

**LA EDUCACIÓN EN ESPACIOS NO CONVENCIONALES: PEDAGOGÍA
HOSPITALARIA COMO ESTRATEGIA DE HUMANIZACIÓN
EN EL HOSPITAL MANUEL URIBE ÁNGEL (HMUA)**

“UN DÍA HACE LA DIFERENCIA”

LUZ ESTELLA ÁLVAREZ RESTREPO

VANESA GALLO ZAPATA

JIMMY ALEJANDRO HERNÁNDEZ TISOY

VERÓNICA MURILLO CORREA

DAILYN YULIED RÍOS GIL

SKARLETH ROMÁN VELANDIA

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD DE EDUCACIÓN

LICENCIATURA EN EDUCACIÓN ESPECIAL

MEDELLÍN

2012

**LA EDUCACIÓN EN ESPACIOS NO CONVENCIONALES: PEDAGOGÍA
HOSPITALARIA COMO ESTRATEGIA DE HUMANIZACIÓN
EN EL HOSPITAL MANUEL URIBE ÁNGEL (HMUA)**

“UN DÍA HACE LA DIFERENCIA”

LUZ ESTELLA ÁLVAREZ RESTREPO

VANESA GALLO ZAPATA

JIMMY ALEJANDRO HERNÁNDEZ TISOY

VERÓNICA MURILLO CORREA

DAILYN YULIED RÍOS GIL

SKARLETH ROMÁN VELANDIA

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR A LA TITULACIÓN DE LA LICENCIATURA
EN EDUCACIÓN ESPECIAL**

***DORA LUCÍA MEJÍA TOBÓN**

***LUIS GUILLERMO CORREAL ARANGO**

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD DE EDUCACIÓN

LICENCIATURA EN EDUCACIÓN ESPECIAL

MEDELLÍN

2012

DEDICATORIAS

A la población hospitalizada

*Más allá de realizar mil actividades pedagógicas,
Desearía escuchar tú historia de vida,
Más allá de exponer un tema de español o matemáticas,
Desearía compartir un momento con quien no tiene compañía.*

*Más allá de recompensarte porque hiciste bien la tarea,
Desearía abrazarte para que te olvides por un segundo de tú soledad,
Y más allá de preocuparte porque perdiste una materia,
Desearía disminuir los síntomas de tu enfermedad.*

*Este proyecto está dedicado a la población hospitalizada;
a todas aquellas personas que por su situación de enfermedad
han tenido que separarse de su familia, amigos y compañeros
para ingresar al difícil entorno hospitalario.*

Yulied Ríos

A mi padre Efraín Hernández

*DIOS, algún día me dio la dicha de compartir contigo
mil momentos mágicos y divertidos que aún recuerdo como si fueran ayer,
sé que me viste nacer, me viste crecer y estuviste siempre conmigo
en cada momento de mi infancia,
por cosas de la vida un día tuvimos que separarnos,
hoy no podemos compartir y celebrar juntos este gran logro,*

*pero estoy seguro que desde el cielo fuiste mi ángel protector día tras día
y nunca me has abandonado,
así mismo siempre quisiste verme realizado como profesional
y hoy este triunfo va dedicado a ti
y solo resta decirte que estoy orgulloso de los valores
y la formación que en mi grabaste...de todo corazón.*

Tu hijo

Jimmy A Hernández Tisoy

A MI PADRE

*Que hace 17 años me acompaña espiritualmente, siendo mi fiel amigo y el Ángel más leal que he
tenido, brindándome fuerza para seguir avanzando en este gran camino, hoy obtengo uno de mis
mayores logros y te lo dedico con el corazón.*

Skarleth Román.

AGRADECIMIENTOS

Al culminar este proyecto queremos agradecer a un ser que siempre estuvo apoyándonos, fortaleciéndonos y guiándonos en este camino.

*Gracias **Dios** porque ante las dificultades no nos dejaste desfallecer, por el contrario, en todo momento sentimos tu presencia que nos alentaba a continuar con este proceso de formación.*

*Damos gracias a la **Universidad de Antioquia** por formarnos como profesionales en sus espacios académicos.*

*Agradecemos profundamente a nuestra asesora de práctica investigativa: Docente **Dora Mejía Tobón**, quien nos ha aportado tanto académica como personalmente, enseñándonos a transformar los contenidos académicos en saberes prácticos y útiles para la vida.*

*De igual forma agradecemos al Dr. **Luis Guillermo Correal**; asesor temático quien con su conocimiento, logró direccionar este proyecto y hacer posible esta maravillosa experiencia.*

*Finalmente, reconocemos la importancia que tuvo el **Hospital Manuel Uribe Ángel**, quienes abrieron sus puertas para hacer de este proyecto una realidad.*

*¡Que hermoso trayecto!
planeaciones y diarios me hicieron reflexionar,
al realizar un proyecto,
y jamás desertar.*

*Hoy he culminado un objetivo,
y es el momento de agradecer,
a un equipo afectivo,
que me ayudo a crecer.*

*A un par de asesores,
dispuestos a aprender,
que mostraron interés,
por los problemas a resolver.*

*También hay que agradecer,
a una universidad,
que me ayudo a esclarecer,
y a trabajar con equidad.*

*Por último quiero dar gracias,
a un Dios bondadoso,
y también a las ciencias,
por hacer este proyecto tan talentoso.*

Yulied Ríos

*Infinitas gracias a **DIOS** y a la **VIDA** por ser los testigos de esta gran aventura que emprendí hace 6 años lejos de mi tierra, hoy soy el fruto de mil sacrificios, luchas constantes, pero también de mil deseos de aprender, de enseñar y sobre todo de ser un educador especial.*

*A mi **madre** mi **Merceditas** quien fue mi timón y mi apoyo constante, caminaste de mi mano paso a paso y no me soltaste hasta verme hoy como siempre quisiste, un profesional, gracias por permitirme soñar, por estar conmigo mañanas, tardes y noches enteras dispuesta a escucharme, por preocuparte y a pesar de la distancia decirme siempre “vamos mijo, usted es capaz”, hoy veo reflejadas esas palabras mágicas, que las grabé y tendré presente cada día*

*A mi **familia** especialmente a mi hermana **Cecilia** y la **Mamita María** quienes con su apoyo constante nunca permitieron que desistiera de este gran sueño y a pesar de las dificultades siempre tuvieron una palabra de aliento que reconfortara el ánimo de continuar...*

*A mis dos **asesores**, Mi **Asesora DORA** y al **Doctor Luis Gui..**
Gracias por acompañar este viaje por el mundo del conocimiento, por estar presentes y compartir alegrías, tristezas y llantos, ustedes más que nadie fueron testigos de esta grandiosa hazaña, con mucho aprecio **DIOS** los bendiga siempre...*

*Igualmente a mi **equipo de proyectoras**, gracias por cada momento que compartimos, por saber llegar hasta este punto con éxito en medio de las dificultades.*

*Finalmente quiero dar infinitas gracias a grandes personas que encontré en el camino, con quienes no solo viví la academia, sino que fuimos verdaderos colegas y amigos, **Yesi, Cris, Lili, Jennifer, Verito, Deisy, Elena, Maurita, Paola**, y también a mi gran maestra y amiga **Sandra Clavijo**, mujeres gracias por ese apoyo constante y verdadero.*

Jimmy A Hernández Tisoy

A Dios, por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mi familia por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo a través del tiempo.

A Camilo Usuga por acompañarme durante todo este arduo camino y por haber estado en los momentos difíciles y apoyarme cuando más lo necesitaba al darme palabras de aliento.

A mis amigas, gracias por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida. Además por el gran equipo que formamos porque hoy logramos llegar hasta el final del camino y fortaleciendo nuestra gran amistad: Astrid Quirós, Luisa Osorio, Michelle Calle, Suleny Gómez, Mariana Loaiza, Paola Arango.

A mis dos asesores Dora Mejía Tobón y Luis Guillermo por haberme aportado parte de su calidad humana y profesional.

A los docentes que me han acompañado durante el largo camino, brindándome siempre su orientación con profesionalismo ético en la adquisición de conocimientos y afianzando mi formación.

Skarleth Román

*Agradezco a ti **Dios** por bendecirme para llegar hasta donde he llegado,
porque hiciste realidad este sueño anhelado.*

***A toda mi familia**, especialmente a mi **Madre y mi Tía** por enseñarme a enfrentar los obstáculos
con alegría el apoyo incondicional que me han dado a lo largo de mi formación
profesional, por enseñarme que no hay límites,
por el apoyo en los momentos difíciles y permitirme mantenerme siempre en pie
sin importar los obstáculos que se me cruzaran en el camino,
ellas siempre han sido mi ejemplo a seguir para luchar por mis metas
y hoy concluir una de las etapas de gran importancia en mi vida.*

*Finalmente a mis amigos; **Andrés, Carlos, Johanna, Yulied, Jimmy y Olga**,
por ser pacientes conmigo, por ayudarme a seguir adelante y darme su apoyo,
además de compartir las angustias y gratificaciones durante estos años de estudios.*

Verónica Murillo Correa

*Un especial agradecimiento a mi esposo **Mauricio González** y su familia por su apoyo
incondicional, durante el proceso de mi formación profesional.*

Luz Estella Álvarez

TABLA DE CONTENIDO

	Páginas
1. INTRODUCCIÓN.....	13
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
3. JUSTIFICACIÓN.....	18
4. OBJETIVOS.....	21
4.1 OBJETIVO GENERAL.....	21
4.2 ESPECÍFICOS	21
5. MARCO TEÓRICO.....	22
5.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS DE LA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA.....	22
5.1.1 UNA EXPERIENCIA DE PEDAGOGÍA HOSPITALARIA CON NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR.....	22
5.1.2 “SOÑANDO CON UN LUGAR DONDE VER EL SOL”: Un acercamiento a la Pedagogía Hospitalaria, como alternativa para el fortalecimiento de los procesos formativos de las niñas y los niños hospitalizados.....	23
5.1.3 “APRENDIENDO DE MI SALUD ENTRE CONTEXTOS Y CUENTOS: UNA RUTA PEDAGÓGICA PARA CONVERTIR LA HOSPITALIZACIÓN INFANTIL EN UNA EXPERIENCIA DE APRENDIZAJE PARA LA SALUD Y LA VIDA”.....	23
5.2 PEDAGOGÍA HOSPITALARIA.....	24
5.2.1 CONTEXTO HISTÓRICO DE LA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA	26
5.2.2 PROGRAMAS Y SERVICIOS DE LA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA.....	28
5.2.3 RECURSOS LEGISLATIVOS.....	29
5.3 ENFERMEDAD.....	35
5.3.1 ENFERMEDAD CRÓNICA.....	35

5.3.2	ENFERMEDAD TRANSITORIA.....	37
5.4	INCLUSIÓN VS HOSPITAL.....	37
5.5	CONVIVENCIA EN EL ENTORNO HOSPITALARIO.....	39
6.	MARCO METODOLÓGICO.....	42
6.1	TIPO DE INVESTIGACIÓN: CUALITATIVA.....	42
6.2	ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN: IAP.....	43
6.3	POBLACIÓN OBJETO Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL ESTUDIO.....	47
6.4	PROCESO DE LA INVESTIGACIÓN.....	49
6.4.1	ANÁLISIS DOCUMENTAL.....	49
6.4.2	DISEÑO Y EJECUCIÓN DEL PROYECTO.....	50
6.4.2.1	<i>Entrevista.....</i>	51
6.4.2.2	<i>La intervención pedagógica desde la Animación Sociocultural.....</i>	51
6.4.2.3	<i>Valoración de la intervención.....</i>	56
6.4.3	RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	56
6.4.3.1	<i>Análisis de la realidad.....</i>	56
6.4.3.2	<i>Observación participante.....</i>	56
6.4.3.3	<i>Diario de campo.....</i>	57
6.4.3.4	<i>Registros audiovisuales.....</i>	58
6.5	VALIDEZ Y CONFIABILIDAD.....	58
7.	ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	60
7.1	RECURSOS Y NECESIDADES IDENTIFICADAS.....	60
7.1.1	PEDIATRÍA.....	60
7.1.2	HOSPITALIZACIÓN DE ADULTOS.....	61
7.1.3	UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE).....	62
7.2	RELACIONES INTERPERSONALES DENTRO DEL HOSPITAL.....	63
7.2.1	RELACIONES ENTRE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD Y LOS EDUCADORES.....	64
7.2.2	RELACIONES ENTRE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN EL CAMPO CLÍNICO.....	66

7.2.3	RELACIONES ENTRE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD Y LOS PACIENTES.....	67
7.2.4	RELACIONES ENTRE LOS PACIENTES Y LOS ACOMPAÑANTES.....	67
7.2.5	RELACIONES ENTRE LOS ACOMPAÑANTES.....	68
7.2.6	RELACIONES ENTRE LOS ACOMPAÑANTES Y LOS EDUCADORES.....	69
7.2.7	RELACIONES ENTRE LOS EDUCADORES Y EL PERSONAL SANITARIO.....	70
7.2.8	RELACIONES ENTRE LOS PACIENTES Y LOS EDUCADORES.....	71
8.	CONCLUSIONES.....	73
9.	LINEAS ABIERTAS	75
10.	BIBLIOGRAFIA	76
11.	ANEXOS	84

1. INTRODUCCIÓN

Después de una búsqueda que llevó finalmente a trabajar en el Hospital Manuel Uribe Ángel de Envigado, en este proceso de investigación se inició indagando por el contexto de la pedagogía en el hospital, se indagaron acerca de experiencias maravillosas de aula hospitalaria y especialmente de pedagogía hospitalaria, que ha sido tradicionalmente una disciplina que se ha ocupado de garantizar el derecho a la educación de los niños hospitalizados procurando disminuir la deserción y el retraso escolar.

El presente proyecto, amplía la mirada dirigiendo las acciones educativas a los jóvenes y adultos, para contribuir a la humanización del entorno hospitalario, a través de técnicas de animación sociocultural, que involucran a pacientes, acompañantes y profesionales de la salud.

La pedagogía Hospitalaria recibe los aportes de la pedagogía en General y de la Pedagogía Social y de la Educación Especial en particular, erigiéndose como disciplina desde la reflexión sobre la práctica educativa en contextos hospitalarios, que busca atenuar las desventajas educativas y formativas de las personas en situación de enfermedad, aprovechando el entorno hospitalario para transformar los efectos negativos derivados de la enfermedad y la salud en experiencias de aprendizaje significativo para la vida y la salud. Pero también, y este ha sido el mayor aporte del proyecto, establecer relaciones afables entre las personas que interactúan en el contexto hospitalario.

La utilización de herramientas pedagógicas no tradicionales en un espacio no convencional para la educación como es el hospital, han posibilitado que este trabajo realizado con los pacientes y sus familias directamente, afecte positivamente a toda la estructura sanitaria del hospital con la cual el proyecto se ha vinculado, estableciendo alternativas viables y poderosas culturalmente para contribuir al proyecto de humanización en el hospital.

Las dificultades que afronta el Hospital Manuel Uribe Ángel no son meramente de su propiedad, hacen parte de la historia de la cultura de la atención médica en occidente. La atención

deshumanizada en la que se entiende a los pacientes como clientes, ha venido deteriorando la imagen de los establecimientos sanitarios porque además en muchos casos, por displicencia, ponen en peligro la vida y la integridad de los pacientes. Es un objetivo de las directivas de este hospital humanizar la atención. Cambiar estos paradigmas no hace parte de nuestro objetivo, pero si mejorar las condiciones del paciente y de sus familias en el entorno hospitalario y con ello, hemos visto maravillados, cambian las relaciones interpersonales dentro del hospital.

La humanización del sistema sanitario es una tarea de años. Mejorar las condiciones de vida de un paciente o de su familia con un día puede ser suficiente, dos días son ya un gran aporte, para este proyecto, “un día hace la diferencia”.

