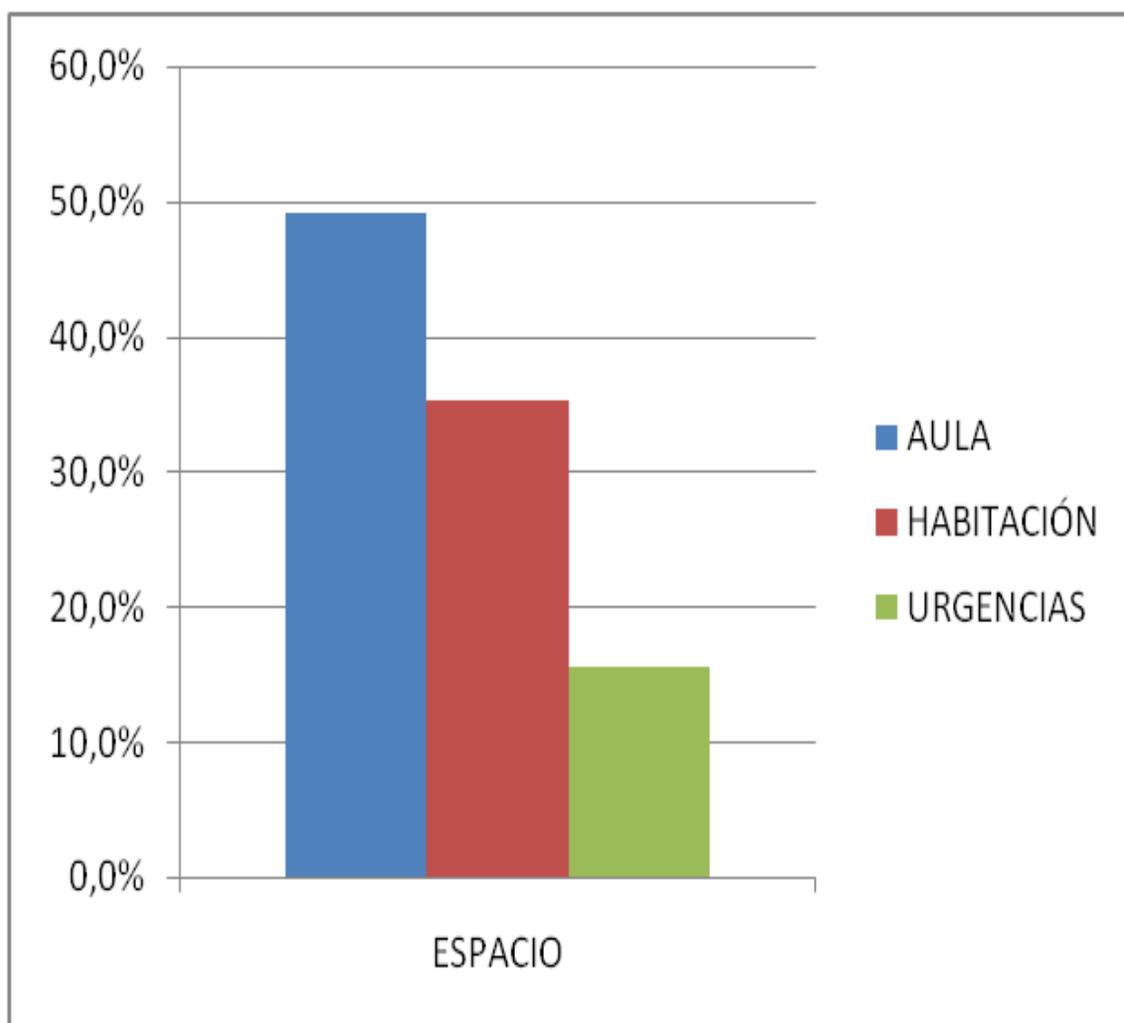
Gráfica 4: PARENTESCO DE LOS ACOMPAÑANTES

ACOMPAÑANTE	PORCENTAJE
MAMÁ	69.3%
PAPÁ	7.5%
ABUELA	7.2%
FAMILIARES	6.8%
OTROS	1.4%
SIN ACOMPAÑANTE	7.8%



Gráfica 5: ESPACIOS

ESPACIO	PORCENTAJE
AULA	49.2%
HABITACIÓN	35.3%
URGENCIAS	16%



3. ANÁLISIS

De acuerdo a la metodología elegida en esta investigación, el análisis se realizó en tres fases, teniendo como fuente de información los diarios pedagógicos distribuidos de la siguiente manera:

FASES	FECHAS	No. SESIONES REGISTRADAS	No. DE DIARIOS
DECONSTRUCCION	Septiembre a Noviembre 2009	90	3
RECONSTRUCCION	Febrero a Junio 2010	136	4
VALIDACION	Julio a Septiembre 2010	48	4

Con la información de estos diarios pedagógicos, se realizó una relectura y posterior categorización de las situaciones que se repetían y que a su vez tenían relación con la pregunta de investigación, a partir de esto se encontró como categorías: primera infancia, interacciones, espacios pedagógicos y planeaciones; y como categoría que transversaliza todo el análisis se encuentra el reconocimiento de los/as niños/as.

3.1 FASE UNO: DECONSTRUCCIÓN

Esta deconstrucción tiene como objetivo principal problematizar nuestro¹ quehacer con la realidad de la clínica, de igual modo con las expectativas y problemáticas que las personas en dicho lugar experimentan, por esto, implica una crítica a través de una reflexión profunda acerca del quehacer pedagógico.

Para cumplir con lo anteriormente mencionado, al realizar la deconstrucción de nuestra práctica inicial, analizamos todos los diarios pedagógicos del segundo semestre del 2009 realizados por tres investigadoras, que corresponden al inicio del proyecto y de la práctica pedagógica, a través de estos se pueden observar varias categorías susceptibles de analizar, entre ellos la primera infancia; las interacciones entre padres, acompañantes y personal de la salud; el papel de la IPS Universitaria y la dinámica general de las intervenciones.