Este trabajo está elaborado a partir de instrumentos que brindan la educación social y la animación socio cultural que se describirán más adelante. La ejecución de los mismos permitió que esta investigación de tipo cualitativo permitiera cambiar la realidad social, transforma el entorno y ser protagonistas, ya que paradójicamente, los educadores no cambiaron la realidad, el trabajo la cambia y a su vez los transforma.

El método cualitativo permite comprender las distintas relaciones que se establecen entre los actores que intervienen en el contexto hospitalario, alrededor de la situación de la enfermedad y hace posible la transformación a partir de las estrategias de la Pedagogía Hospitalaria, encaminadas a mejorar la calidad de vida de los pacientes hospitalizados, de sus familiares y acompañantes y finalmente de quienes interactúan con ellos en el entorno hospitalario.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

“En el alba de la humanidad, de toda vana creencia, antes de todo sistema, la medicina en su integridad, residía en una relación inmediata del sufrimiento con lo que lo alivia. Esta relación era de instinto y de sensibilidad, más aún que de experiencia; estaba establecida por el individuo, por él mismo y para sí mismo, antes de entrar en una red social...”

Antes de ser un saber, la clínica era una relación universal de la humanidad consigo misma: edad de felicidad absoluta para la medicina. Y la decadencia comenzó cuando fueron inaugurados la escritura y el secreto, es decir, la repartición de este saber en un grupo privilegiado, y la disociación de la relación inmediata, sin obstáculo ni límites, entre Mirada y Palabra: lo que se había sabido no se comunicaba ya a los demás y vestido de nuevo en la cuenta de la práctica sino una vez pasado por el esoterismo del saber”. Foucault (1979)

Al ingresar a un hospital, se espera una atención pronta y oportuna. Eso es lo que se espera máxime de un sistema de salud que propende por el bienestar de los seres humanos.

Sin embargo, ¿Con qué se encuentran las personas? ¿Cuál es la queja de la gran mayoría de personas que ingresan a un servicio de urgencias, bien sea como pacientes o como acompañantes?

Las personas que hacen uso de los servicios médicos se quejan de la falta de trato humanitario, que los médicos no dedican tiempo a sus pacientes, que no explican, que no sonríen, esto en el mejor de los casos, porque la mayor queja es, que no atienden porque la Empresa Promotora de Salud (EPS) no tiene contrato con el hospital.

En el interior del hospital se observan relaciones de poder, En la puerta de entrada se encuentra un vigilante armado por lo regular. Esta persona es quien define si algo es urgente o no, aunque las normas digan otra cosa, él es la persona que hace *el triage*. Si logra ingresar, se puede ver que siempre hay jefes que mandan y personas que obedecen como en una estructura militar, el

especialista da órdenes, el médico obedece y escribe, los residentes e internos obedecen y escriben, las enfermeras obedecen y escriben, y finalmente alguien hace algo: la auxiliar de enfermería como el soldado raso ejecuta las órdenes: toma muestras de sangre, entrega medicamentos, coloca sueros, despierta al paciente para darle la pastilla para dormir. Obedece.

Hay tensión en el hospital, no es sólo ese asunto de la vida y la muerte, es el asunto de rangos, de castas, de élites. Médicos formados para mirar por encima del hombro reciben órdenes y cumplen órdenes de un jefe, de personal, gerente, etc., siempre hay un jefe, como en la milicia.

En el interior si la persona ingresa, algo ocurre si tiene una enfermedad exótica, el nombre desaparece y todos lo miran como a un bicho raro, lo observan una y otra vez pero sin ver a la persona, ven la enfermedad no al paciente.

La medicina en sus inicios, de acuerdo al texto de Foucault (1979), buscaba básicamente calmar el sufrimiento, atender al que sufre, de ahí que la palabra paciente, contrario a lo que se piensa hoy en día, en palabras del RAE (Diccionario de la Real Academia española) quería decir “el que sufre”. Hoy la relación que se establece con el paciente es una relación fundamentalmente económica, de poder, en la que el significado de “el que sufre” se desplaza a “el que espera”.

Desde hace un tiempo para acá, los hospitales se están preguntando ¿qué hacer para cambiar esas relaciones entre el personal administrativo, sanitario, de vigilancia, mantenimiento y servicios generales que llaman cliente interno y con los pacientes que llaman cliente externo o usuario?

La respuesta muy lógica ha sido: hay que humanizar el hospital.

El contexto actual tiene sus orígenes en dos diferentes vertientes de la historia, la primera de ellas es el rumbo errado de la medicina que al encontrarse con la filosofía en el siglo V, fue codificada, sistematizada, se establecen una especie de hombres dueños del saber, que lo organizan y lo entregan de maestro a alumno. Según Foucault (1979), En el momento en el que Hipócrates retoma el saber clínico y lo transforma en un saber filosófico, se abandonó la observación, desde entonces se deshace esa relación universal de la humanidad consigo misma: aparece el secreto,

las relaciones entre maestros y alumnos y el conocimiento se aísla. Aparece el control sobre el saber.

El segundo elemento, tiene que ver con los hospitales, los cuales nacieron alejados de la clínica y la medicina. El hospital estaba por fuera del círculo de la clínica que ejercían los médicos, estaba circunscrito a la caridad pública ofrecida por las municipalidades o por la iglesia. Su finalidad no era curar a los enfermos, era cuidarlos, ofrecerles un albergue para evitar que se propagaran las plagas, para recluir a los más pobres, que sin un techo y una cama donde pasar la noche, eran más vulnerables; para atender las almas y entregárselas a Dios.

Citando a Foucault: (1978) “Decíase en aquellos tiempos-y con razón-que el hospital era un lugar para ir a morir. El personal hospitalario no estaba destinado a curar al enfermo sino a conseguir su propia salvación. Era un personal caritativo (religioso o laico) que estaba en el hospital para hacer obras de misericordia que le garantizaran la salvación eterna. Por consiguiente, la institución servía para salvar el alma del pobre en el momento de la muerte y también la del personal que lo cuidaba. Ejercía una función en la transición de la vida a la muerte, en la salvación espiritual más que en la material, unida a la función de separar los individuos peligrosos para la salud general de la población”

El hospital antes del siglo XVIII era una institución de separación y exclusión social: los pobres, necesitaban asistencia porque además tenían enfermedades, que podían propagarse, lo mejor era recluirlos para evitar contagios. El Hospital era pues, además de un centro asistencial y de caridad pública, un aspicio que recoge mendigos, prostitutas, locos y enfermos. Era un centro, la mayoría de las veces subvencionado por la municipalidad o por la iglesia, un centro de reclusión de los más pobres que iban allí a morir, no ha ser curados.

Pero posteriormente esa institución caritativa entra en crisis, se convierte en el foco de enfermedades de las ciudades, la institución que pronto se va degenerando por su difícil manejo y pide auxilio de la medicina porque hay que atender a los enfermos recludos allí.

La medicalización llega de manos de la armada para controlar el espacio, esto le da orden, luego llega el ejército y se apropia de los hospitales. Se está hablando de Francia de los siglos XVII y XVIII.

Luego Napoleón Bonaparte se toma los hospitales y obliga a los médicos a atender a sus soldados que ingresan por miles, desplazando a los enfermos a otros lugares, la mayoría de ellos iban a morir a la calle. De esa intervención militar parte la formación de la estructura de rangos en el hospital moderno. Estructura que permanece, como en la milicia y que hoy se enfrenta, en medio de crisis financiera de nuestro sistema de salud en el que el enfermo es un cliente en el mercado, al gran reto de ¿cómo ser una institución amable, en la que el médico se preocupe por calmar el dolor y el sufrimiento, como en los tiempos remotos de la medicina pre-hipocrática?

La pregunta a la que conlleva este asunto es, ¿Cómo lograr, desde la pedagogía hospitalaria, que en el hospital se generen vínculos afables entre el personal de la salud y los seres humanos que sufren, bien por situación de enfermedad o bien por su condición de acompañantes?

Esta es la pregunta de investigación del presente proyecto que busca transformar el concepto de aula hospitalaria, definida como un espacio físico dentro del hospital, ha convertirlo en el hospital como aula hospitalaria, en otras palabras, la pedagogía hospitalaria como transformadora de la realidad generando nuevos espacios de aprendizaje que afectan positivamente a los actores que conviven en un hospital.

3. JUSTIFICACIÓN

La hospitalización supone, además del problema biológico, el desconcierto ante la nueva situación y la angustia que representa el peligro de perder la estabilidad de su integridad, lo que requiere desde lo pedagógico una intervención diferenciada y complementaria a la puramente médico- asistencial, que ha de ser coordinada y concertada con los profesionales (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, etc.) y los cuidadores, reduciendo la ansiedad ante lo desconocido, participando con el paciente en la búsqueda de respuestas a sus preguntas, apoyando su desarrollo humano, lo que tendrá también un efecto rehabilitador (Guijarro & Torres, 1990).

Desde la experiencia en el contexto de la pedagogía hospitalaria, el hospital ha sido un aula. Un espacio abierto en que se ha trabajado con herramientas que brinda la educación social y la animación socio cultural: el juego, la lectura, la palabra y el arte han sido instrumentos que permiten trabajar un espacio entrabado por relaciones interpersonales de poder superiores a los seres humanos que dificultan la interacción con el paciente. Estas relaciones están dadas por una sistematización previa, histórica que penetra el comportamiento de los individuos. Esta aula llamada hospital permite desarrollar competencias ciudadanas que posibilitan a los individuos romper esquemas de participación laboral preconcebidos, marcadas por diferentes status sociales.

No se trata pues, de intervenir a niños o pacientes, sino que a partir de este hecho se establece un cambio en los paradigmas de la vieja institución llamada hospital, al intervenir con la pedagogía y desde la educación social, mejora la relación del personal sanitario con los pacientes y sus familias, lo que conlleva a un proceso de humanización de la atención: se torna más cordial. La medicina no puede olvidar su función de quitar el sufrimiento y luchar contra la enfermedad, pero debe retomar el camino de atender al que sufre, y el que sufre no es sólo el enfermo, también sufre su familia, sus amigos y allegados.

El aula hospitalaria del presente proyecto va más allá de los ambientes de aprendizaje naturales que se establecen entre un educador y un alumno. El aula hospitalaria es el hospital y los ambientes de aprendizaje.

El hospital Manuel Uribe Ángel de Envigado, tiene claros los objetivos de mejoramiento de la calidad y entre ellas se encuentra el programa de humanización de la institución, desde el cual se parte en el proceso de investigación.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL:

- Implementar la pedagogía hospitalaria como una estrategia de humanización de las relaciones entre los diferentes actores que intervienen en el hospital Manuel Uribe Ángel de Envigado.

4.2 ESPECIFICOS:

- Sensibilizar el entorno hospitalario con respecto a la importancia de la pedagogía hospitalaria.
- Caracterizar las relaciones que se establecen entre pacientes-acompañantes, pacientes-personal de salud, acompañantes - personal de salud.
- Diseñar y ejecutar estrategias pedagógicas que dinamicen y favorezcan las relaciones entre los actores de cada unidad hospitalaria a intervenir

5. MARCO TEÓRICO

5.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS DE LA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA

En el rastreo bibliográfico acerca de las diferentes investigaciones respecto a la Pedagogía Hospitalaria, las intervenciones pedagógicas responden tanto a la población hospitalizada como a los familiares y acompañantes de éstos. En tanto, las investigaciones son un argumento que justifica la importancia de este espacio porque son una herramienta que contribuye al mejoramiento de las consecuencias que a nivel emocional causa la hospitalización. A su vez, en las investigaciones se sustenta la importancia que tiene el juego como estrategia que permite expresar sentimientos y pensamientos sin las restricciones que impone la realidad y la palabra como herramienta pedagógica generadora de conocimiento, con la cual se puede interactuar, construir y crecer. Lo anterior se demuestra en la revisión de las siguientes investigaciones:

5.1.1 UNA EXPERIENCIA DE PEDAGOGÍA HOSPITALARIA CON NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR

Investigación realizada por Leonor Alonso, Daniela García y Kruskaia Romero titulada en la Universidad de Los Andes y ejecutada en el Hospital Universitario de los Andes de Mérida (Venezuela), por medio del paradigma cualitativo de la investigación. En ella concluyeron que la atención educativa y psicológica de los niños pacientes hospitalizados y de sus familias revela nuevos aspectos de competencias humanas y profesionales que abren un panorama para la reflexión teórico práctica dentro del marco de la Pedagogía Hospitalaria. Dentro de los hallazgos de la investigación se encuentran: La necesidad de la atención psicopedagógica de los niños en período de hospitalización, atención por medio de la cual el niño cuenta con una puerta de salida para la expresión de sus sentimientos, emociones, preocupaciones y temores a través de diversas formas de comunicación como lo son las conversaciones con terceros significativos, el juego y el arte en cualquiera de sus formas. En tal sentido esta experiencia de Pedagogía hospitalaria puede

servir para ilustrar como se crearon las condiciones para ayudar a los niños y niñas pacientes y a sus familias a modificar el concepto de enfermedad; así mismo ilustra cómo se atendieron las necesidades expresivas de los niños porque estamos convencidas de que el diálogo y el arte producen efectos beneficiosos en la salud.

5.1.2 “SOÑANDO CON UN LUGAR DONDE VER EL SOL”: Un acercamiento a la Pedagogía Hospitalaria, como alternativa para el fortalecimiento de los procesos formativos de las niñas y los niños hospitalizados.

Investigación realizada desde la perspectiva cualitativa realizada por Diana Montoya y Ana Sánchez en la Universidad De Antioquia y en el Hospital Universitario San Vicente De Paúl en Medellín (2006), para el programa de pregrado de Licenciatura en Pedagogía Infantil. Las principales conclusiones de la investigación fue la creación de espacios, condiciones y actividades que le permitieran continuar con los procesos formativos tanto a los niños como a las niñas que se encontraban en la zona de urgencias y más específicamente en las salas de hospitalización especial del Hospital Universitario San Vicente de Paúl (HUSVP). Asimismo, el hospital brindó una atención más humanizada, donde la marginación formativa, y más específicamente la educativa no tuvo cabida por el hecho de entender que estos niños y niñas bajo estas condiciones también tienen derechos y se siguen formando en todos sus ámbitos.

5.1.3 “APRENDIENDO DE MI SALUD ENTRE CONTEXTOS Y CUENTOS: UNA RUTA PEDAGÓGICA PARA CONVERTIR LA HOSPITALIZACIÓN INFANTIL EN UNA EXPERIENCIA DE APRENDIZAJE PARA LA SALUD Y LA VIDA”

Erika Moreno y Ana María Piedrahita, estudiantes de los Programas de Pregrado de las licenciaturas en Pedagogía infantil y Educación Especial de la Universidad de Antioquia, realizaron una investigación de tipo cualitativa en el Hospital Universitario San Vicente de Paul. En ella se sistematizaron e implementaron dos estrategias de intervención pedagógica, orientadas

a promover la resiliencia y la adaptación al contexto hospitalario de un grupo de niños y niñas entre 4 y 12 años de edad, hospitalizados en las Salas de Hemato-Oncología y Nefrología del HUSVP, durante el año 2006.

5.2 PEDAGOGÍA HOSPITALARIA

La pedagogía Hospitalaria recibe los aportes de la pedagogía en General y de la Pedagogía Social y de la Educación Especial en particular, erigiéndose como disciplina desde la reflexión sobre la práctica educativa en contextos hospitalarios, que busca atenuar las desventajas educativas y formativas de las personas en situación de enfermedad, aprovechando el entorno hospitalario para transformar los efectos negativos derivados de la enfermedad y la salud en experiencias de aprendizaje significativo para la vida y la salud.