En cuanto a la **primera infancia** se invisibiliza el trabajo con esta población, ya que al releer los diarios, las edades con las cuales se trabaja con mayor frecuencia corresponden a niños/as en edad escolar –de 6 a 13 años- y el trabajo con los bebés es poco y además se da por fuera del tema de las planeaciones, lo que implica que no teníamos en cuenta las características de dicha población al momento de planear, ya que estas las realizábamos de manera general sin tener en cuenta la diversidad en la población, ni las características del espacio. Frente a esto se debe resaltar que la falta de estrategias para intervenir esta población limitó en gran medida lo que se realizó con ellos, lo que llevó a la reflexión por esta, constituyéndose en parte fundamental de nuestra pregunta de investigación el trabajo con primera infancia.

¹ Para la redacción del análisis utilizamos la primera persona del plural porque es un proceso reflexivo y personal en el cual por la metodología de investigación elegida se dificulta escribir en la tercera persona del singular.

En esta reflexión se cuestiona la formación que se realiza durante la carrera en los diferentes espacios de conceptualización, se reconocen vacíos conceptuales aunque se destaca que en el programa se imparte formación frente a las etapas de desarrollo y a la población con barreras de aprendizaje y participación social – BAPS-, con teorías como las de Vigostky, Piaget, OMS y con temas como puericultura, desarrollo psicomotor, necesidades educativas especiales, entre otros, quedando tan solo esbozadas las actividades que se pueden realizar con la primera infancia y con los/as niños/as con BAPS, es así como las prácticas pedagógicas de cada semestre se desarrollan en espacios educativos con niños/as en edad preescolar y escolar dejando por fuera, específicamente los/as niños/as menores de dos años y los/as niños/as con BAPS, así el acercamiento con estas poblaciones es mínimo. A causa de esto, se expresa el temor para trabajar tanto con bebés como con población con BAPS, pues la intervención con ellos se limitaba a tomarles los datos o a tener un diálogo informal con los acompañantes.

Y es a partir de esta reflexión que se encuentra que la práctica pedagógica no se debe limitar al trabajo con los/as niños/as mayores de tres años, sino que se debe contemplar también el trabajo con los menores de dos años, padres, acompañantes, el personal del área de la salud y otros profesionales, ya que por la estructura de la práctica, es de gran importancia involucrar en ésta a todos los actores que intervienen y se relacionan con los/as niños/as.

En cuanto a **las interacciones con los padres madres y/o acompañantes**, se encuentran dos posturas; la primera una postura crítica de la pedagoga en la que se observan como desaciertos las interacciones de éstos en relación con los/as niños/as, como dejarlos solos, no tocarlos, no hablarles y nosotras como maestras en formación vamos más allá, averiguando las causas de éstas para propiciar un cambio de actitud en los acompañantes, haciendo una reflexión personal y grupal frente a la importancia de acompañarlos en la enfermedad, para lograr la recuperación de la salud, de ahí que el trabajo con los acompañantes y los/as

niños/as sea desde actividades cooperativas, las cuales a partir de los diarios analizados se evidencia que dan buenos resultados.

Otra es la postura, desde lo personal, en la que se muestra el prejuicio o el juicio frente a esas mismas acciones en la interacción con los acompañantes, pero sin ir más allá, hay temor por como pueda ser recibida la intervención nuestra, preocupación por lo que pase con los/as niños/as, es decir, hay temor a la hora de trabajar con acompañantes y esto también se da debido a que en nuestra formación solo tenemos un espacio en el cual trabajamos con padres de familia y comunidad, sin embargo en algunos diarios se evidencian las interacciones entre padres, madres y/o acompañantes y las maestras en formación.

Estas dos posturas que se dan, son marcadas por la escucha constante y la observación permanente del actuar de estos padres y acompañantes en relación a los/as niños/as, a la enfermedad, y al hecho de estar compartiendo el espacio de hospitalización, es decir, se realiza una observación permanente a las interacciones que allí se desarrollan, abriendo espacios para el dialogo entre acompañantes y niños/as y entre acompañantes y maestras en formación.

Igualmente, en la **interacción con el personal de salud**, hay varios aspectos a resaltar, uno es que la IPS Universitaria, sede Clínica León XIII, es primera vez que cuenta con practicantes de la Licenciatura en Pedagogía Infantil, lo que implicó el reestructurar espacios físicos, ubicar un lugar adecuado para la realización de las actividades pedagógicas –Aula Hospitalaria- consiguiendo recursos y materiales, como mesas, sillas, papel, lápices, -los cuales son insuficientes-; otras que se reestructuraron fueron las ideas mentales tanto de las maestras en formación como de las enfermeras y pediatras con este nuevo trabajo.

En cuanto **al personal del área de la salud**, en diferentes ocasiones se vio como obstáculos la rutina de la medicación y la revisión de especialistas, ya que se

interrumpía el trabajo con los/as niños/as, pero esto hace parte del ambiente hospitalario y de las prácticas del mismo, afectando así la dinámica de las planeaciones, lo que nos llevaba a buscar alternativas para trabajar con los/as niños/as en las habitaciones. Algo que se le critica al personal de salud es la forma como nombran a los/as niños/as hospitalizados/as, ya que se da a partir de la enfermedad que padecen y al número de habitaciones que ocupan, además se evidencia una ausencia del nombre de los/as niños/as.

Por otro lado, la **interacción entre el personal del área de la salud y las maestras en formación** es poca, frente a esto se reconoce el temor de las maestras en formación por relacionarse con profesionales de un campo diferente al de la educación o al social, esto se manifiesta en un deseo de hacer un trabajo invisible, silencioso, de ahí que se marque una distancia entre ellos, dada la poca participación del personal de salud en las actividades propuestas por las pedagogas y también porque ellos no participan voluntariamente en el espacio.

Todo el anterior trabajo se realiza en diferentes **espacios**, los cuales se intentan reconocer como **pedagógicos** pero se cae en el activismo, que los/as niños/as hagan, o salgan de las habitaciones, si bien se presenta un trabajo en las habitaciones, este se da con la idea de hacer algo, en ocasiones sin una intencionalidad concreta. Asimismo, se trabaja en los diferentes **espacios pedagógicos** como las habitaciones, el aula, el servicio de hospitalización pediátrico y de urgencias pediátricas, aprovechando dichos espacios para la formación de cada sujeto; además al señalar los espacios no solo como físicos sino como simbólicos, se logra vislumbrar en la práctica inicial, que estos se dan en la medida que se establecen interacciones que propician una formación.

En cuanto a las **planeaciones** de las actividades se puede ver en los diarios que estas no se ajustan a lo que se pretende realizar con los/as niños/as, siempre queda población excluida, por ejemplo, los bebés, los/as niños/as aislados y los acompañantes, con los cuales se trabaja poco, algunas de las actividades

desarrolladas fueron, la estimulación a través de imágenes, sonidos, masajes para los bebés y las charlas informales con los acompañantes. Esto limita el trabajo, además porque no se tiene en cuenta que muchos de los/as niños/as no pueden salir de sus habitaciones y que no todos los/as que salen y se reúnen para realizar la actividad tienen la misma edad, para esto la dinámica de saludo se usa como estrategia, la cual facilita un poco la distribución del tiempo y las actividades, ya que es allí donde se detecta que población se encuentra en la clínica y como se puede modificar en ese mismo momento la planeación para que se ajuste más a la realidad de cada día, es decir, con cuales niños/as debemos trabajar en las habitaciones, cuáles son sus edades y cómo modificamos la actividad planeada para poderla realizar en la habitación de manera individualizada, lo mismo para los/as niños/as que asisten al aula, se deben dividir en ocasiones por edades y se adecua la actividad dependiendo de la edad, además cada maestra en formación trabaja con un grupo diferente para cubrir toda la población.

Vemos así como se presentan factores de los cuales unos se deben retomar en el posterior trabajo, ya que se evidencian buenos resultados, y otros son algunas falencias y aspectos que se deben considerar para futuras prácticas pedagógicas, si se pretende llevar a cabo una transformación.

3.2 FASE DOS: RECONSTRUCCIÓN

Esta fase nos permite mirar críticamente la deconstrucción de cara a una transformación de la práctica, en la cual se toman algunos componentes de la práctica inicial que se muestran valiosos y se destacan otros que dan cuenta del cambio que ha tenido dicha práctica.

En esta etapa de reconstrucción se analizaron los diarios de 4 investigadoras desde febrero hasta junio de 2010, de los días martes, miércoles y jueves. En

estos se observaron los cambios que la mediación pedagógica fue arrojando a través del tiempo.

En cuanto a la **primera infancia** el trabajo con los bebés es visible y constante, es intencional, programado y planeado, teniendo en cuenta las edades y necesidades de los/as niños/as, pues con estos se establecen interacciones sociales, familiares y personales, tanto con los bebés como con los acompañantes, en donde el trabajo se centra en desarrollar actividades de estimulación directamente con éstos buscando tranquilizarlos y cambiarles el estado de ánimo; además actividades propias de esta población como es la lactancia, alimentación, desarrollo infantil, sensibilización musical, masajes y enfermedades frecuentes; para ello se establece un dialogo de saberes con los padres y acompañantes, para que se formen en estos aspectos; desde la formación pedagógica y para enriquecer este aspecto a nivel conceptual y práctico se hizo lectura de manuales de estimulación para menores de dos años, en los que se profundizo sobre maneras adecuadas de estimular a los bebés, ejemplo de estos libros es el de la autora Lira (2000)

Asimismo, se da un trabajo alterno con los/as niños/as que son se hizo la menores de dos años como, lectura de cuentos, colorear, amasar plastilina, hacer títeres, entre otros, estas actividades se enmarcan dentro de las planeaciones de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad, con lo que buscamos que los/as niños/as interioricen la importancia de autocuidarse, no exponerse a riesgos, practiquen actividades saludables como el lavado de manos, el cepillado de dientes, el baño diario, la alimentación, la contaminación, entre otras, logrando con esto incluirlos y favorecer espacios donde sus derechos sean reconocidos y en los que se percibe alegría, gusto y curiosidad al realizarlo.

En cuanto al trabajo con población con Barreras de Aprendizaje y Participación Social (BAPS), ya no hay tanto temor y vemos que estas planeaciones aplican para el trabajo con los/as niños/as con BAPS, especialmente aquellos que son

recién nacidos y entre dos años, ya que se hace estimulación de acuerdo a las necesidades y se realizan masajes, estimulación musical, aunque no es suficiente.

En cuanto a **las interacciones con los padres, madres y/o acompañantes**, esta se inicia en la toma del registro de datos, en las que se evidencia necesidad de éstos a ser escuchados, lo que nos permitió conocer los intereses, un poco de la dinámica familiar de los/as niños/as, y de cómo esta ha cambiado por la hospitalización, lo que nos ha posibilitado pensar actividades, donde la participación de los padres, madres y/o acompañantes, es constante y se integra a la temática trabajada en cada sesión –Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad-, además se evidencia que los acompañantes responden de manera adecuada, participando en cada reunión, que en ocasiones se da de manera individual –en cada habitación- y en otras de manera grupal, asimismo, en ocasiones se trabaja aparte con los acompañantes y en otras se trabaja conjuntamente con ellos y los/as niños/as.

En las ocasiones que los acompañantes trabajan con los/as niños/as, se puede ver un cambio en cuanto a que las maestras en formación ya intervienen de manera adecuada cuando se dan casos en los cuales los acompañantes interfieren en el trabajo de los/as niños/as, por ejemplo, si un/a niño/a está pintando pero su acompañante le quita los materiales y empieza hacer el trabajo por el niño, se interviene hablando con el acompañante y explicándole la importancia de que él realice su trabajo. También se evidencia la necesidad de los acompañantes de expresarse libremente e interactuar con los demás, compartiendo diferentes experiencias.

Los acompañantes expresan constantemente la importancia de este espacio para los/as niños/as, ya que cuentan que en las mañanas se levantan en ocasiones desanimados y cuando nos ven llegar se levantan y esperan ansiosos que empiece la actividad.