La pedagogía enuncia las leyes y principios que rigen la práctica educativa, y la educación como acción que se concreta en el intercambio de los sujetos en contextos determinados. Recuérdese que la educación en su máxima acepción ha de entenderse como un proceso inherente al ser humano e ineludible al interior de las sociedades, gracias al cual el sujeto en intercambio (intencionado o no) permanente con los otros, los entornos y la cultura, desarrolla las capacidades que le permiten formarse como persona autónoma e integrada a la comunidad en la que habita; la educación entendida en esta dimensión no puede restringirse a un período de tiempo determinado (edad de ingreso y egreso a la educación), ni tampoco a espacios formalizados (escuela) que transmiten información y procuran el desarrollo de destrezas necesarias para que los seres humanos logren adaptarse a los sistemas de producción. La Pedagogía en cambio, se reconoce como el estudio sistemático y sistematizado de la educación, encargada de imprimir el carácter científico a la educación, toda vez que le sirve de guía, le enuncia sus normas y le otorga unos principios metodológicos. Así pues, mientras la educación es práctica, la pedagogía es teórica, pero una no puede existir sin la otra.

Pedagogía Social en tanto tiene lugar en un contexto diferente (el hospital) a la institución que tradicionalmente ha sido vinculada con la formación (la escuela), mediando en la socialización de

los individuos enfermos para posibilitar la toma de conciencia de la realidad que le rodea, de sus necesidades pero también de sus posibilidades, y así encontrar alternativas que mejoren su calidad de vida independientemente de las circunstancias en que se encuentra. Así entonces, la Pedagogía Hospitalaria es Pedagogía Social porque “se ocupa de atender –desde instancias educativas- necesidades y problemas humanos y sociales originados en el ámbito de los hospitales” (Quintana, 1984), teniendo en cuenta al sujeto mismo, su familia e historia personal, su cultura y hábitos, pero también al contexto hospitalario, a los profesionales implicados y a la situación de enfermedad incluido su pronóstico y tratamiento.

La Educación Especial supone una acción multidisciplinar al reconocer que las dificultades de aprendizaje y los problemas de salud no pueden ser abordados exclusivamente desde la pedagogía o medicina (Grau, 2001); al dirigir su atención a las necesidades educativas que se derivan de la hospitalización y la enfermedad por la separación drástica del entorno familiar, escolar y social; al promover la inclusión social en tanto trabaja en las estructuras sociales como alternativa para mantener los vínculos afectivos y la mayor estabilidad emocional posible de los sujetos objeto de la intervención pedagógica, pero también de los actores que intervienen en el contexto hospitalario.

La pedagogía Hospitalaria ofrece entonces una atención socioeducativa a las personas que se encuentran en una situación de enfermedad; dicha atención se relaciona más con la salud y la vida misma que con la instrucción y el conocimiento formalizado, pues está dirigida a atender las alteraciones que se generan como efecto de la hospitalización y la enfermedad, las cuales, según Fernández y Cáceres (2006), se pueden agrupar en:

- Alteraciones comportamentales: agresividad, conducta oposicionista, trastornos del sueño y del apetito, mutismo y dependencia.
- Alteraciones cognitivas: Dificultad para centrar la atención, concentrarse, y responder significativamente a las demandas del ambiente.
- Alteraciones emocionales: ansiedad, miedos, falta de interés por las actividades escolares, familiares y sociales, depresión.

5.2.1 CONTEXTO HISTÓRICO DE LA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA

La escuela en el hospital surge en 1919 a finales de la primera guerra mundial, dentro de la política encaminada a proteger la salud de la población infantil expuesta al contagio de tuberculosis, por medio de la creación de las denominadas escuelas al aire libre, (Sánchez E. M.-S., 1993) para las que Freinet desarrolló técnicas basadas en los principios de la libertad de expresión, la vida en cooperación y la vida participativa, reconociendo que el juego y el trabajo son dos funciones naturales de la especie humana, tendientes a satisfacer las necesidades vitales surgidas por la lucha de la existencia misma.

Este modelo pedagógico se extendió hasta la segunda guerra mundial, valiéndose de prácticas artísticas y formativas para continuar los procesos educativos basados en el currículum escolar y potenciar el bienestar afectivo-social de los niños buscando, además, el desarrollo equilibrado de la personalidad.

A finales del siglo XX la escuela logra introducirse con fuerza en los hospitales franceses con la creación de los primeros puestos de enseñanza al interior de ellos, gracias al decreto del 23 de julio de 1965, por el que se obligaba a dar atención escolar a los niños y adolescentes atendidos en los establecimientos sanitarios especializados (casas de cura, casas de salud, etc.). En 1982 en Francia, se habla sobre el primer marco legislativo, en el que se establece la actuación educativa que se debe llevar a cabo en los centros hospitalarios, responsabilizando al estado de eliminar cualquier obstáculo que dificulte el cumplimiento de éste.

A partir de este momento ingresaron a los hospitales los primeros educadores para atender todas las alteraciones psicológicas que presentaba la población infantil que por los largos periodos de tiempo permanecían hospitalizada, siendo a través de la enseñanza de contenidos específicos correspondientes al currículum escolar y la metodología de enseñanza, como la pedagogía hospitalaria se fue diferenciando de otros campos pedagógicos.

Paulatinamente la pedagogía hospitalaria comienza a conocerse y a desarrollarse en Latinoamérica. Según la Red Latinoamericana y del Caribe por el Derecho a la Educación de los niños, niñas y jóvenes hospitalizados y/o en tratamiento médico, Países como Argentina, Chile,

México y Venezuela, han adelantado experiencias significativas en la continuidad escolar y la promoción de grado, de los niños y jóvenes que se encuentran en situación de enfermedad, gracias al trabajo colaborativo entre las autoridades competentes y las organizaciones civiles, que logra concretarse además en legislación que favorece la atención y continuidad educativa.

La Fundación Telefónica afirma que Colombia cuenta con una variada experiencia en prácticas educativas hospitalarias. La primera experiencia reportada es la de la Fundación Homi (Hospital de la Misericordia) en Bogotá, donde hace 30 años viene desarrollándose un trabajo educativo que inició en el pabellón de quemados y fue aprobado por entes educativos del distrito capital; actualmente cuenta con proyectos como correo hospitalario, ludoteca, estimulación adecuada, etc. La segunda fue la del Instituto Nacional de Cancerología, y es hasta ahora la única (al menos conocida) con el aval oficial para promover niños de un grado escolar a otro. De la mano con estas experiencias, aparecen otras en diferentes ciudades capitales, todas dirigidas a la atención educativa de niños y jóvenes.

Según Saruwatari (2010) citando a Polaino (1992)-, los objetivos de la Pedagogía Hospitalaria son:

- Continuar con el proceso de enseñanza y aprendizaje del niño-paciente.
- Conseguir que el niño hospitalizado sea un sujeto activo.
- Desarrollar la individualidad de cada paciente.
- Tratar las necesidades, problemas y temores específicos que el niño sufre.
- Ofrecer la oportunidad de aprender sobre su funcionamiento corporal y auto cuidado de la salud.

Saruwatari (2010) aclara que los objetivos en la intervención de la Pedagogía Hospitalaria no deben confundirse con la atención psicológica reservada para los profesionales de esta área, sino que deben dirigirse a generar experiencias significativas que le apoyen y acompañen en el proceso de enfermedad, sabiendo que dichas experiencias no deben quedarse exclusivamente en las actividades lúdicas como forma recreativa, sino que deben trascender en la búsqueda de alternativas pedagógicas que le posibiliten la continuidad del proceso educativo, haciéndole accesible los métodos, materiales y situaciones para que una vez terminada la hospitalización pueda ingresar al sistema educativo de su país.

Aunque históricamente ha centrado su atención en la niñez y en la infancia, puede decirse que la pedagogía Hospitalaria recoge la totalidad de la población, ya que la educación y las necesidades educativas son una constante en el ser humano a lo largo de todo el ciclo vital, y que las alteraciones de las que habla Fernández y Cáceres (relacionadas arriba) también se instalan en los adultos.

5.2.2 PROGRAMAS Y SERVICIOS DE LA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA

La Pedagogía Hospitalaria se concreta básicamente en 3 programas a saber:

- **El Aula Hospitalaria:** definida por Fernández & Cáceres (2006) como “las Unidades Escolares surgidas dentro del hospital, cuyo objetivo principal es la atención escolar y personal de los niños hospitalizados”, bien por el desplazamiento de los niños y jóvenes a un lugar destinado para tal fin, o bien por el desplazamiento del docente a la habitación, cuando el paciente no puede ausentarse de la habitación.

Se caracterizan por contar con un espacio abierto y flexible; generar respuestas educativas flexibles y pertinentes a las necesidades del niño y joven hospitalizado; contemplar en su organización el ausentismo de los niños y jóvenes, generado por procesos propios de la enfermedad; posibilitar la reincorporación de los niños y los jóvenes al programa de aula hospitalario y la institución educativa de origen cuando sea pertinente y necesario.

El docente responsable debe tener conocimiento sobre la enfermedad y tratamiento de cada paciente – estudiante, de forma que pueda preparar la atención educativa acorde a sus necesidades y posibilidades, teniendo en cuenta los aspectos agregados que se presentan en los niños y jóvenes como efecto de su proceso de enfermedad y hospitalización, tales como ansiedad, aburrimiento, angustia. Lo ideal es que se cuente con el apoyo y acompañamiento de la familia y especialmente del paciente – alumno, por constituir el soporte psicológico, afectivo y social por excelencia, de tal suerte que si ellos tienen una información veraz y clara con una actitud positiva sobre la enfermedad y el tratamiento, así como de los procesos educativos, podrán colaborar de manera más efectiva no solo en la recuperación del paciente y en la formación educativa del paciente – alumno, sino que también podrán ser el puente de

comunicación entre el docente hospitalario y la escuela en el caso de hospitalizaciones cortas, pues en el caso de las hospitalizaciones prolongadas el docente hospitalario deberá comunicarse directamente con la institución, a fin de hacer los ajustes curriculares que se requieren para la reincorporación posterior del niño al sistema educativo.

Por otro lado la relación con personal sanitario permitirá al docente saber las condiciones de salud del niño-niña y su tratamiento para asistir al Aula Hospitalaria.

- **La enseñanza domiciliaria:** se presenta cuando los niños son enviados a sus casas a recuperarse pero aún no están preparados para asistir a la escuela, en la cual el maestro se desplazará hasta su domicilio para que el niño pueda continuar con el currículo escolar, estando en contacto permanente con el maestro del Aula hospitalaria y con el centro educativo referente.
- **Reinserción al contexto escolar:** se trata de acompañar el proceso de regreso al colegio, pues el objetivo general de la Pedagogía Hospitalaria es lograr que el niño o joven logre integrarse con las mejores garantías a su contexto educativo, realizando las adaptaciones pertinentes para que pueda continuar con su proceso escolar

La Pedagogía Hospitalaria transversaliza la intervención con diferentes actores dado que si bien la población hospitalizada constituye el centro de su razón de ser, las familias, los profesionales de la salud, la escuela, la sociedad, son actores que se benefician de los servicios que ésta presta.

5.2.3. RECURSOS LEGISLATIVOS

La Pedagogía hospitalaria vincula dos derechos fundamentales: la educación y la salud, los cuales se concretan en los diferentes marcos normativos a nivel internacional y nacional, que buscan mejorar la calidad de vida y dar continuidad al proceso educativo de los niños y jóvenes hospitalizados, trazando directrices en torno a la integración social y educativa a la vez que

señalan los deberes de los estados al respecto, sabiendo que el primer marco de referencia obligado es la Declaración Universal de los Derechos Humanos en sus artículos 25 (derecho a un nivel de vida adecuado que implica además salud y bienestar) y 26 (derecho a la educación).

- **Declaración de los derechos del niño:** primer instrumento, emitido por un organismo de Derecho Público Internacional, que reconoce los derechos específicos de los niños e invita a los Estados a implementarlos en sus respectivas legislaciones nacionales o en políticas públicas. Se establece el concepto de “interés superior del niño” como un criterio rector para formular políticas o leyes, que privilegien el bienestar de los niños en la toma de decisiones del ámbito público o privado del mismo. El cuarto principio establece el derecho a gozar de buena salud y de los servicios médico adecuados; el quinto proclama la importancia de establecer tratamiento, educación y cuidado especiales para el niño físico, mental o socialmente impedido; y el séptimo reconoce el derecho a la educación gratuita. (Artículo tomado de la revista Crianza & Salud, Año 3 numero 2 Pág. 29-30 Bogotá).
- **Convención sobre los derechos de los niños:** Proclama el Principio del Interés Superior del Niño como obligatorio con el ánimo de garantizar el máximo bienestar y un desarrollo pleno dentro de su ambiente familiar, social y cultural. Establece el derecho del niño a la educación y a gozar del más alto nivel posible de salud, así como a los servicios para el tratamiento de las enfermedades y su consecuente rehabilitación. En el artículo 25 se reconoce el derecho del niño que ha sido internado en un establecimiento de salud, a recibir un examen periódico del tratamiento y de todas las “demás circunstancias propias de su internación”. Aunque no se habla propiamente de un derecho a la educación dentro del establecimiento de salud, la redacción puede dar una pauta para la inclusión de distintos programas que atiendan las circunstancias de internación, las cuales pueden ser a nivel psicológico, de trabajo social y pedagógico.

A pesar de que la Convención no se refiere en especial a los niños hospitalizados, hace un reconocimiento al derecho del niño, física o mentalmente afectado, a recibir cuidados especiales y un acceso efectivo a la educación, y es precisamente aquí donde se inscriben las políticas existentes de la Pedagogía Hospitalaria o de la instalación de aulas hospitalarias, en

la búsqueda de estrategias para la continuidad del proceso educativo del niño hospitalizado. (UNICEF, 1989).

- **Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO):** La iniciativa llamada Educación para Todos se puso en marcha en la Conferencia Mundial de Educación para Todos celebrada en 1990, bajo los auspicios de la UNESCO, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Banco Mundial. Se estableció un compromiso mundial de dar educación básica de calidad a todos los niños, jóvenes y adultos. En el año 2000, la comunidad internacional ratificó su compromiso en Dakar, Senegal, para lograr la Educación para Todos desde esa fecha hasta el 2015. Se definieron seis objetivos fundamentales para poder satisfacer las necesidades de aprendizaje de todos los niños, jóvenes y adultos; en el segundo objetivo la UNESCO contempla el acceso a la enseñanza primaria gratuita para niños que se encuentren en situaciones particularmente desventajosas; entre estas circunstancias no está la hospitalización, pero se hace énfasis en los niños afectados por VIH/SIDA, consideración que podría asimilarse a otros padecimientos crónicos.

Como parte de los retos actuales de los objetivos sexto y octavo, en los que la UNESCO plantea mejorar los aspectos cualitativos de la educación, se integró el concepto de “calidad de educación para todos”, lo que significa aplicar estrategias especiales para los niños y adultos desfavorecidos, como los que residen en zonas de conflicto o se encuentran en situaciones de emergencia, los discapacitados, los que viven en zonas remotas, las minorías y los pueblos indígenas, los huérfanos, los niños abandonados y los que padecen el VIH/SIDA. Muchos de ellos no podrán recibir una educación de calidad si no se adoptan medidas especiales y se presta atención a sus necesidades. Este punto es correspondiente con el segundo objetivo del que ya se habló, pues la consideración que se tiene con los niños que padecen VIH/SIDA puede ser extendida hacia otros niños con otros tipos de enfermedades que se ven imposibilitados para asistir de manera regular a la escuela. (UNESCO, 1946)

- **Declaración de Ottawa de la asociación médica mundial (AMM) sobre la salud del niño (octubre 1998):** El texto no aborda el derecho a la educación del niño hospitalizado de una

forma amplia, pero si aborda aspectos específicos de la salud, ya que en el numeral 3 afirma que se retoma el principio del interés superior del niño de la Convención sobre los derechos de los niños, como criterio principal en la prestación de la atención médica; señala que las personas a cargo de la atención de los niños deben tener la formación y experiencia necesarias para responder apropiadamente a las necesidades médicas, físicas, emocionales y de desarrollo de los niños y sus familias. Dentro de estas necesidades de desarrollo, debe incluirse la educación.