Igualmente, en la **interacción con el personal de salud**, se observan cambios en cuanto a la actitud de estos, ya que destacan la importancia de los espacios lúdico-pedagógicos dentro del hospital; en principio con los enfermeros practicantes, en los que se observa la relación que establecen con los/as niños/as, desde un lugar de comunicación y respeto mutuo, y es gracias a eso que los/as niños/as no son ajenos ni indiferentes a los procedimientos que les van a realizar, éstos enfermeros les dan un lugar de sujetos a los/as niños/as, los escuchan, les hablan, son sensibles ante ellos. Igualmente, se destaca los talleres que les dieron a los padres/acompañantes, ya que se trascendió la enfermedad como tal y se abrió un espacio para compartir saberes y experiencias unos desde la crianza y los otros desde el saber específico, la salud.

En cuanto al personal vinculado con la IPS, es decir, enfermeras jefes, auxiliares y médicos, la interacción se destaca, ya que en ocasiones ellos buscan apoyo por parte nuestra para realizar procedimientos a los niños por ejemplo, cuando el niño no quiere que le pongan su medicina o cuando está muy inquieto, acuden a nosotras para que seamos mediadoras entre el/la niño/a y el personal de la salud. Además, se reconocen avances significativos como llamar a cada uno de los/as niños/as por su nombre, para ello se apoyan en las historias clínicas o en preguntarnos, otras ocasiones envían niños/as que se encuentran solos/as en las habitaciones a la sala, lo que da cuenta del reconocimiento que hacen a nuestra labor y a la importancia del aula dentro de la Clínica como un espacio no solo de esparcimiento, sino, formativo.

Asimismo en ocasiones se da un trabajo interdisciplinario, por ejemplo, cuando nos apoya la trabajadora social con las charlas a los padres y/ o acompañantes acerca de violencia intrafamiliar, maternidad segura, alimentación sana, entre otros; también los terapeutas respiratorios que imparten formaciones en primeros auxilios; y los promotores de lectura y artistas del programa de Dolex, Palabras que Acompañan, quienes apoyan el desarrollo de nuestras planeaciones, es decir,

cuando se hace una actividad en la que ellos pueden apoyarnos, nos colaboran con el desarrollo de ésta.

Es muy importante el avance que se ha tenido en cuanto a la creación del aula hospitalaria, ésta se convierte en un espacio en el cual los/as niños/as se pueden expresar y se olvidan por un momento de su dolor y enfermedad, además pueden interactuar con otros/as niños/as y conocer otras experiencias en cuanto a la hospitalización, ésta labor en poco tiempo ha sido reconocida por la mayoría del personal del área de la salud, como importante en el proceso de recuperación de los/as niños/as, ya que muchos de ellos –médicos, enfermeros, demás personal- lo manifiestan; además este reconocimiento es resaltado frecuentemente por los padres y/o acompañantes de los/as niños/as y ellos mismos también lo han expresado. Y es un espacio significativo para los/as niños/as él cual nombran: la casita de los niños, la escuelita, la casita de los juegos.

Además, se resalta la importancia de desarrollar el trabajo con los/as niños/as en espacios diferentes al aula, lo cual da cuenta de la asunción de los espacios como móviles, flexibles y no aquellos físicos y estáticos que se pueden suponer si se tiene el espacio para el trabajo en el hospital, como un solo lugar, y se observa que no es así, pues la práctica las pedagogas la distribuyen en espacios diferentes, como son: urgencias, las habitaciones y el aula hospitalaria.

En cuanto al **espacio**, se observa en los diarios preocupación por los constantes cambios del aula y por el hecho de que en este bloque –tres- quedan más aislados, por ser habitaciones separadas y otras compartidas solo por dos niños/as², lo que dificulta la interacción, sin embargo se reconoce que se ha dado un cambio con respecto a la decoración del mismo, ya que han adecuado el lugar

² Al inicio de la práctica pedagógica, el Servicio de Hospitalización Pediátrica se encontraba ubicado en el bloque 3 piso 2, allí el espacio propiciaba mayor interacción entre los usuarios, donde se encontraban tres o cuatro niños/as por habitación y contaban con un hall amplio en el cual se reunían para ver televisión o dialogar.

y desde que se entra al servicio da la idea de que se va a encontrar niños/as. Además en cuanto al aula, se observa que posibilita la interacción entre los/as niños/as, ayuda a que estos mejoren sus estados de ánimo y propicia la formación integral haciendo que el/la niño/a olvide por un momento sus dolores físicos y regrese a lo propio de su infancia –jugar, compartir- además se logra un dialogo que favorece la comprensión de la enfermedad. Esta situación ha llevado a buscar estrategias para no dejar por fuera del proceso formativo a nadie, de ahí que se saquen mesas al pasillo y/o se trabajen por turnos. Tornando el espacio hospitalario como espacio pedagógico.

Sin embargo, hay una manifiesta inconformidad con el asunto de que el aula no esté adecuada para que cumpla esta función, es decir, es una habitación que carece de estantería adecuadas para guardar materiales y juguetes, esto ha hecho que sea un espacio propicio para ser saqueada por algunos adultos, que incluso han llegado a dañar los cajones para llevarse los juguetes que allí se encuentran y los materiales para el desarrollo de la actividad, en este sentido se destaca una falta de compromiso por parte de la IPS con el aula y la seguridad de la misma. Asimismo, la falta de material, ha preocupado para el desarrollo de las actividades, ya que en varias ocasiones se ha solicitado dotación de materiales y esta solicitud se ha tardado, sin embargo esto no ha impedido que las maestras en formación acompañen dicho proceso.

Por otra parte, las **planeaciones** han permitido crear espacios para el diálogo y la escucha; las cuales se inician con la búsqueda y el reconocimiento de los intereses tanto de los/as niños/as como de los padres y acompañantes, el trabajo a partir de los intereses le agrado mucho a los acompañantes, quienes expresan que es importante que se les tenga en cuenta tanto a ellos como a los/as niños/as; para la programación de las diferentes actividades se preparan temas de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como: el sistema respiratorio, los alimentos, las enfermedades, el lavado de manos, la contaminación, el cepillado de dientes, fiestas culturales, entre otros. Las

actividades que se realizan para trabajar los temas son: compartir con otros niños/as, dibujar, cantar, leer cuentos, ver películas y videos, hacer manualidades, carteleras, juegos, talleres entre otros.

Igualmente en lo observado en las interacciones entre los/as niños/as, ellos comparten y se relacionan con los otros, disfrutando del espacio y olvidando por unos instantes la realidad, y es que están hospitalizados, se ven más tranquilos, además se da un trabajo cooperativo entre los/as mismos/as niños/as, ya que al reunir varias edades, unos ayudan a los otros en el desarrollo de las mismas.

Se destaca que en el trabajo con padres más que transmitir un conocimiento, se crea la posibilidad de interactuar con esta población, que es la que se encarga directamente de los/as niños/as, los cuales son los que se van a ver beneficiados de lo que ellos puedan aprender. De ahí que las planeaciones no estén sujetas a una sola población, sino que la estructura busca incluir a todos: padres, madres, acompañantes, personal de la salud.

También se resalta que es muy importante darles a los/as niños/as desde sus edades más tempranas el lugar que les corresponde como sujetos, hablarles, jugar con ellos, ponerles música, motivarlos a la hora del baño, la alimentación, reconocerlos también implica nombrarlos, hablar con ellos y acerca de ellos, interesarse por su edad y las características de esta, y todo esto se hace posible con la construcción de espacios pedagógicos –aula hospitalaria- dentro de la clínica

Por último hay que pensar en los inconvenientes que aún persisten como: el temor de los/as niños/as al pensar que somos enfermeras porque usamos batas de color blanco. Igualmente la toma de registro los días martes lleva mucho tiempo, aunque se reconoce que es muy importante hacerlo personalmente, porque podemos tener la oportunidad de dialogar con el acompañante y con los/as

niños/as a la vez que estrechamos vínculos y nos damos a conocer de una manera más directa, creando un ambiente más cálido y de confianza.

3.3 FASE TRES: VALIDACIÓN

En este último momento de investigación se hizo la validación de las categorías enunciadas anteriormente, revisando la información de los diarios pedagógicos de julio a septiembre de 2010:

En cuanto a **primera infancia** confirmamos que es importante el trabajo con esta población, específicamente con los/as niños/as desde recién nacidos/as hasta los tres años, teniendo en cuenta que son hospitalizados frecuentemente y que como se enuncio en la deconstrucción y reconstrucción, la experiencia en cuanto al acompañamiento de estos/as era nueva para nosotras y también ha sido poco investigada desde la pedagogía hospitalaria, según encontramos en los antecedentes y el marco teórico, es decir, las investigaciones revisadas³ centraban su atención en niños/as en edad escolar.

Por tal razón nuestra investigación incluyó dicha población, además en el momento inicial de realizar las planeaciones, no se incluían actividades propias para los/as niños/as desde recién nacidos hasta los 2 años, sin embargo, las planeaciones posteriores a la fase de deconstrucción, son pensadas para estos/as, sin excluir las otras edades –de 4 a 14 años- reconociendo que los/as niños/as

Nacen con las capacidades para establecer relaciones sociales y con el mundo físico y natural que les rodea [...] su desarrollo no es fragmentario. Entenderlos supone establecer el concepto que se tiene de ellos desde la mutua interacción de

³ Ver Investigaciones Antecedentes

sus procesos emocionales, cognitivos, afectivos, comunicativos o motrices en la medida en que unos no se pueden suceder sin los otros. (MEN, 2009:14)

Al respecto cabe anotar que por el hecho de que el/la niño/a está hospitalizado/a no deja de vivir todos los procesos mencionados anteriormente, por esto, la práctica pedagógica que realizamos, permitió desarrollar actividades con los/as niños/as en las que se observó la participación por parte de ellos/as y demanda de las mismas alcanzando con ello, por un lado, que los padres y/o acompañantes los reconocieran, escuchándolos, permitiéndoles que se expresaran y comunicaran; y por otro lado, se observa que ellos/as mismos/as disfrutaban de las actividades, se tranquilizan y sonríen; de esta manera nosotras sentimos que alcanzamos un logro al acompañar procesos en estas edades –recién nacidos a 2 años de edad- que nos permitió enriquecer nuestros conceptos y prácticas llenando el vacío existente desde el Programa de Licenciatura en Pedagogía Infantil que se evidenció en la deconstrucción.

Asimismo evidenciamos que el trabajo con la población con barreras de aprendizaje y participación social, en el transcurso de la práctica pedagógica se hizo menos tensionante, abordamos dicha población con tranquilidad y seguridad, incluyéndolos en las actividades tanto en el aula como en las habitaciones, buscando una alternativa de trabajo que atendiera a la necesidad específica de cada niño/a, por ejemplo, cuando encontrábamos niños/as con dificultades auditivas utilizamos la comunicación escrita y de señas, con los/as niño/as con síndrome down se trabajaba a partir de la expresión gráfico plástica, con otros trabajábamos a partir de la música, sonidos, canciones y en otras ocasiones el trabajo se realizaba con los padres y/o acompañantes a través del dialogo de saberes.

En las interacciones con los padres, madres y/o acompañantes se evidenciaron cambios en el modo como estos se relacionan con los/as niños/as dentro de la clínica, ya que como maestras en formación fuimos asertivas en la interacción con ellos, pues una actitud amable y profesional develaron el propósito

pedagógico que teníamos, encontrando de este modo una respuesta positiva de parte de ellos, logrando así un adecuado acompañamiento con los/as niños/as.

Inicialmente se observa que los padres, madres y/o acompañantes al ingresar al servicio de pediatría generalmente son tímidos, pasivos en la relación con los/as niños/as y muy ansiosos en lo que concierne a la enfermedad –medicamentos, exámenes, tratamientos-. En el momento del saludo y el registro de la información, logramos un primer acercamiento donde se establece la interacción, que nos permite conocer el contexto inmediato donde está inmerso el/la niño/a y así crear un lazo de confianza que se vio reflejado al momento de realizar las actividades, ya que permite la identificación de los/as niños/as a través de datos tan esenciales como el nombre:

Todo niño tiene derecho a un nombre [...] (el nombre) permite salir de la confusión y del anonimato; y asimismo permite inscribirse en una historia, otorgarse un presente y, quizá, dejar huella en el futuro. Permite ligar todo aquello que, misteriosamente, es evidente..., y poco a poco ir reivindicándolo, llegar a ser capaz de imputárselo y, por último, de firmarlo. (Meireiu 2004:42)

De este modo la interacción le da un lugar de reconocimiento al/la niño/a, no solo en su cotidianidad sino también en momentos de enfermedad, en nuestro caso en la IPS Universitaria sede Clínica León XIII.