En el numeral 24 promulga que el niño hospitalizado debe tener la posibilidad y facilidad, apropiada a su edad, de jugar, recrearse y continuar su educación. Para facilitarla, se debe instar al empleo de profesores especializados o que el niño tenga acceso a programas adecuados de aprendizaje a distancia.

- **Declaración de los derechos del niño, niña o joven hospitalizado y en tratamiento de Latinoamérica y el Caribe en el ámbito de la educación**, realizada en Río de Janeiro, 9 de Septiembre de 2009 y difundida por la Red latinoamericana y del Caribe por el derecho a la Educación de Niños, niñas y Jóvenes Hospitalizados y/o en tratamiento. Anuncia 12 derechos en torno a la educación de los niños y jóvenes hospitalizados, planteando que el proceso educativo debe cubrir los períodos enfermedad tanto en tratamientos ambulatorios como en los que requieren hospitalización, el cual debe ser orientado por profesionales de la educación especializados que puedan abordar el desarrollo integral y pongan en marcha contenidos, metodologías y evaluaciones que consideren la situación médica y de salud pero también los aspectos sanos que pueden ser potenciados.

El proceso educativo puede llevarse a cabo dentro del establecimiento de salud en los espacios propios y definidos para tales actividades (aula hospitalaria), o en el lugar que se encuentre el niño o joven cuando no sea posible su traslado al aula o escuela hospitalaria; igualmente plantea que pueden recibir su proceso educativo a nivel domiciliario cuando su condición de salud lo amerite. En todo caso se debe mantener el contacto con la institución educativa de origen (lo que implica incluso la visita de sus compañeros de curso), a fin de poder facilitar su retorno una vez recuperada la salud.

También enuncia como derecho la validación, por los organismos públicos, de los estudios cursados bajo esta modalidad a fin de posibilitar la promoción escolar, y de que los países establezcan y desarrollen normativas necesarias para hacer efectiva la atención educativa bajo estas condiciones.

A nivel nacional (en Colombia) también existen recursos legislativos que se pueden invocar a la hora de proteger el derecho a la educación de los niños y jóvenes hospitalizados, tales como la Constitución Política de 1991, la ley 115 de 1994, la ley 1098 de 2006 y el proyecto de acuerdo de 2010.

- **Constitución Política de Colombia (1991):** En su artículo 13, establece explícitamente el principio de igualdad que garantiza el ejercicio de los derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación, instituyendo los deberes del Estado respecto a la protección de los sectores débiles o marginados de la sociedad. También distingue las etapas del desarrollo de la persona como es la niñez, adolescencia, juventud y ancianidad, abordando específicamente la protección a los niños en su vida, integridad física, salud, seguridad social, nutrición, alimentación, derecho al nombre y a la nacionalidad, a formar parte de una familia, la educación y la cultura.

En el artículo 44 aclara que "los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás". En el artículo 67 consagra la educación como derecho de las personas y como servicio público que tiene una función social, explicitando la corresponsabilidad que en ella tienen el Estado, la familia y la sociedad. Afirma que es obligatoria entre los cinco y 15 años de edad, comprendiendo como mínimo un año de preescolar y nueve de educación básica. Además anuncia su gratuidad en las instituciones del Estado “sin perjuicio del cobro de derechos académicos a quienes puedan sufragarlos”.

- **Ley General de Educación (115 DE 1994):** contempla las normas generales para regular el Servicio Público de la Educación que cumple una función social acorde con las necesidades e intereses de las personas, de la familia y de la sociedad. En su Artículo 46 declara que la educación de personas con limitaciones físicas, sensoriales, psíquicas, cognoscitivas, emocionales o con capacidades intelectuales excepcionales, es parte integrante del servicio

público educativo, afirmando que los establecimientos educativos deben organizar (de manera directa o mediante convenio) las acciones pedagógicas y terapéuticas que permitan el proceso de integración académica y social de dicha población. En el artículo 47 responsabiliza al estado del apoyo a las instituciones educativas en el cumplimiento del artículo anterior, así como en el fomento de programas y experiencias de formación docente. (MEN, 1994)

- **Ley de Infancia y Adolescencia (1098 De 2006):** reconoce a los niños y adolescentes como sujetos de derechos que requieren una protección integral, la cual involucra la prevención de su vulneración y la certeza de su restablecimiento inmediato cuando la vulneración haya tenido lugar (art 7); obliga a todas las personas a garantizar la satisfacción integral de todos los derechos humanos que son universales, prevalentes e interdependientes (art 8); resalta el derecho a la salud como estado de bienestar y no exclusivamente como ausencia de enfermedad, afirmando que ninguna entidad dedicada a la prestación del servicio de salud puede negarse a la atención del niño o joven que requiera sus servicios (art 27); enfatiza en el derecho a la educación de calidad como herramienta de desarrollo cognitivo, emocional y social del ser humano (art 28); aboga por el desarrollo integral en la primera infancia (art 29); plantea que los derechos de los niños y jóvenes con discapacidad, afirma que tienen derecho a recibir atención, diagnóstico, tratamiento especializado, rehabilitación y cuidados especiales en salud y educación (art 30); respecto a las obligaciones especiales del sistema de seguridad social en salud plantea el diseño y desarrollo de programas especializados para asegurar la detección temprana y adecuada de las alteraciones físicas, mentales, emocionales y sensoriales de los niños y adolescentes (art 46), lo cual resulta correspondiente con la Pedagogía Hospitalaria toda vez que en el apartado anterior ha quedado expuesto los problemas colaterales que a nivel emocional se pueden generar como efecto de la enfermedad.

Como puede verse hasta aquí, no existe a nivel nacional un documento legal que reglamente específicamente la Pedagogía Hospitalaria y las aulas hospitalarias, generando garantías de cumplimiento respecto a los derechos de los niños hospitalizados colombianos y los deberes del estado y la sociedad para con ellos. No obstante, en la ciudad de Bogotá existe un

proyecto de acuerdo firmado en el 2010 que avala el apoyo pedagógico escolar a los niños hospitalizados de esta ciudad.

Este proyecto de acuerdo crea el servicio de apoyo pedagógico escolar para niños hospitalizados en la red adscrita a la secretaria distrital de salud en Bogotá, y tiene como objetivo la atención educativa en centros hospitalarios de los niños de la capital que se encuentren hospitalizados, sabiendo que el servicio educativo se prestará en una acción coordinada entre la Secretarías de Salud y Educación.

5.3. ENFERMEDAD

La Organización Mundial de la Salud (OMS) 1978, define la Salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no exclusivamente como la ausencia de alguna afección o enfermedad, la cual conceptúa como una alteración estructural o funcional que afecta negativamente el estado de bienestar, bien por pérdidas transitorias o permanentes del bienestar físico, psíquico o social.

La enfermedad se contempla desde dos perspectivas; la primera es de orden subjetivo y está representada por el malestar que genera (sentirse mal con diferente intensidad), y la segunda es de orden objetivo y se vincula con la limitación del funcionamiento corporal en diferentes grados.

La OMS asumió la responsabilidad de elaborar la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), la cual se ha convertido en el patrón internacional que se utiliza para fines clínicos y epidemiológicos. En esta clasificación se establecen dos tipos básicos de enfermedad:

5.3.1. ENFERMEDAD CRÓNICA

Definida por la OMS (1979) como un trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación de los estilos de vida de una persona y que tiende a persistir a lo largo de su existencia.

La irrupción de una enfermedad conlleva una serie de desajustes y necesidades sociales, familiares, emocionales y educativos; se presentan cambios conductuales, impacto sobre los roles sociales y familiares, cambia la imagen corporal y el concepto de sí mismo, dificultades en la toma de decisiones, en muchos casos se interrumpe el proceso de educativo, pero uno de los principales cambios y quizás el que genera mayor deterioro es el aspecto emocional, ya que la persona se ve obligada necesariamente a un proceso de adaptación rápido para el cual pasa por diferentes etapas que suscitan una serie de emociones comúnmente negativas (miedo, ira, ansiedad) entre otras dificultades que trae la enfermedad. Además, estas disfunciones se agravan cuando se produce la hospitalización, ya que trae consigo una ruptura con su entorno social, su familia, sus compañeros de clase, del barrio... y con el ritmo de vida cotidiano.

Lambert (1987, pág. 31) establece como efectos asociados a la enfermedad crónica, los siguientes:

- Sentimientos de ansiedad o depresión, que representan el impacto psicológico de la enfermedad.
- Alteraciones de la apariencia física y en la percepción de la propia imagen corporal, que representan el impacto somático.
- Alteración de las relaciones e interacciones sociales, que representan el impacto social.
- Limitaciones laborales en función de la severidad de la enfermedad, de las secuelas que origine y del régimen de tratamiento que precise, que representan el impacto ocupacional.

Pero no solo en el individuo enfermo se presentan efectos colaterales, la familia también enfrenta procesos de cambio en su bienestar, en tanto se altera sus dinámicas e incluso su estabilidad socio afectiva.

Las enfermedades crónicas no implican impedimentos para la adquisición de nuevos aprendizajes, de hecho Mazzuca (1992, pág. 33) encontró que la implementación de programas educativos en entornos hospitalarios contribuía en un 50% de modo inmediato en la mejoría de los pacientes y en su calidad de vida.

5.3.2. ENFERMEDAD TRANSITORIA

Se denominan enfermedad transitoria a todas aquellas enfermedades que tienen una respuesta favorable al tratamiento, siendo reversibles en algunos casos casi por completo.

5.4. INCLUSIÓN VS HOSPITAL

La pedagogía hospitalaria dialoga y se implica en la política y filosofía de la inclusión, en tanto convoca la diversidad desde el reconocimiento y respeto por la diferencia de los sujetos, pero también desde su interés por la equidad y la participación de las personas en el contexto que habita.

La inclusión hace referencia al acceso, permanencia y promoción de toda la población a los bienes y servicios sociales, bajo el principio de equidad, que implica convivir armoniosamente (sin negar la existencia de conflicto) en la diversidad y la pluralidad. Se erige como un derecho de todos los seres humanos y no con exclusividad de aquellos calificados con discapacidad y/o necesidades educativas especiales. Piensa la diferencia en términos de igualdad y a su vez en términos de normalidad, asumiendo que cada persona difiere de otra en una gran variedad de formas y por ello sus diferencias individuales deben ser vistas como una de las múltiples características que constituye su humanidad (Mejía Tobón, 2010).

La inclusión ancla su fundamentación ideológica en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), que proclama la igualdad de los derechos para todas las personas sin distinción alguna, desde donde se pretende garantizar la digna existencia del ser humano. Subyacen aquí, tres principios ideológicos fundamentales:

- La diversidad, abordada como una condici^ona natural e inherente al ser humano, dadas sus condiciones de unicidad y singularidad irrepetibles, que se pueden manifestar en el

orden de lo biológico, lo psicológico y lo sociocultural; una naturalidad que existe y persiste innegablemente aunque no hubiera existido una mente capaz de percibirla.

La Pedagogía Hospitalaria reconoce la diversidad de los actores a quienes dirige sus acciones; acepta que cada ser que habita el entorno hospitalario es único y singular en su dimensión biológica, psicológica y social, y esa misma singularidad caracteriza sus necesidades y posibilidades, de manera que las respuestas que ofrece han de ser personalizadas.

- La equidad, entendida como el dar a cada quien lo que necesita y requiere para el proceso de construcción de su autonomía e independencia, en este sentido remite a la consideración de la especificidad, de la diferencia. Si bien es cierto que todos los seres humanos tienen los mismos derechos, también lo es que el ejercicio de ellos en absoluta igualdad resulta impertinente e injusto; por ejemplo, aplicar el derecho a la educación en condiciones de absoluta igualdad, sería decir que todas las personas tendrían que recibir la educación en las instituciones destinadas para tal fin, vulnerando el derecho a quienes por alguna razón no pueden acceder a ellas. La Pedagogía Hospitalaria asume la equidad, toda vez que desplaza los servicios educativos y formativos al hospital, evitando que se limiten las oportunidades de desarrollo, de interacción y de accesibilidad a los servicios a los que se tiene derecho.
- La participación, como forma de intervención social que convoca al ser humano a implicarse en los procesos de gestión y de toma de decisiones del entorno que habita. Permite a los individuos reconocerse como actores con intereses, expectativas y demandas comunes y singulares. Stringer (1972) interpreta tres versiones conocidas sobre la participación: “tener parte de” algo que pertenece a un grupo, “tomar parte en” algo con otros, “ser parte de” algo, es decir, involucrarse en lo esencial, con lo cual se tiene y se toma parte. La participación, así, se constituye en el fin real de la inclusión como derecho y deber de todos los seres humanos que constituyen y construyen sociedad (Mejía Tobón, 2010).

El sentirse enfermo o estar enfermo provoca una ruptura en la relación del ser humano con el mundo, en tanto se hace frente a una amenaza que puede implicar sufrimiento, incapacidad e incluso la muerte; su experiencia de vida aparece entorpecida, desarticulada fuera del ritmo y rutina habitual; su intimidad y su privacidad son invadidas por seres que probablemente ni siquiera conozca. Se modifica su rol social y el paciente se siente oprimido, paralizado, humillado y hasta dependiente. Y es precisamente aquí, donde actúa la Pedagogía Hospitalaria, buscando generar estrategias pedagógicas que posibiliten el mayor incremento posible de la autoestima, la autonomía y la independencia del sujeto en situación de enfermedad para que pueda colaborar con su tratamiento y participar de la vida hospitalaria de manera proactiva.

5.5. CONVIVENCIA EN EL ENTORNO HOSPITALARIO

El ser humano históricamente se le ha reconocido como un ser social que necesita del contexto para desarrollarse integralmente, en este sentido requiere ser competente en conocimientos, habilidades cognitivas, emocionales y comunicativas que le permitan participar en la construcción de una sociedad democrática, pacífica e incluyente.

Para el desarrollo de esta habilidad a lo largo de la historia, se le ha considerado a las instituciones educativas como únicos espacios apropiados para la formación de las competencias ciudadanas, debido a que en estos lugares se construyen pequeñas sociedades en las que los estudiantes pueden poner en práctica las habilidades sociales que se deben aprender para poder vivir en comunidad; por otro lado, es importante resaltar que hoy en día, dicha formación no se puede limitar únicamente a estos espacios, por el contrario debe extenderse a otros contextos donde el ser humano se relacione socialmente, dichos espacios podrían ser: la familia, la comunidad, los grupos a los que pertenece, sitios públicos como, parques, bibliotecas, centros recreativos, entre otros e igualmente se le considera al HOSPITAL como un espacio donde se entretejen relaciones sociales pese a las dificultades y/o situaciones de complejidad, como lo es la enfermedad, el dolor, la angustia, el agotamiento, la incertidumbre, que se manejen entre los

diferentes actores (pacientes, acompañantes, familiares, conocidos, personal médico, personal sanitario y otros profesionales).