De la misma manera el permitir a los padres y/o acompañantes expresar todos sus temores y ansiedades, devela la necesidad de estos a ser escuchados entendiendo la interacción *“en su relación de interdependencia con la comunicación y, finalmente, en su carácter de base de toda relación social”* (Rizo 2005:2) permitiéndonos reconocerlos como actores directos en la formación de los/as niños/as, reflejando la influencia de estos en los procesos de recuperación y de formación que se llevaron con ellos a través de los espacios pedagógicos creados dentro de la clínica.

Del mismo modo las **interacciones con el personal de salud**, se cualificaron a medida que avanzamos en el proceso, ya que se generaron interacciones entre iguales desde los saberes específicos, generando un conocimiento integral del/la niño/a y cambiando así actitudes explícitas en el trato con ellos de parte de los doctores y enfermeras, logrando que esta interacción directa con ellos/as genere un clima de confianza favoreciendo el proceso de recuperación y formación y entendiendo la interacción como ese proceso social donde el/la niño/a constantemente aprende.

Retomando la categoría de **espacio**, podemos afirmar que no alude solo a un espacio físico y estático como podría comúnmente creerse, sino que también incluye lo simbólico, es decir, todas aquellas situaciones, procesos, que posibilitan una interacción de los sujetos entre sí, consigo mismos y de ellos con los espacios, *“Conjunto de condiciones que ofrecen al niño la posibilidad de aprender y crecer por sí mismo; es una situación elaborada para que el otro pueda encontrar en ella asideros para su deseo, puntos de apoyo para su voluntad”* (Meirieu, 2004: 35)

Es así como, la creación de espacios pedagógicos contribuye al reconocimiento de los/as niños/as, ya que propicia procesos formativos desde esos lugares donde se encuentran, en este caso, en la IPS Universitaria sede Clínica León XIII, en donde se crea el aula hospitalaria y desde ese mismo momento los/as niños/as la reconocen como un espacio diferente dentro de ella, ajeno a los procedimientos médicos, asimismo, nuestra labor al asistir a cada habitación y a urgencias pediátricas y reproducir la actividad que se desarrolla en el aula, nos permitió, asumir los espacios como pedagógicos y a la vez, concebirlos como flexibles, móviles, no estáticos, es decir, simbólicos.

Desde **las planeaciones** el reconocimiento de los/as niños/as, parte de tener en cuenta sus intereses y necesidades a la hora de planear las actividades a desarrollar con estos/as, en lo que asumimos al niño/a como presente,

entendiendo que *“aceptar que el niño tiene un presente es, pues, imponerse como un deber de persona adulta el permitirle dotar de sentido a las actividades que se le proponen, y no en referencia permanente a ulteriores beneficios, sino porque somos capaces de mostrarle que dichas actividades lo ayudan a crecer y acceder a la comprensión del mundo”* (Meirieu, 2004: 17)

Por esto, en cada planeación se piensa en estrategias pedagógicas que beneficien de manera directa al niño/a, teniendo en cuenta que estas

“Deben dirigirse a los alumnos tomando en cuenta los contenidos que sean necesarios para su interés y a su vez contar con una motivación entre el profesor y los estudiantes. Cooper (2001) refiere que las estrategias son planes para dirigir el ambiente del aprendizaje de tal manera que se proporcionen las oportunidades para lograrlo, así como los objetivos. Su éxito depende de los métodos empleados, del uso de la motivación, así como de las secuencia, pauta y formación de equipo que se sigan [...] es por ello que hay que valerse de estrategias que permitan alcanzar el interés del niño y la niña en los contenidos a desarrollar”

De esta manera se propicia una formación integral que tenga en cuenta el presente inmediato de los/as niños/as, además al desarrollar talleres y actividades –diferentes estrategias pedagógicas- con los padres y/o acompañantes, buscamos que con este proceso formativo que ellos tienen, se beneficie indirectamente a los/as niños/as, a la vez que dichas estrategias propicien el vínculo entre estos con su cultura, y no que por el hecho de estar hospitalizados, se aislen del mundo externo al hospital, y detengan su proceso de socialización, con ello se busca:

Admitir que puede haber una cultura específica para los niños y reivindicar el hecho de que se trata de obras verdaderamente culturales, en el sentido pleno del término –y no sólo juguetes o medios para que estén ocupados-, es reconocer que los niños no son simplemente adultos pequeños [...] Esto significa que el niño tiene un presente, que existe un presente del niño y que la infancia no es simplemente una preparación para la vida adulta y para un futuro lejano. (Meirieu, 2004: 17)

Con todo lo anterior, se puede afirmar que los espacios pedagógicos posibilitan fortalecer la identidad, las interacciones, enriquecer la cultura, generar procesos formativos, dado que estos propician el reconocimiento de los/as niños/as.

4. CONCLUSIONES

La creación de espacios pedagógicos contribuye al reconocimiento de los/as niños/as, ya que propicia procesos formativos desde esos lugares donde se encuentran teniendo en cuenta que estos no son un lugar físico específico, sino que son todas aquellas interacciones que se dan en espacios simbólicos donde se encuentran los/as niños/as.

En el trabajo realizado con la primera infancia, encontramos que se transforman imaginarios tales como, los/as bebés no entienden, no necesitan mediaciones pedagógicas; por otros en los que se evidencia la importancia de acompañar procesos de estimulación, prácticas de crianza, manualidades; recibiendo comentarios como, el/la bebé cambió su estado de ánimo, se tranquilizó, se puso feliz, lo que da cuenta de un reconocimiento de los/as niños/as por parte de los padres y/o acompañantes, evidenciando cambios de actitud en las interacciones con ellos.

Como parte de lo anterior, es decir, reconocer a la primera infancia, se encontró que las planeaciones iniciales no eran pertinentes para esta población, por lo cual se evidencia un cambio en las mismas, en donde se incluyen estrategias acordes a las edades y necesidades particulares de cada niño/a en este rango de edad, además estas se enfocan en la formación acerca de la Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad y se evidencia que son pertinentes ya que responden a los intereses y a las necesidades particulares y del contexto clínico.