Aprender a convivir con la enfermedad, es una habilidad que los actores del hospital deben aprender a desarrollar, debido a que éstos, continuamente están expuestos a que se les genere un desequilibrio emocional, que podría afectar las relaciones sociales, y a su vez puede ser causante de irrumpir en la tranquilidad de un contexto como lo es el hospital; por ello es importante reconocer al otro como sujeto de derechos y deberes y a su vez tener claro *que siempre hay un otro, ese otro que sufre, que se angustia, que al igual que nosotros piensa, actúa y razona de manera diferente, por tanto ese otro no sólo es aquel que está cerca y con quien sabemos que vamos a relacionarnos directamente, sino también considerar al otro más remoto, al ser humano aparentemente más lejano – al desconocido, el que necesita del otro para sobrevivir y para darle sentido a la existencia.*

Son múltiples las relaciones humanas que se pueden originar dentro de un contexto hospitalario, ya que al mismo se le considera al igual que la escuela pequeñas comunidades sociales, donde convergen roles profesionales y ocupacionales, que de una u otra manera están directamente implicados sobre la situación de enfermedad, hay quienes combaten la enfermedad (médicos, especialistas, personal de enfermería), otros quienes la padecen (pacientes, familiares y acompañantes), y a su vez hay quienes ayudan a llevar la enfermedad de manera diferente (voluntarios, docentes, alfabetizadoras); el juego de roles profesionales permiten que se designen relaciones de poder de diversos tipos, es frecuente encontrar relaciones mediadas por el conocimiento, por la profesionalización, por el estatus de un cargo sea este, directivo, administrativo, de pasantías, voluntariado, entre otros, así mismo encontramos relaciones de carácter afectivo, donde los sentimientos de cada ser, permiten posicionarse en el lugar del otro y convertirse en apoyo moral y mutuo ante las situaciones que pese a ser diferentes se desarrollan en el mismo espacio el HOSPITAL.

Como se señaló anteriormente, las diversas relaciones humanas que se entretienen en un mismo espacio, estarán mediadas directamente por una condición llamada habilidades sociales, que se

instauran en cada sujeto y estas dan lugar a la sana convivencia, y espacios de bienestar y calidad de vida de cada paciente.

Sin embargo para lograr una sana convivencia entre los seres humanos, nuestro país tiene mucho camino por recorrer en la construcción de una sociedad pacífica, democrática e incluyente. Hay muchas transformaciones de distinto nivel que deben realizarse, una de las posibles transformaciones apuntan a cambiar las relaciones de poder a nivel político, económico, educativo y/o religioso que se han establecido entre los diversos estamentos tanto públicos como privados, donde el bien propio prima sobre el bien común.

6. MARCO METODOLÓGICO

6.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN: CUALITATIVA

La investigación cualitativa surge como método para abordar analíticamente el estudio de lo humano y de los problemas sociales; busca comprender los significados de las relaciones que se tejen entre las personas, dinamizarlas y transformarlas en orden a sus propias necesidades. Su complejidad requiere de una reflexión y análisis exhaustivo donde se hace necesario las aportaciones subjetivas e ínter subjetivas de la realidad intervenida, siendo el sujeto el centro de la investigación.

En palabras de Bonilla (1997) “la investigación cualitativa intenta hacer una aproximación global de las situaciones sociales para explorarlas, describirlas y comprenderlas de manera inductiva. Es decir a partir de los conocimientos que tienen las diferentes personas involucradas en ellas y no deductivamente, con base en hipótesis formuladas por el investigador externo. Esto supone que los individuos interactúan con los otros miembros de su contexto social compartiendo su significado y el conocimiento que tienen de sí mismos y de su realidad”

Según Taylor y Bogdan (1992) la investigación cualitativa se caracteriza por ser:

- Inductiva o cuasi-inductiva: ya que su ruta metodológica se relaciona más con el descubrimiento y el hallazgo que con la comprobación o la verificación.
- Holística: puesto que el investigador ve el escenario y a las personas como un todo integral, que tienen una lógica propia de organización, de funcionamiento y de significación.
- Interactiva y reflexiva: en tanto que investigadores como investigados son sensibles a los efectos que ambos originan.
- Naturalista: puesto que se centra en la lógica interna de la realidad que analiza.

- No impone visiones previas: puesto que el investigador se aparta temporalmente de sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones.
- Es abierta y humanista: ya que se interesa por conocer las percepciones y concepciones particulares que los sujetos objeto de estudio poseen sobre el asunto investigado.
- Rigurosa: en tanto que busca resolver los problemas mediante un análisis detallado profundo y de un consenso intersubjetivo caracterizado por la Interpretación y sentidos compartidos.

Sandoval (2002, pág. 42) señala que los enfoques cualitativos de investigación “le apuntan a un esfuerzo por comprender la realidad social como fruto de un proceso histórico de construcción visto a partir de la lógica y el sentir de sus protagonistas, por ende, desde sus aspectos particulares y con una óptica interna”, y esa es precisamente la razón por la que esta investigación elige el método cualitativo, en tanto permite no solo comprender las distintas relaciones que se establecen entre los actores que intervienen en el contexto hospitalario alrededor de la situación de enfermedad, sino de generar necesidades de transformación a partir de las estrategias de la Pedagogía Hospitalaria, encaminadas a mejorar la calidad de vida de los pacientes hospitalizados.

6.2 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN: INVESTIGACIÓN ACCIÓN PARTICIPACIÓN

El concepto de investigación-acción participativa (IAP) ha sufrido diferentes cambios; en su primitiva delimitación por Kurt Lewin remitía a un proceso continuo en el que se analizaban los hechos y se conceptualizaban los problemas, se planificaban y ejecutaban las acciones pertinentes y se pasaba a un nuevo proceso de conceptualización. La manera en que Lewin concebía ese proceso estaba aún cargada de supuestos elitistas y de concepciones del cambio social alucinadas con la eficacia de la acción instrumental (Carr, Kemmis, 1988: 175-177).

Los profesores Lourdes Merino y Enrique Raya proponen establecer diferencias entre investigación-acción e investigación-acción participativa, situando a la primera como una aplicación del método científico a un problema con voluntad praxeológica y con cierta participación de los afectados (Merino, Raya, 1993: 5). La IAP por su parte aparece como un tipo de investigación-acción que, incorporando los presupuestos de la epistemología crítica, organiza el análisis y la intervención como una pedagogía constructiva de disolución de los privilegios del proceso de investigación como punto de partida para un cambio social de alcance indeterminable. Esa búsqueda del conocimiento se caracteriza por ser colectiva, por proporcionar resultados cuya utilización y gobierno corresponde a los propios implicados, que deben haber determinado el proceso de conocimiento a la vez que experimentado en el mismo un proceso de maduración colectiva (De Miguel, 1993, 97-101).

Algo similar plantea Orlando Fals Borda, quien elige la sigla IAP, en lugar de IP (Investigación participativa), porque es “preferible (...) especificar el componente de la acción, puesto que deseamos hacer comprender que se trata de una investigación-acción que es participativa y una investigación que se funde con la acción (para transformar la realidad)” (Rahman y Flals Borda, 1989: 207).

En este sentido, la IAP es un proceso abierto de vida y de trabajo, una vivencia, una progresiva evolución hacia una transformación total y estructural de la sociedad y de la cultura con objetivos sucesivos y parcialmente coincidentes (Rahman y Fals Borda, 1989: 213).

Ahora bien, asumir la IAP como una investigación crítica en la que los participantes de manera colectiva construyen saber y transforman la sociedad, es precisamente lo que realizó este proyecto investigativo, toda vez que transformo la realidad presente en el Hospital Manuel Uribe Ángel permitiendo la participación, reflexión y construcción de saber de los diferentes actores como son pacientes, acompañantes, personal sanitario y educadores en formación en el Hospital

Es de anotar que la IAP vincula dos ejes fundamentales; por un lado se encuentra un eje de carácter epistémico, que busca generar conocimiento partiendo de la situación y de los intereses

de los sujetos que lo producen desde su base social y el otro eje es la acción que posibilita la transformación de la realidad.

La vinculación de estos dos ejes, conocimiento y acción, han marcado las tensiones de esta corriente. En primer lugar, la tensión entre teoría y práctica que conduce a un diálogo entre saberes teóricos y saberes prácticos convirtiendo al investigador en un educador desde el principio freiriano de la "concientización dialógica". La segunda tensión es la del sujeto que conoce y el objeto por conocer, quienes tienen una relación horizontal donde juntos construyen conocimientos, reflexionan en torno a éstos e inventan nuevas alternativas y géneros de lenguaje (comics, audiovisuales, documentos descriptivos y explicativos) dependiendo del nivel de desarrollo político y educativo de los grupos involucrados, lo que hace surgir la función pedagógica de la investigación.

De esta manera la visión del educador investigador se amplía, ya que además de ser un sujeto con saberes teóricos y prácticos, es un individuo que produce teorías pedagógicas emancipadoras que inciden en la transformación de la acción educativa generando una prácticas conscientes y reflexivas. Asimismo, el educador reconoce en los otros el saber y es consciente de que éstos no son solamente contenedores de cultura, sino, creadores y transformadores culturales, lo que le permite establecer una relación bidireccional donde cada uno aprende y se retroalimenta del otro.

Lo dicho hasta aquí supone que la IAP no termina en la producción de conocimientos, sino que pretende actuar frente a las realidades sociales, transformándolas desde el protagonismo de los actores: "no es una preocupación principal la obtención de datos o la constatación de hechos de manera única y excluyente... Lo prioritario es la dialéctica que se establece en los agentes sociales, entre unos y otros, es decir la interacción continua entre reflexión y acción. Una visión pragmática del mundo social, donde lo fundamental es el diálogo constante con la realidad para intervenir en su transformación" (Guerra, 1995).

Guzmán (1994) plantea cuatro fases de la IAP:

- La observación participante: En la que el investigador se involucra en la realidad que se estudiará, relacionándose con sus actores y participando en sus procesos.
- La investigación participativa, en la que se diseña la investigación y se eligen sus métodos, basados en el trabajo colectivo, la utilización de elementos de la cultura popular y la recuperación histórica. El investigador presenta al grupo los diversos métodos disponibles para la obtención de información, explicándoles su lógica, eficacia y limitaciones, para que aquél los valore y elija en base a los recursos humanos y materiales disponibles. Para la recogida de información se usan técnicas como la observación de campo, la investigación en archivos y bibliotecas, las historias de vida, los cuestionarios, las entrevistas, etc. La información es recogida, y luego sistematizada y analizada, por la propia comunidad, siendo el papel del investigador de mero facilitador.
- La acción participativa implica, primero, transmitir la información obtenida al resto de la comunidad u otras organizaciones, mediante reuniones, representaciones teatrales u otras técnicas, y, además, con frecuencia, llevar a cabo acciones para transformar la realidad.
- La evaluación, sea mediante los sistemas ortodoxos en las ciencias sociales o simplemente estimando la efectividad de la acción en cuanto a los cambios logrados, por ejemplo en cuanto al desarrollo de nuevas actitudes, o la redefinición de los valores y objetivos del grupo.

Para finalizar, la IAP le permitió a los implicados en este proceso investigativo (niños, jóvenes y adultos hospitalizados, sus familias y el personal sanitario), ser, estar y formar parte del proceso investigativo, pues se reconoció que la realidad social es imposible de captar desde una objetividad pura y que, para ser realmente valedera, necesita de las aportaciones de la comunidad investigada, por ser la mejor fuente de información en tanto es ella quien conoce con mayor profundidad su propia realidad (intereses, capacidades, dificultades, entre otras).

6.3. POBLACIÓN OBJETO Y CONTEXTUALIZACIÓN DEL ESTUDIO

Este estudio se realizó en el Hospital Manuel Uribe Ángel (HMUA), empresa social del estado en Envigado, encargada de prestar los servicios de salud de primeros, segundos y tercer nivel de complejidad en el respectivo nivel de atención a los afiliados y beneficiarios de los distintos regímenes en los que se divide el sistema (contributivo y subsidiado) del municipio de Envigado y de todo Antioquia, así como de atender la población pobre y vulnerada no cubierta por los subsidios en igualdad de condiciones y con tecnología de punta.

El HMUA ofrece, entre otros, los siguientes servicios:

- UCI (unidad de cuidados intensivos) adultos
- UCI neonatal
- UCE (Unidad de cuidados especiales)
- Cirugía general y en diferentes especialidades
- Consulta Externa en múltiples especialidades
- Urgencias, con atención las 24 horas
- Ayudas diagnósticas
- Laboratorio clínico
- Servicios complementarios como oficina de atención al usuario, oficina de atención al régimen subsidiado y vinculado, oratorio, tanatorio (lugar de tránsito para el paciente fallecido), farmacia, restaurante, auditorio, etc.

Para el proyecto, en función de los recursos y el tiempo disponible, era imposible abarcar la totalidad del Hospital, entonces centró su acción en la población hospitalizada, sus acompañantes y el personal sanitario que se encontraba en:

- **UCE (unidad de cuidados especiales).**

La población objeto de estudio de la unidad de cuidados especiales (UCE) está conformada por pacientes en situación de enfermedad crónica, accidentes y aislamiento; acompañantes con horarios restringidos (tarde) y personal médico entre los que se encuentran jefes de enfermería, médicos y enfermeras.

- **Hospitalización adultos**

La población objeto está conformada por pacientes adultos (mayores de 18 años) con situaciones de enfermedad no críticas, atendidos en los pisos sexto, séptimo y octavo; por sus acompañantes y el personal de la salud responsable de los pisos en mención.

- **Pediatría**

La población objeto está conformada por niños y jóvenes menores de 18 años, sus acompañantes y personal de la salud encargado de su recuperación.

Las tres unidades anteriormente descritas fueron intervenidas directamente por los educadores en formación, demostrando que la pedagogía hospitalaria no tiene que centrarse exclusivamente en la atención a niños en situación de hospitalización, sino que también se puede implementar con pacientes jóvenes, adultos y tercera edad que se encuentran en tratamientos clínicos, de recuperación o alterada su salud debido a un enfermedad; estos espacios fueron pertinentes a la hora de realizar el trabajo practico ya que posibilito el contacto con la población y de alguna manera con profesionales de otras áreas, encontrando respuestas positivas por parte de los usuarios, acompañantes y personal que día a día se moviliza por cada uno de los espacios del HMUA.

6.4. PROCESO DE LA INVESTIGACIÓN

En esta investigación se hace presente la sumatoria de causas individuales que han pretendido instaurar acciones educativas en contextos hospitalarios, motivados por la necesidad de trascender la escuela como alternativa de educación por excelencia.

6.4.1. ANÁLISIS DOCUMENTAL

El análisis documental es la fuente o el rastreo bibliográfico que se realiza con el fin de conocer acerca del objeto de estudio. En palabras de Sandoval (2002) “Constituye el punto de entrada al dominio o ámbito de investigación que se busca abordar e, incluso, es la fuente que origina en muchas ocasiones el propio tema o problema de investigación. Los documentos fuente pueden ser de naturaleza diversa: personales, institucionales o grupales, formales o informales. A través de ellos es posible capturar información muy valiosa para lograr el encuadre al que hicimos alusión en el numeral inmediatamente anterior. Dicho encuadre incluye, básicamente, la descripción de los acontecimientos rutinarios así como de los problemas y reacciones más usuales de las personas o cultura objeto de análisis. De otra parte, permiten conocer los nombres e identificar los roles de las personas clave en la situación socio-cultural, objeto de estudio. Finalmente, es oportuno señalar que los documentos son una fuente bastante fidedigna y práctica para revelar los intereses y las perspectivas de comprensión de la realidad, que caracterizan a los que lo han escrito”.

En esta investigación el análisis documental se llevó a cabo durante todo el proceso investigativo; en la primera fase haciendo un sondeo bibliográfico a nivel local, nacional e internacional respecto al universo teórico, legislativo, investigativo y experiencial de la pedagogía Hospitalaria. En las dos fases posteriores, se profundizó con el fin de enriquecer cada uno de los apartados de la investigación, posibilitando la clarificación de los conceptos pertinentes para el desarrollo de la misma.

Para el rastreo documental se adoptó la ficha de contenido propuesta por Galeano (Anexo 1), con el fin de condensar información relevante y utilizarla para la estructuración teórica y el análisis de la investigación.

6.4.2. DISEÑO Y EJECUCIÓN DEL PROYECTO:

La cuestión inicial aparece centrada en los niños y jóvenes que por razones de enfermedad se encuentran hospitalizados y no pueden hacer presencia en la escuela, pero que igualmente les asiste el derecho a la educación. Se explicita entonces la necesidad de generar una alternativa pedagógica que garantizara la permanencia y la promoción de dicha población en el sistema educativo y que le apoyara en su posterior reingreso al sistema escolar.

Pero al iniciar el reconocimiento del espacio y de las necesidades educativas que poco a poco iban manifestando los diferentes actores del entorno hospitalario, aparece la necesidad de ampliar la población objeto de estudio, es decir, de no centrarla con exclusividad en los niños y jóvenes hospitalizados, sino también en los adultos e incluso en aquellos que permanecían en la Unidad de Cuidados Especiales. Su necesidad explícita estaba centrada en el manejo y ocupación del tiempo de que disponen y que además se hace eterno, así como en el acompañamiento afectivo y efectivo, pues el personal de la salud solo se ocupa precisamente de la recuperación de la salud, centrada en la superación de la enfermedad actual.

El proyecto entonces da un giro de 180 grados, no solo en orden al discurso teórico que soportaba la estrategia pedagógica, ya que la Pedagogía Hospitalaria históricamente se ha dedicado a la atención de niños y jóvenes; sino también en orden a los objetivos y diseño metodológico del proyecto, pues pasaba de ser una investigación más descriptiva a ser una investigación más participativa.

6.4.2.1. Entrevista

“Es una técnica para obtener que una persona transmita oralmente al entrevistador su definición personal de la situación. La Entrevista comprende un esfuerzo de inmersión (más exactamente re-inmersión) del entrevistado frente a/o en colaboración con el entrevistador que asiste activamente a este ejercicio de representación casi teatral” (Revuelta y Sánchez, 2003).

Se trata de una conversación que tiene como finalidad crear vínculos de confianza y obtener información; en ella intervienen entrevistador y el entrevistado, el primero, además de tomar la iniciativa de la conversación, plantea mediante preguntas específicas cada tema de su interés y decide en qué momento el tema ha cumplido sus objetivos. El entrevistado facilita información sobre sí mismo, su experiencia o el tema en cuestión.

En esta investigación, la entrevista en profundidad (Anexo 2) se aplicó a los actores principales del entorno hospitalario (personal de la salud, pacientes y acompañantes), con el propósito de identificar la pertinencia de la intervención pedagógica en el entorno hospitalario.

6.4.2.2. La intervención pedagógica desde la Animación Sociocultural:

La expresión animación sociocultural aparece en Francia en la década de los 60, para designar intervenciones educativas que trataban de dar respuesta, a través de la cultura, a las necesidades de participación de los ciudadanos en la vida social, política y económica de la comunidad. Desde entonces, el concepto como tal no ha sido claramente delimitado, por la gran variedad de prácticas, instituciones, ámbitos, medios y funciones que lo describen de acuerdo a la forma en que cada autor concibe la sociedad, la cultura y la ideología.

De Miguel Badesa (1995) la define un *método de intervención* con acciones de práctica social dirigidas a animar, dar vida, poner en relación a los individuos y a la sociedad en general, con una

adecuada tecnología y mediante la utilización de instrumentos que potencien el esfuerzo y la participación social y cultural; para Trilla (1998) es el conjunto de acciones realizadas por individuos, grupos o instituciones sobre una comunidad (o un sector de la misma) y en el marco de un territorio concreto, con el propósito principal de promover en sus miembros una actitud de participación activa en el proceso de su propio desarrollo tanto social como cultural; ANDER-EGG (2000) dice que: “hay animación sociocultural cuando se promueven y movilizan recursos humanos, mediante un proceso participativo que desenvuelve potencialidades latentes en los individuos, grupos y comunidades”. La UNESCO la define como el conjunto de prácticas sociales que tienen como finalidad estimular la iniciativa y la participación de las comunidades en el proceso de su propio desarrollo y en la dinámica global de la vida sociopolítica en la que está integrada.

En todo caso, se caracteriza por la búsqueda e intencionalidad de generar procesos de comunicación interpersonal y participación de los actores involucrados en cada contexto, para que ellos mismos asuman el protagonismo en la satisfacción de las necesidades identificadas. Así entonces, la Animación Sociocultural no ordena sino que ayuda a la organización, no dirige sino que anima para que cada uno asuma la dirección en la forma, medida y ritmo que cada sujeto o comunidad determina.

Está íntimamente ligada a la educación por su carácter intencional y consciente, pero sobre todo por tener unas metas claras de promoción humana y social, que la vinculan de manera directa con la educación no formal (conocida en Colombia como educación para el desarrollo humano y el trabajo). La gran variedad de actividades que convoca, pueden clasificarse en 5 grandes categorías, según Ander Egg (2000):

- Formación: dirigidas a la adquisición de conocimientos y el desarrollo del uso crítico e ilustrado de la razón, tales como talleres, cursos, seminarios, debates, educación de adultos, etc.

- Difusión: dirigidas a favorecer el acceso a determinados bienes culturales, tales como visitas guiadas a museos, bibliotecas, videotecas, etc.
- Sociales: dirigidas a favorecer la vida asociativa, la atención a necesidades grupales y la solución de problemas colectivos, a través de movilizaciones barriales, reuniones y encuentros, etc.
- Artísticas: dirigidas a favorecer la expresión de diferentes situaciones, sentimientos, sensaciones, etc., pero también a desarrollar lenguajes creativos y capacidad de innovación de nuevas formas expresivas. Dentro de ellas están las artesanías o arte popular, la pintura, la escultura, grabado, teatro, literatura, danza, etc.
- Lúdicas: dirigidas a favorecer el desarrollo físico y corporal a través de actividades físicas, deportivas y recreativas.

Estas dos últimas (lúdicas y artísticas) fueron las que se utilizaron en la intervención pedagógica de la presente investigación, sumando además la palabra como la estrategia reina, en tanto todas las actividades están mediadas por ella.

- **El juego**

Permite expresar sentimientos y pensamientos sin las restricciones que impone la realidad, y posibilita la asimilación de nuevas situaciones y experiencias. El juego tiene una doble función, lúdica y terapéutica, en tanto ayuda a desarrollar estrategias de afrontamiento adaptativas en contextos cotidianos y en situaciones estresantes, como por ejemplo la enfermedad y la hospitalización (Riddle, 1990).

Cuando una persona es hospitalizada su vida cambia significativamente; el hospital pasa a ser su espacio vital durante días, semanas o meses; desaparecen momentáneamente la casa, la escuela, la oficina, los hermanos y los amigos; se interrumpen actividades usuales tales como el juego, el

estudio, el empleo y el descanso, que son compensadas por otro tipo de personas y espacios. También se afecta la dinámica familiar que se ve alterada en sus horarios, tiempos, funciones, etc.

El juego se convierte dentro del entorno hospitalario, en una estrategia que posibilita disminuir el estrés, aprovechar el tiempo libre, resignificar la experiencia hospitalaria y compartir de manera agradable con familia, otros acompañantes y personal de la salud; sirviendo como diversión durante aquellos períodos de tiempo en los que no hay nada que hacer, como actividad educativa al proporcionar estímulos que ayudaron a mantener activos los dispositivos básicos de aprendizaje, y como actividad terapéutica puesto que permite expresar miedos, ansiedades y preocupaciones sobre lo que ocurre durante su estancia en el hospital.

- **La palabra**

El valor de la palabra ha sido ampliamente demostrado por diferentes disciplinas, muy especialmente por la psicología al reconocer que el hombre trasciende su biología al ser atravesado por la palabra, que gracias a ella puede conocerse a sí mismo, autoafirmarse desde la construcción de su propio ser y generar espacios de encuentro con los demás.

La palabra es generadora de vida y de conocimiento; con ella se interactúa, se construye y se crece. Como recurso pedagógico, es generadora de ideas, ideas que producen cambios en el transcurso cotidiano de la historia personal. Gracias a ella (la palabra), los docentes y las personas hospitalizadas entraron en contacto; fue a partir de la evocación de situaciones de alegría y tristeza que reflexionaron sobre su historia, las relaciones sociales establecidas, la escuela a la que asistieron, los amigos que acompañaron hasta el momento de su muerte y hasta los amores que marcaron sus vidas; pero también a partir de ella, pudieron enunciar sus temores, certezas y necesidades con respecto al entorno hospitalario y el personal de la salud con quienes tenían un contacto permanente y casi que exclusivo.

La palabra posibilita a las personas hospitalizadas dar a conocer sus potencialidades, valores, costumbres y su práctica pone en juego una implicación fuerte del sujeto, quien es invitado a reactualizar y a remover una historia personal a veces dolorosa, en el contexto de una relación interpersonal íntima, que supone una escucha cálida y empática.

- **El arte**

“El arte como expresión profunda y sincera del ser humano, siempre se ha considerado una de las maneras más auténticas para mostrar emociones, que están ligadas a conceptos y actuaciones de la vida cotidiana. Se ha considerado que las diversas expresiones artísticas constituyen la mejor manera de representación simbólica y un rasgo propio de la condición humana, razón por la cual desde diversos ámbitos se postula el arte como posibilidad de generar subjetividades, entender comportamientos, modificar estados de ánimo y subvertir o cambiar lo establecido ante diversas actitudes de la vida”(Espitia, 2011)

El arte produce un cambio en la actitud, el estado emocional y la percepción del dolor, consiguiendo llevar a una persona desde un estado de estrés a otro de relajación y creatividad; ayuda a desarrollar diferentes formas de representación, potencia la comunicación y permite dar forma y sentido a las experiencias, cuando es difícil o doloroso comunicarla con palabras. Es así como el arte se convierte en una herramienta pedagógica que posibilita mejorar la calidad de vida del entorno hospitalario.

- **Arte y recreación (RECREARTE)**

A lo largo de la historia, el hospital se ha visto como sinónimo de enfermedad, pues siempre se le ha considerado como un lugar que esconde dolor, miedo, sufrimiento y tristeza. Recrearte, como estrategia que fusiona el arte y la recreación, cambia dicho esquema posibilitando espacios para transmitir pensamientos, sentimientos y emociones, mediante la expresión corporal, oral y escrita, con el fin de generar vínculos sociales entre todos los actores del entorno hospitalario.

6.4.2.3 Valoración de la intervención

La intervención fue valorada de forma permanente, es decir, al finalizar cada sesión se indagaba tanto por el desempeño de los educadores como por la actividad desarrollada y el efecto, generando además sugerencias para mejorar la intervención.

6.4.3. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

6.4.3.1. Análisis de la realidad

Entendida como una evaluación inicial de necesidades, donde se identifican también, los recursos con que cuenta la comunidad investigada, teniendo en cuenta la magnitud exacta del problema (haciendo la valoración conjuntamente con la comunidad, definiendo si realmente la situación planteada necesita de una intervención específica y si será alcanzable con los recursos humanos y materiales disponibles) y la organización de la comunidad, además de establecer un orden de prioridad en las acciones.

De acuerdo con Cembranos, Bustelo y Montesinos (1989)[i], se realiza un acercamiento a la realidad múltiple desde dentro y desde fuera, describiendo tanto lo que existe como lo que falta, la percepción que tienen los implicados al respecto y las posibles soluciones. Para efectos de esta investigación el análisis de realidad se hizo a partir de conversaciones con los implicados en el proceso.

6.4.3.2. Observación participante

La observación, especialmente la observación participante, ha sido utilizada en varias disciplinas como instrumento en la investigación cualitativa para recoger datos sobre la gente, los procesos y

las culturas. Está es una técnica donde se permite que el investigador interactúe con el objeto a investigar dentro de su contexto, con el fin de conocer directamente la información que poseen los sujetos de estudio sobre su propia realidad, es decir, conocer la vida cotidiana de un grupo desde su interior, conocer su lenguaje, sus formas de vida a través de una intrusa y continuada interacción con ellos en la vida diaria.

La observación permite contrastar en forma permanente las nociones que cada uno tiene de la realidad; es una técnica que considera aspectos nuevos, toma en cuenta la vida normal y las rutinas diarias, y fomenta el entendimiento del contexto, permite identificar nuevos temas, recoger información cualitativa adicional y controlar y corregir datos obtenidos con anterioridad.

En este proyecto, la observación participante permitió un acercamiento a la vida hospitalaria y el efecto que la intervención pedagógica produce en cada uno de los implicados.

6.4.3.3. Diario de campo

El diario de campo desde la investigación cualitativa es un registro de notas completas, detalladas y precisas que dan cuenta de una información sobre una observación que se realiza, en éste se escribe las impresiones de lo vivido y observado, para organizarlas posteriormente y para utilizarlas en el análisis de los resultados de la investigación; es decir, sirve para proyectar las reacciones de la persona que investiga durante el ejercicio de su actividad y para entender mejor la realidad investigada.

La metodología utilizada por el diario de campo es descriptiva, puesto que se realizan anotaciones de lo observado de forma puntual y precisa; además, es interpretativa en el momento en que el investigador pone su percepción e intuición acompañada por sus conocimientos y experiencias. Por esta razón la descripción del mismo debe hacerse luego de terminada cada sesión.

El diario de campo fue retomado por el equipo investigador, como una matriz que recoge los siguientes elementos identificación del lugar, descripción, objetivo, análisis y conclusiones de la actividad y reflexión docente.

6.4.3.4. Registros audiovisuales

En las sesiones programadas por el equipo investigador se realizan registros audiovisuales que permitan recolectar información de forma más precisa, en tanto permite captar las actitudes, comportamientos y gestos de la población de estudio, que no pueden registrarse a través de la palabra. Estos registros se realizan en común acuerdo con los participantes del mismo, pero en su publicación se omite tanto sus nombres como sus rostros para proteger su identidad.

6.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Galeano (2004) hace referencia a la validez como el grado de coherencia interna y de ausencia de contradicciones en los resultados y en su relación con otros estudios similares. Puede haber una validez interna (grado en el cual los resultados reflejan la situación estudiada) y una externa (nivel de aplicación de las conclusiones a grupos similares).

La confiabilidad, por su parte, implica que un estudio se pueda repetir con el mismo método sin alterar los resultados. La confiabilidad tiene dos dimensiones: la externa (investigadores independientes, al estudiar una realidad en tiempos o situaciones diferentes, llegan a los mismos resultados) e interna (varios investigadores al observar la misma realidad concuerdan en sus conclusiones)

Para la validez y confiabilidad de esta investigación se empleó la comparación de fuentes, datos y técnicas mediante algunos procedimientos: a) comparando información obtenida con diferentes estrategias o proveniente de fuentes e informantes distintos, b) a partir de la puesta en común de lo observado y analizado por cada uno de los investigadores, c) utilizando técnicas de recolección

de información que complementaron y profundizaron la información obtenida en la etapa de intervención, y d) poniendo a consideración de otros investigadores.

A partir de las conclusiones de la investigación se confirmó la posibilidad de replicar este estudio en otros contextos y con otra población, empleando la misma metodología, en tanto ésta posibilitó la recolección de información necesaria para la investigación.

7. ANÁLISIS DE RESULTADOS

7.1. RECURSOS Y NECESIDADES IDENTIFICADAS

7.1.1. PEDIATRIA

La unidad de pediatría cuenta con 14 camas las cuales se distribuyen en 6 cunas para niños menores de 5 años y 8 camas para niños hasta los 14 años, principalmente se encuentra población que por condiciones de verse alterada su salud en las diferentes etapas del desarrollo, recurren a servicios de pediatría, la estadía durante la unidad es fluctuante debido a la recuperación y/o cambio de centro hospitalario, así mismo se ven personas de diversos estratos socioeconómicos, rescatando que a todos se les brinda un servicio de atención en igualdad de condiciones.