Otro aspecto del reconocimiento de los/as niños/as tiene que ver con el hecho de llamarlos/as por su nombre, en cuanto a esto, se evidenció que el personal

del área de la salud, que inicialmente los llamaban por su número de cama o enfermedad, ahora se preocupan por aprenderse los nombres de cada uno/a. En cuanto a las maestras en formación, se propició un cambio en relación con el reconocimiento de la primera infancia, ya que al incluir el trabajo con padres y/o acompañantes, se dan interacciones adecuadas entre estos favoreciendo el reconocimiento de los/as niños/as, de igual modo, en el personal del área de la salud se evidencia una transformación en cuanto a su percepción frente al trabajo pedagógico, ya que inicialmente no veían la importancia de este, pero con el transcurso de la práctica pedagógica, se encontró que la reconocían como importante para el proceso de recuperación de los/as niños/as ya que buscaban a las pedagogas para que las apoyaran en los procedimientos. Con esto se hizo posible interactuar con confianza y seguridad con padres, madres, acompañantes y personal del área de la salud.

Estas interacciones favorecen el reconocimiento, pues se les da un lugar como sujetos a los/as niños/as, en el que tanto padres, madres, acompañantes y personal del área de la salud, abren dicho espacio para que los/as niños/as se exprese, opinen, participen y sean tenidos en cuenta en su proceso de recuperación; a la vez que se fortaleció el trabajo cooperativo necesario para que los/as niños/as continuaran su proceso formativo.

Retomando el trabajo cooperativo, se pudo evidenciar que fue una estrategia pedagógica adecuada en el desarrollo de las actividades, que permitió mayor interacción, tanto entre los/as niños/as, como con los padres, madres, acompañantes y personal de la salud; abriendo espacios en los que se resaltan valores de solidaridad, escucha, comprensión, colaboración, entre otros que llevan al reconocimiento de los/as niños/as. Asimismo se implementaron otras estrategias como la lectura de cuentos, lúdico – artísticas, talleres reflexivos, diálogos de saberes, entre otras, que dan cuenta de la importancia que adquiere abrir espacios pedagógicos y formativos dentro de un contexto

hospitalario, para contribuir a la recuperación de la salud y al reconocimiento de los/as niños/as.

La propuesta realizada trasciende lo que se propone en la Pedagogía Hospitalaria porque esta hace énfasis en la continuación de los estudios preescolares y primarios, desconociendo a los/as niños/as de edades tempranas o aquellos que no están escolarizados, por ello surgen preguntas como ¿Qué trabajo se hace desde la pedagogía hospitalaria con las familias gestantes y con los/as niños/as recién nacidos/as? ¿Cuál es el trabajo a realizar con las familias y acompañantes de los/as niños/as hospitalizados/as? ¿Cómo se vincula el personal de la salud en el trabajo desde la pedagogía hospitalaria con los/as niños/as? De esta manera, el concepto de Pedagogía Hospitalaria se transforma, trascendiendo lo escolar y dando paso a lo formativo, en donde el principal objetivo ya no es ser un puente entre el hospital y la escuela, sino abrir los espacios pedagógicos en los cuales se reconozca al niño/a de una manera integral.

La Pedagogía Hospitalaria es importante porque reivindica los derechos de los/as niños/as a la educación, ya que se acompaña el tiempo de hospitalización de estos a través de espacios pedagógicos, en los cuales se tiene en cuenta sus intereses, para desarrollar propuestas contextualizadas y se le reconoce como actor principal dentro de dicho proceso.

Al pedagogo no lo hace el espacio, sino su pregunta constante por la formación humana.

5 RECOMENDACIONES

- Se requiere acondicionar un espacio adecuado a las necesidades particulares de los/as niños/as hospitalizados/as para dar respuesta a los derechos que estos/as tienen, como:

“Derecho a recibir educación en los establecimientos de salud, en espacios propios definidos para desarrollar actividades pedagógicas, en lugares adecuados, accesibles, debidamente implementados, que respondan a las tendencias educativas vigentes.

Derecho a recibir educación en el lugar donde éste se encuentre, cuando no sea posible su traslado al Aula y/o Escuela Hospitalaria.” (REDLACEH, 2009:1)

En este caso el aula hospitalaria, para desarrollar actividades cooperativas con los/as niños/as que se pueden desplazar y salir de sus habitaciones.

- Desde el aula hospitalaria, como un programa para el servicio de Pediatría se pueden generar programas pedagógicos alternativos que se vinculen a los servicios pediátricos ambulatorios.
- En futuras acciones pedagógicas que se realice con la población en la Sala de Hospitalización y urgencias del servicio Pediátrico, sería conveniente tener en cuenta el primer contacto que se realiza con los usuarios, porque esto permite conocer qué niños/as se encuentran y por qué están allí. Y como sugerencia para la IPS universitaria es tener en cada habitación un espacio en donde se pueda escribir o pegar el nombre de cada niña/o.

- Es necesario implementar medidas que llenen los vacíos conceptuales y prácticos encontrados en el programa de Licenciatura en Pedagogía Infantil de la Universidad de Antioquia, en cuanto al acompañamiento de la primera infancia –específicamente niños/as desde recién nacidos hasta los tres años de edad- y con población con barreras de aprendizaje y participación social – BAPS-.
- Es importante apoyarse en otros profesionales como por ejemplo, los artistas y promotores de lectura del programa Palabras que Acompañan, ya que diversifican, enriquecen y dinamizan las intervenciones pedagógicas, asimismo, los profesionales del área de la salud y trabajadores sociales, apoyan intervenciones en cuanto a su saber específico, especialmente en los talleres con padres y/o acompañantes.

6 BIBLIOGRAFIA/ CIBERGRAFIA

Álzate Piedrahita, M.V. (2002). *Concepciones e imágenes de la infancia*. En: Revista de ciencias humanas. N° 28. Enero. Pereira

Atehortua, Cardona y Vélez. (2008) El fortalecimiento de la inteligencia emocional a través de la literatura infantil en los niños y niñas de las salas A, B y C de Urgencias del Hospital Universitario San Vicente de Paúl. Facultad de Educación, Universidad de Antioquia. Colombia.