Así mismo esta unidad cuenta con el cuarto de material utilitario, en el cual están disponibles películas, juegos de mesa tales como: loterías, rompecabezas, también hay colchonetas, peluches, pelotas, crayolas, cuentos y libros para colorear, tiene 4 mesas infantiles cada una con sus 4 sillas de diversos colores, 4 triciclos (2 de niños y 2 de niñas), un televisor lcd, un minicomponente, sobre el piso existe una golosa, las paredes y pasillos se reconocen por la decoración infantil, una muñeca grande y un oso pooh, igualmente sobre los stand de enfermería, en cada una de las habitaciones existen algunos dibujos decorativos que propician un ambiente agradable.

Dentro de esta unidad se evidencia que se hace necesaria la presencia de un educador, que conozca los diferentes ciclos de desarrollo del ser humano, entre ellas la niñez como una de las primeras etapas en las cuales el niño evoluciona constantemente.

Cuando un niño es hospitalizado, cambia su vida significativamente. El hospital pasa a ser su espacio vital, durante días, semanas o meses. Desaparecen momentáneamente la casa, la escuela, los hermanos y los amigos. Se interrumpen actividades usuales tales como el juego, el estudio y el descanso; y estas son compensadas por otro tipo de personas y espacios, el niño comienza a interactuar con el personal médico, enfermeras, personal sanitario, maestros, voluntarios, que de una u otra manera están pendientes de su estado de salud y recuperación.

De acuerdo a lo anterior una de las necesidades primordiales durante la estancia de un paciente en la unidad de pediatría del HMUA, es la de mantener y fortalecer esos procesos de socialización; para ello es importante reconocer al juego como estrategia que permite el continuo desarrollo del niño durante su estancia en el hospital.

7.1.2 HOSPITALIZACIÓN DE ADULTOS

El servicio cuenta con 159 camas entre bipersonales y de hospitalización para planes complementarios de salud, de esta forma brinda atención integral y especializada al paciente. Además cuenta con un Modelo de Gestión Clínica innovador que integra a todo el equipo de trabajo a través de un proceso terapéutico compartido bajo la coordinación de un médico de enlace en pro de la mejora de los procesos asistenciales y administrativos, fortaleciendo la seguridad del paciente y la tranquilidad de su familia.

La población que se encuentra en los pisos 6-7-8 de la unidad de hospitalización de adultos del hospital Manuel Uribe Ángel , oscila entre los 17 y 95 años de edad, hospitalizados por diferentes razones , prevaleciendo enfermedades relacionadas con problemas de respiración como la asfixia y problemas relacionados con la diabetes. Esta población llega de diferentes regiones de Antioquia y del área metropolitana de la ciudad de Medellín, que son remitidas por diferentes entidades de salud. Como: Sura, Susalud; Salud Total etc. Los pacientes en muchas ocasiones permanecen solos, debido a que sus familias muchas veces no cuentan con los recursos económicos para trasladarse hasta allí, así mismo se pudo observar que el grado de educación de las personas hospitalizadas corresponde a población analfabeta y población con educación media y profesional

7.1.3 UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES (UCE)

La UCE está conformada por 12 cubículos los cuales son de material transparente, lo que permite visualizar a los pacientes desde afuera de los mismos, la población que se encuentra en este lugar es mayor de 18 años y se encuentran en situaciones críticas, generalmente aislados por contacto y por aire; entre la población de la UCE se destacan los pacientes de la tercera edad como los más frecuentes. La estadía es transitoria dado que no es un espacio de recuperación sino de intervención de enfermedades crónicas, los pacientes después de estar allí pasan a los pisos de hospitalización para continuar con su tratamiento.

La UCE no cuenta con materiales de entretenimiento para sus pacientes y tampoco permiten que los visitantes, que tienen un horario limitado (entre 01:00 – 04:00 pm) los ingresen, dado que es un lugar restringido el material tangible puede contaminar o tener bacterias que afecten en mayor grado a los pacientes de éste lugar.

Sin embargo, en pacientes que están en el lugar por periodos prolongados (más de un mes), el personal de salud encargado hace excepciones dejando a los acompañantes de los pacientes llevarles un radio por ejemplo que previamente es desinfectado.

Se observa que en la UCE se necesita de un profesional en la educación que por medio de la escucha de los pacientes rescate su ser, historia, pasamientos, emociones, temores, entre otros aspectos del ser humano que se encuentra hospitalizado; y que por medio de la palabra movilice en ellos procesos de reflexión que desencadenen en cambios de conductas.

Es de anotar que los pacientes presentan estados de desactualización en el tiempo por la infraestructura de los cubículos de la UCE, puesto que son pequeños y carecen de elementos distractores y de entretenimiento como son televisión, radio y teléfono. También se evidencia una necesidad de ser escuchados y acompañados dado que las visitas en la UCE son limitadas a 4 horas en el horario de la tarde.

7.2 RELACIONES INTERPERSONALES DENTRO DEL HOSPITAL

“Es cierto que me he visto un tanto implicado en el tema del poder, y podría inferirse fácilmente que en tanto el sujeto se encuentra en relaciones de producción y significación, se encontrará igualmente en relaciones de poder, las cuales son a su vez sumamente complejas” (Foucault, 1983)

Las relaciones de poder han marcado a lo largo de la historia la convivencia entre los seres humanos, el sujeto está atravesado por relaciones familiares, sociales, educativas, religiosas, entre otras; éstas están transversalizadas por el poder y no pueden ser consideradas independientes de él.

El poder no solo reprime, sino que puede construir saber en términos de conocimientos, un ejemplo de esto es la dominación que los hombres han ejercido hacia las mujeres en diferentes ámbitos: económico, social, familiar, político, cultural y religioso. También, la dominación que los pedagogos han ejercido en cuanto a implementación de estrategias pedagógicas y elaboración de sistemas educativos el cual es reproducido y obedecido por una sociedad. Es así como se visualiza que estas relaciones se establecen en todos los espacios sociales en que se habita; escuelas, barrios, hospitales, entres otros lugares. La administración y organización de estas instituciones requiere establecer dichas relaciones de poder para un correcto funcionamiento.

Ahora bien, las relaciones interpersonales que se establecen en los centros hospitalarios y en este caso en el HMUA, entre el personal hospitalario, los pacientes, los acompañantes y los docentes están determinados por las personalidades de cada actor, por el cargo que desempeñan y por los objetivos a cumplir como son contribuir a la recuperación, salvar vidas, poner en práctica lo aprendido, acompañar en el dolor y en la alegría, identificar un diagnóstico o simplemente escuchar al otro.

En los siguientes párrafos se describen las relaciones interpersonales que se evidenciaron al iniciar y finalizar la intervención pedagógica realizada por los docentes en las Unidades de Cuidados Especiales, Pediatría y Hospitalización de adultos, entre pacientes, profesionales de la salud, educadores, acompañantes, personal sanitario y administrativos.

7.2.1. RELACIONES ENTRE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD Y LOS EDUCADORES

El hospital es el lugar en donde los profesionales de la salud demuestran su saber, obtienen un reconocimiento profesional y no pueden equivocarse ya que pondrían en tela de juicio su conocimiento ante sus superiores y colegas. Es así como el hospital, es el sitio donde el profesional de la salud “reafirma su saber específico y por ende se reconoce así mismo y a su labor” donde se juega su estatus y reconocimiento, por estas razones se logra entender que parte de su tiempo estén estresados y realicen sus funciones desde el beneficio de una labor bien cumplida.

En cuanto a las relaciones que se establecen ente los profesionales de la Salud y los profesionales de la Educación, la percepción de esta cambia de acuerdo al lugar donde se establezca, es decir, si se da en una escuela será diferente de la que se da en un hospital ya que cada uno tiene un “poder” dentro de uno de los contextos; en esta ocasión se analiza la relación existente entre estos dos profesionales dentro del hospital.

La presencia de un educador en el contexto hospitalario genera “incertidumbre” ya que no es usual verlo en un hospital, además, aún no se han establecido funciones claras para éstos. Por ser una profesión avalada por el sistema educativo, se establece una relación de aceptación debido a que se reconoce un saber específico; sin embargo esto no implica que dentro de esta relación haya una valoración de la labor pedagógica que éste puede hacer dentro del hospital, o sea, los profesionales de la salud no logran visualizar la importancia del educador dentro del hospital, razón por la cual su presencia es innecesaria, considerando que las actividades realizadas por el docente no tienen un aporte significativo para los pacientes y el hospital.

En pro de trabajar conjuntamente y mejorar las relaciones interpersonales que se establecen entre los profesionales de la salud y de la educación en el HMUA, se implementaron estrategias pedagógicas como son la palabra, el juego y el arte que permitieron evidenciar cambios en la percepción que los profesionales de salud tenían al respecto de las funciones de los educadores en el hospital. De esta manera, el educador ganó un lugar en el hospital y se empezaron a erradicar concepciones equivocadas tales como *“los médicos siempre tendrán enfermos para curar y enfermedades por combatir y los docentes siempre tendrán personas para educar y temas que enseñar”*, percepciones que salen a relucir en todo momento.

Es así como las relaciones sociales que se establecieron entre educadores y profesionales de la salud, se fueron transformando a medida en que se fue conociendo la labor del educador en el hospital, dado que las intervenciones pedagógicas realizadas, lograron develar como el simple hecho de estar dispuestos a escuchar, dialogar, abrazar, acariciar, generaron cambios significativos sin necesidad de una intervención netamente médica.

En tanto, se establecieron relaciones interpersonales bidireccionales mediadas por la acción que cada profesional desempeña. De esta manera, ambos profesionales actuaron desde un equipo multidisciplinar, ya que los problemas de salud no podían ser abordados exclusivamente desde la pedagogía o desde la medicina. Así, el médico se encargó de prestar servicios sanitarios y asistenciales a las personas que sufrían la enfermedad, teniendo en cuenta que lo que está en juego en el momento es la vida de las personas que se hallan hospitalizadas. Por lo tanto la función del educador en el hospital giró en torno a disminuir las secuelas derivadas de una enfermedad que afectan las capacidades físicas, emocionales y de aprendizaje de las personas hospitalizadas.

Finalmente se logró un cambio de concepciones, ya que al iniciar el trabajo de campo se veía la labor del educador como algo pasajero y con poca relevancia y a partir de las intervenciones pedagógicas realizadas lograron demostrar que la labor del educador especial en centros hospitalarios coayudan a la recuperación del paciente y a mejorar el ambiente.

7.2.2. RELACIONES ENTRE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN EL CAMPO CLÍNICO

Dentro del hospital se evidenció que generalmente las relaciones que se establecían entre médicos, enfermeras jefes, auxiliares, residentes... era una relación mediada por el cargo laboral que desempeñaban, es decir, los médicos se relacionaban con los médicos, enfermas con enfermeras, residentes con residentes... no es cotidiano encontrar dentro de hospital a médicos relacionarse socialmente (tomar un café) con personas que estén por debajo de su título profesional o no sean del área de su especialización, solo se hace por cuestiones de trabajo; es cierto que dentro del personal de la salud se crean al igual que en otros espacios subgrupos, podría percibirse esto como exclusión entre compañeros de trabajo pero no entre colegas, así que dependiendo de las funciones se categorizan las relaciones.

Otro aspecto importante a resaltar dentro de estas relaciones, fue el respeto e idolatría que se empleaba para algunos profesionales, el trato para el especialista de una rama de la medicina no era el mismo que para la auxiliar de enfermería, dependiendo del cargo profesional el trato era diferente, con esto no se dice que hubo maltrato o irrespeto entre ellos, sino que los elogios fueron evidentes para las personas que representaban el poder dentro del hospital y este poder estaba mediado por los títulos obtenidos y el estatus que estos generaban. Es paradójico que la admiración sea atribuida a alguien que solo se encarga de ordenar procedimientos y recetar fármacos; mientras las personas que se encargaban de ejecutar y hacer de estas órdenes una realidad eran tratadas como el común de la gente.

Por lo tanto, se logró entender que dentro del hospital, las relaciones existentes en su mayoría eran de tipo laborales mediadas por un título profesional evidenciándose la segregación y jerarquización de las profesiones.

Ahora bien, una vez realizada la intervención pedagógica, se puede decir que en los pocos momentos en que se observaron las relaciones entre estos actores en espacios tales como el restaurante, las salas de espera no se evidenciaron cambios significativos en cuanto a las relaciones de idolatría y respeto; pero, en el momento de implementar la estrategia de Recrearte se evidenció mayor diálogo, cooperación y trabajo en equipo para cumplir con los objetivos propuestos por los educadores.

7.2.3. RELACIONES ENTRE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD Y LOS PACIENTES

Se observó que las relaciones entre estos actores estaban determinadas por la interacción verbal en torno a la situación de enfermedad o el tratamiento. De esta manera el diálogo y en general la comunicación, se convirtieron en herramientas para los médicos actuar sobre los pacientes y obtener resultados tales como disminuir el dolor.

Así, se observó que las relaciones que se establecían entre los pacientes y los profesionales de la salud estaban determinadas por el saber específico de este último; quien al conocer el diagnóstico y evolución del paciente, realizaba acciones en pro de mejorar el estado físico del paciente y delegando en otros funciones que contribuían a dicho mejoramiento. En este sentido el poder se materializa en estrategias de intervención terapéutica que apunta a mejorar el bienestar físico de los pacientes.

A partir de las intervenciones que los docentes realizaron con los pacientes, los médicos, enfermeros y demás profesionales de la salud, manifestaron un trato más cordial con los pacientes, reconociendo que no sólo intervenían una enfermedad sino a una persona que sufría tanto física como emocionalmente, a una persona que se angustiaba por estar alejado de su familia, amigos, compañeros y en general comunidad.

7.2.4 RELACIONES ENTRE LOS PACIENTES Y LOS ACOMPAÑANTES

La relación de estos actores estaba mediada por factores como son la edad, la situación de la enfermedad y el tiempo que compartían juntos. En el caso de la Unidad de Pediatría se evidenció una relación transversalizada por la manipulación que generó el paciente sobre el acompañante, ello debido a que el dolor, la enfermedad, el malestar hacen del “enfermo” un sujeto vulnerable, por consiguiente, el acompañante consideraba que a éste se le debía consentir, cuidar, prestar atención y “llevar caprichos”, evidenciándose que en muchas ocasiones estas actitudes únicamente se limitan a ser una estrategia de dominación y sometimiento, igualmente pese al cansancio y estrés que genera el hospital y el cuidado de dicha persona, generalmente está dispuesto a satisfacer los deseos del enfermo.

En la UCE y en Hospitalización de Adultos, las relaciones de poder estaban determinadas por el grado de afectación de la enfermedad, por lo tanto, los acompañantes de quienes estaban en estado crítico y aislamiento presentaban una actitud de angustia por no poder en muchos casos compartir con ellos. En otros casos se observó que los acompañantes tenían una relación de cuidado hacia los pacientes, evitando incumplir con los requerimientos de la Unidades.

Cabe resaltar que a partir de las intervenciones realizadas durante el proceso de la práctica, se generaron tanto en paciente y acompañantes una concienciación respecto a cómo vivir la enfermedad de manera diferente, fue así como el papel de los educadores se transformó por mediadores entre la enfermedad que padecía un paciente y por ende afectaba a sus familias y la forma en que esta se podría vivir de otra manera por medio de actividades lúdico pedagógicas; evitando la manipulación que el paciente tenía sobre el acompañante, en este aspecto es importante mencionar que dicha manipulación se logró aminorar, al menos durante el desarrollo de las actividades pedagógicas.