Autoevaluación, Licenciatura en Pedagogía Infantil, Facultad de Educación Universidad de Antioquia. (2007). Medellín. Consultado el 29 de noviembre de 2010 en:
<http://ayura.udea.edu.co/autoevaluacion/pedagogia%20infantil/infantil.htm>

Barrada Bedoya, C.E y Cardona Castrillón, J.A. (2005) Alternativas para la continuidad de procesos formativos con los niños y niñas hospitalizados. Facultad de Educación, Universidad de Antioquia. Medellín

Barrera Aldana, N.M. y Cuervo Angarita, C. (2008) La pedagogía hospitalaria: un camino de construcción, reconstrucción y resignificación desde la experiencia, interacción y reflexión de los sujetos. Facultad de Educación, Fundación Universitaria Monserrate. Bogotá

Caballero Soto, S.A.M. (2007) El aula hospitalaria: un camino a la educación inclusiva. Perú. Universidad Católica del Perú. Perú. Consultado el 27 de noviembre de 2009 en: www.pedagogiahospitalaria.net/doc/recursos_004.pdf

Cajiao R., F. (1997). La piel del alma: cuerpo, educación y cultura. Santa Fe de Bogotá: Cooperativa Editorial Magisterio.

Congreso de la República de Colombia. (2006) Código de la Infancia y la Adolescencia. (2006) Ley 1098 del 8 de Noviembre de 2006. Consultado el 18 de abril de 2010 en: www.presidencia.gov.co/prensa_new/leyes/.../ley1098081106.pdf

Diaz B. M.R. (2002) Los hospitales como espacios educativos: una alternativa saludable para la ciudad. En: Revista Brocal: Revista de Ciencias Humanas y de La Salud. 70 - 81 v.2

Doval, M. I. (s.f), Claves y tendencias actuales de la Pedagogía Hospitalaria. *Revista de Educación, Desarrollo y Diversidad*. 5 (2), Consultado en: <http://www.aedes-nacional.com/a1r7.html>. el 27 de marzo de 2010.

Fernández Hawrylak, María. (2000) La pedagogía hospitalaria y el pedagogo hospitalario. España. Consultado el 25 de noviembre de 2010 En: dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=127613.

Goetz, J.P y Lecompte, Margaret. (1988) Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa. Editorial Morata S.A. Madrid.

Gonzalez Patiño, E.Y; Moreno Gil, J. y Ospina Ochoa, L.M. (2006) Representaciones sociales sobre la estimulación emocional y verbal de los acompañantes de niños y niñas en el contexto hospitalario. Facultad de Educación, Universidad de Antioquia, Medellín.

Hernández, R. Fernández, C. Baptista, P. (2006) Metodología de la investigación. McGraw-Hill Interamericana. México.

LIRA, M (2000). Dos primeros años de vida. Manuales de estimulación. Chile: Editorial Galdog Ltda.

López Quintero, S.N (2005). Teoría y diseños didácticos. Fundación Universitaria Luis Amigó. Facultad de Educación, Colombia Medellín.

Meirie, Philippe. (2004) El maestro y los derechos del niño ¿historia de un malentendido? Ediciones Octaedro, S.L. Barcelona

Ministerio de Educación Nacional. (2009) Desarrollo Infantil y competencias en la primera infancia. Colombia.

Ministerio de Educación Nacional. (2009) Guía operativa para la prestación del servicio de atención integral a la primera infancia. Colombia.

Red Latinoamericana y del Caribe por el derecho a la educación de niños, niñas y jóvenes hospitalizados y en tratamiento (REDLACEH), 2009, “ Declaracion de los derechos del niño, niña o joven hospitalizado y en tratamiento de Latinoamérica y el Caribe en el ámbito de la educación.”, consultado el 2 de Noviembre de 2010 en http://www.redlaceh.com/pdf/derechos_del_nino.pdf

Restrepo G. B. (2004) La investigación – acción educativa y la construcción de saber pedagógico. En: Educación y Educadores. Vol.7 .p.45-55. Bogotá.

Rizo, M; 2005, “La Psicología Social y la Sociología Fenomenológica. Apuntes teóricos para la exploración de la dimensión comunicológica de la interacción”, La Global Media Journal Edición Iberoamericana, Primavera, Vol N-3, p.p 1-20.

Rodríguez, Gil y García, E. (1999) Procesos y fases de la investigación cualitativa. En Metodología de la investigación cualitativa. Málaga, España. Aljibe (pp. 61-77)

Romero, K. y Alonso, L. (2006) Un modelo de práctica pedagógica para las aulas hospitalarias: el caso del Hospital Universitario de Los Andes. Venezuela.

Romero, L.; Escorihuela, Z. y Ramos, (2009) La actividad Lúdica como estrategia pedagógica en educación inicial. En: Revista Digital Buenos Aires, año14 No 131. <http://www.efdeportes.com/efd131/la-actividad-ludica-en-educacion-inicial.htm>

Runge Peña, A.K. (2008) Breve introducción al campo disciplinar y profesional de la pedagogía. Mimeo. Facultad de educación, Universidad de Antioquia. Colombia.

Runge Peña, A.K. (2008) La paradoja del reconocimiento de la niñez desde la pedagogía. Reflexiones en torno al eco rousseauiano. Revista Educación y pedagogía Vol. XI No. 23-24. Medellín.

Runge Peña, A.K. Y MUÑOZ, D. (2005) Mundo de la vida, espacios pedagógicos, espacios escolares y ex-centricidad humana: reflexiones antropológico-pedagógicas y socio-fenomenológicas. En Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, niñez y juventud. Vol. 3 N° 2. Manizales.

Salinas S, M (2000), El diario pedagógico. En: La Gaceta didáctica Facultad de educación Universidad de Antioquia. N° 3,p 6-8

Serradas, M, 2003, “La pedagogía Hospitalaria y el niño enfermo: un aspecto más en la intervención socio-familiar”, en *Revista de pedagogía*, Caracas, Vol. 24, N-71, p.p 447 – 473.