Así mismo las actividades propuestas por los educadores generaron un cambio entre estos dos actores (acompañantes-pacientes), ya que la rutina, el cansancio, la angustia, generan día a día un estado de estrés, ocasionando que estas relaciones se manejen bajo un clima tensionante; sin embargo las diferentes estrategias implementadas durante este proceso permitieron convertir los espacios, como lo es una habitación en un sitio de diversión, distracción, donde el trabajo cooperativo, el dialogo, la escucha se fortalecieron y permitieron hacer de la enfermedad una situación donde se podía desarrollar y aprender relaciones sociales que ayudaban a una sana convivencia.

7.2.5. RELACIONES ENTRE LOS ACOMPAÑANTES

La relación existente entre estos actores era solidaria debido a que ambos estaban pasando por una situación que alteraba la salud de sus familias y por ende se veían convocados en el mismo lugar, es así como a lo largo de las primeras sesiones, se encontró que dichas relaciones estaban mediadas por conversaciones que giraban en torno a experiencias e historias de vida y permitían conocer más del otro que permanecía varios días en la misma habitación, así mismo se evidenció la construcción de nuevos lazos afectivos con otras personas que estaban en las mismas

circunstancias, estos lazos de amistad son de verdadero apoyo en los momentos tan difíciles que afronta tanto el enfermo como el cuidador, ya que ambos se enfrentaban a una situación inesperada, la cual desestabilizaba toda sus actividades cotidianas y el solo hecho de que los acompañantes compartieran experiencias con otros acompañantes era un verdadero apoyo.

En este sentido, las actividades propuestas lograron establecer y fortalecer las relaciones entre los acompañantes, ya que por medio de las manualidades, las lecturas, los juegos, les permitieron a estos dos actores salir de la monotonía del compartir y esperar un procedimiento; por medio de las estrategias implementadas por los educadores, se dieron a conocer habilidades, aptitudes que se desconocían, generando un espacio diferente logrando ir más allá de las conversaciones e historias de vida, dando lugar a reflexiones y aprendizajes significativos para la vida.

Es importante anotar que dentro del hospital las relaciones entre acompañante y acompañante se fortalecieron, ejemplo de ello, son los acompañantes de los pacientes de diálisis que llevan aproximadamente más de un año compartiendo espacios dentro del hospital, ellos han construido vínculos afectivos, independiente del motivo de estar allí, han permitido conocerse y hacer parte de la vida de otras personas incidiendo significativamente en la formación del otro.

7.2.6 RELACIONES ENTRE LOS ACOMPAÑANTES Y LOS EDUCADORES

Esta relación se estableció bajo los parámetros de interés, ya que los acompañantes observaron en los educadores una oportunidad para recrearse y aprovechar el tiempo libre de manera diferente; independientemente de la concepción que se maneje frente a la presencia del educador en este contexto, el interés por parte de los acompañantes sobre el trabajo desarrollado es positivo y por ende la participación de éstos fue activa y propositiva.

La implementación de estrategias pedagógicas permitió establecer un clima de confianza entre docente y acompañantes, que disminuyó los efectos emocionales que para estos últimos generaba la hospitalización de un ser querido como son: la angustia, la desesperación y la ansiedad. Así mismo, permitió que los acompañantes enfrentaran la situación de desventaja de un familiar de una forma menos traumática al plantearseles actividades lúdicas, artísticas y de la palabra que les permitieron interactuar y salir de la rutina.

Durante este proceso en su mayoría de veces, los educadores lograron disipar tensiones y miedos por medio del juego, las manualidades, las historias y el compartir con los otros, esos otros, que pese a ser desconocidos, con el paso de horas, minutos e incluso segundos terminaron convirtiéndose en un apoyo moral importante en ese duro proceso de recuperación de un paciente.

Por otra parte, al lucir una pijama como educadores, la labor del educador cobra peso ante los ojos de los demás, es más impactante decir somos maestros y trabajamos en un hospital a decir que somos maestros y trabajamos en una escuela, las preguntas salen a relucir, preguntas tales como ¿Qué hacen acá? ¿Cómo lo van hacer? ¿Qué estrategias van a utilizar? ¿Qué materiales? Preguntas de forma, casi siempre orientadas al cómo, sin embargo es preocupante que no exista una reflexión que esté orientada al porqué, y el para qué de la presencia de un educador es importante en el área de la salud, y este desde su saber específico su formación como puede ayudar a la recuperación de un paciente.

7.2.7 RELACIONES ENTRE LOS EDUCADORES Y EL PERSONAL SANITARIO

Durante la estancia en el hospital se logró interactuar con diferentes roles profesionales y ocupacionales. En el caso particular del personal de servicios generales, se evidenció un mayor grado de humanización para con las familias y/o pacientes que se encontraban dentro del hospital, pues ellos asemejaban dichas realidades a situaciones cotidianas de sus familias, y a su vez se ponían en el lugar del otro, dejando atravesar sus emociones, pasando por el dolor, la angustia, la tristeza e incluso la alegría de una pronta recuperación y dada de alta.

Cabe anotar que al implementar el juego como estrategia de trabajo con el personal sanitario, durante el espacio de Recrearte, se generó un impacto social en algunas personas dentro del hospital, todo ello propició un ambiente diferente al que comúnmente se vivía en HMUA, ya que no es común encontrar dentro de este contexto caras sonrientes, ambiente de diversión y actividades lúdico-recreativas, debido a las diversas situaciones que se manejan e igualmente a la concepción que se tiene sobre la enfermedad y el hospital en sí, porque estos son considerados

centros de tranquilidad, donde el silencio se convierte en un factor importante que ayuda a la pronta recuperación del paciente, sin embargo estos actores lograron darse cuenta que irrumpir con este silencio a partir de actividades pedagógicas también ayuda a dicho proceso.

7.2.8 RELACIONES ENTRE LOS PACIENTES Y LOS EDUCADORES

La relación establecida entre el docente y la persona enferma, era de empatía, ya que al momento de plantearles las actividades a realizar, éstas no eran interpretadas como acciones de dolor, por el contrario estas estrategias o actividades permitieron sacar al paciente de los estados de monotonía y de alguna forma de la tristeza y el vacío que genera estar dentro de un hospital; debido a esta interpretación, en el momento en que se establece una relación, está siempre va a ser positiva, ya que al paciente se le va a generar un momento de sano esparcimiento, donde de una u otra manera el cambio de acciones y de la rutina que lleva, le generará una experiencia significativa durante el día; otro aspecto a resaltar en esta relación, es el respeto que el paciente tenía por el docente, quien lo consideró como un modelo a seguir y una fuente de conocimiento, que merecía de toda su atención porque sus actividades eran significativas e importantes para él.

Asimismo, las relaciones que se establecieron entre docentes y pacientes estaban mediadas por la palabra, en la cual el docente dio la libertad de expresión para que los pacientes pudieran hablar desde sus necesidades y sentires. Por lo tanto, se puede decir que las relaciones que se establecieron fueron bidireccionales porque los educadores iniciaron el tema de conversación o actividad a realizar partiendo de los intereses de los pacientes.

En este orden de ideas, las intervenciones pedagógicas generaron entre docentes y pacientes lazos afectivos de manera recíproca, ya que a la hora de ejecutar las actividades, la participación fue activa, ello se logró demostrar en cada uno de los productos realizados por los pacientes; pese a que las intervenciones duraron entre una a dos horas, se logró evidenciar un cambio durante la ejecución de las actividades. Al iniciar se presentaba una tensión, donde la interacción era limitada, debido a la poca confianza que se tenía, sin embargo al finalizar la intervención se pudo registrar que los niveles de confianza y de familiaridad mejoraron con el paso del tiempo y de la comunicación.

Estar en el hospital permite ver y sentir las relaciones interpersonales desde una perspectiva diferente, ya que independiente de los roles profesionales que se encuentran en los centros hospitalarios, pocos reconocen la importancia del educador en el hospital, por ello es importante que el profesional de la educación este convencido del porqué y para qué su presencia en dicho contexto; es allí donde el educador especial debe poner en juego sus estrategias, su imaginación y creatividad que apuntan a transformar espacios, donde la pedagogía hospitalaria se convierte en una herramienta de humanización, en “un día hace la diferencia”.

Finalmente estas y otras acciones que se diseñaron y ejecutaron, permitieron aclarar que el educador puede incursionar de una forma diferente en otros contextos, ya que es diferente cuando se menciona y se sabe, a cuando se tiene la oportunidad de confírmalo y sentirlo. De este modo se puede reafirmar la pasión que se tiene por la educación y la toma de conciencia que un educador y sus acciones caben en cualquier espacio, solo es cuestión de tomar iniciativa y creer en las acciones que pueda realizar profesionalmente.

8. CONCLUSIONES

- El entorno hospitalario se constituye en sí mismo, en un escenario nuevo para desarrollar una intervención pedagógica que no se limita a la enseñanza de conceptos académicos, sino que refleja un carácter social centrado en la formación del ser humano que se encuentra en situación de vulnerabilidad.
- Estar en el hospital permite ver y sentir las relaciones interpersonales desde una perspectiva diferente, independiente de los roles profesionales que allí se establezcan, la pedagogía hospitalaria se convierte en una herramienta de humanización, en “un día hace la diferencia”.
- El juego es una estrategia válida para la pedagogía hospitalaria, éste tiene un valor recreativo, educativo y terapéutico que permite movilizar procesos significativos en las personas hospitalizadas como son divertirse, integrarse socialmente y expresar las emociones que produce la situación de enfermedad.
- La palabra es un instrumento útil en la pedagogía hospitalaria, genera conocimiento y permite la interacción entre los actores del entorno hospitalario. Como recurso pedagógico, permite que la población hospitalizada enuncie sus temores, certezas y necesidades con respecto a la situación por la que están pasando.
- El arte es un recurso pedagógico que contribuye al proceso de recuperación de los pacientes, ya que les permite expresar sus sentimientos, deseos y necesidades a través de la pintura, la escritura, el dibujo y el propio cuerpo.
- Desde la literatura retomada se encuentra que la pedagogía hospitalaria sólo está encaminada a la intervención de niños y jóvenes, sin embargo durante la ejecución de este proyecto se puede concluir que esta pedagogía acoge a toda la población hospitalizada en pro de disminuir los niveles de estrés y ansiedad, contribuyendo a la pronta recuperación.

- Las Intervenciones pedagógicas y en particular las herramientas como son la palabra, el arte y el juego, transforman las relaciones de tensión y poder que se establecen dentro de un centro hospitalario a relaciones interpersonales afables entre los diferentes actores del contexto hospitalario y contribuyen a la conformación de un espacio más humanizado.

9. LÍNEAS ABIERTAS

La Pedagogía Hospitalaria ofrece una atención socioeducativa a las personas que se encuentran en una situación de enfermedad, ésta atención está encaminada a aminorar las dificultades a nivel emocional, comportamental y cognitivo que genera la hospitalización.

Es de anotar que dichas dificultades no solo afectan a la persona que ésta hospitalizada, sino a toda su familia y a sus acompañantes; quienes se preocupan constantemente porque su hijo, hermano, sobrino, tío, abuelo, etc. está hospitalizado y solo pueden compartir con él un tiempo determinado. En este sentido, se plantea una línea abierta de investigación que permita relacionar la pedagogía hospitalaria con la intervención de la población hospitalizada y sus familiares.

10. BIBLIOGRAFIA

ÁLVAREZ, F., & DÍAZ, M. (2002). **Acompañamiento lúdico-pedagógico al aula hospitalaria del pabellón infantil del hospital universitario san Vicente de Paul.** Medellín.

ANDER-EGG, E. (2000) Metodología y práctica de la animación sociocultural. Ed. CCS

ANIMACIÓN, S. E. (2009). *Animación*. Recuperado el 3 de Oct. de 2011, de Educador Hospitalario: Pedagogía Hospitalaria: <http://animacionsociocultural.yolasite.com/educador-hospitalario-pedagogia-hospitalaria.php>

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA. (2010). Programa de Licenciatura En Educación Especial. . *Documento maestro de la reforma curricular de 2010*. Medellín.

Artículo tomado de la revista Crianza & Salud, Año 3 numero 2 Pág. 29-30 Bogotá http://crianzaysalud.com.co/index.php?option=com_content&view=article&id=58:declaracion-de-los-derechos-del-nino&catid=37:crianza&Itemid=50

Asamblea General de REDLACEH (Red latinoamericana y del Caribe por el derecho a la Educación de Niños, n. y. (2009). *DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DEL NIÑO, JOVEN HOSPITALIZADA Y EN TRATAMIENTO DE LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE EN EL ÁMBITO DE LA EDUCACIÓN*. Río de Janeiro, Brasil .

BLANCO ENCOMIENDA Francisco Javier, M. J. (10 de Sept. de 2011). *Implicaciones de la acción educativa en espacios*. Recuperado el 06 de Nov. de 2011, de Educação e Pesquisa, São Paulo, v.37,n.3, p. 583 - 598: <http://www.scielo.br/pdf/ep/v37n3/a09v37n3.pdf>

BADESA Miguel, Sara (1995): perfil del animador sociocultural. Madrid, ed Narcea.

BONILLA-CASTRO, Elssy y RODRÍGUEZ Sehk, Penélope. Más allá del dilema de los métodos. La investigación en ciencias sociales. Editoriales norma. Bogotá 1997. P. 70.

CALDAS, H. D. (s.f.). *EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO* . Recuperado el 24 de 10 de 2011, de E.S.E:

CARDONE, Pía -2007. Según la Red Latinoamericana y del Caribe por el Derecho a la Educación de los niños, niñas y jóvenes hospitalizados y/o en tratamiento médico. www.pedagogiahospitalaria.net

CARR, W. y Kemmis, S. (1988) *Teoría crítica de la educación. La investigación-acción en la formación del profesorado*, Barcelona, Martínez Roca

CARLADY, C. (22 de 08 de 2012). *LibreriaPedagogía.com* . Recuperado el 08 de 09 de 2012, de http://www.libreriapedagogica.com/butlletins/butlleti20/educacion_y_pedagogia.htm10.htm

CEMBRANOS, Bustelo y MONTESINOS. Citados por HERRERA (1998) El desarrollo de procesos de acción socio educativa desde la perspectiva de animación sociocultural. España: Universidad de Sevilla.

CEPEDA M, J (2004) “ponencia ciudadanía y estado social de derecho”. Foro Educativo Nacional De Competencias Ciudadanas. Bogotá, Octubre 25.

Colombia, R. d. (1991). *Constitución política de colombia*. Bogotá Colombia.

COLOMBIA, C. D. (23 de Diciembre de 1993). *LEY 100 DE 1993*. Recuperado el 24 de 10 de 2011, de www.colombia.com/actualidad/images/2008/leyes/ley100.pdf

CRUZ, Sandra Milena D. P. (julio de 2011). *Maestra preescolar*. Recuperado el 14 de Agosto de 2011, de EDUMATICA: <http://maestrasb.blogspot.com/>

DE MIGUEL, M. (1993) “La IAP un paradigma para el cambio social”, *Documentación Social* n° 92, Madrid.

Declaración Mundial sobre Educación para todos. Tailandia, Jomtien. 1990.

DEL POZO, A. y POLAINO-LORENTE, A. (2000): El impacto del niño con cáncer en el funcionamiento familiar. En FOLAING, A.; ABAD, M.; MARTÍNEZ, P. y DEL Pozo, A.; *¿Qué puede hacer el médico por la familia del enfermo?*, 3. Madrid, Rialp, pp. 45-65.

ESPITIA León, Enrique. Informe Final. Estrategia de Teatro – Foro. Contrato No. 041. Programa Pedagogía Ciudadana. IDEP. Bogotá. 2011.

Educared Fundación Telefonica . (20 de 05 de 2012). Recuperado el 26 de 10 de 2012, de <http://www.educared.org/global/aulahospitalarias/pedagogia-hospitalaria-en-colombia>

FERNÁNDEZ, S, & CÁCERES, M. (2006): Pedagogía hospitalaria: principales características y ámbitos de actuación educativa (remedial y preventiva). *Revista de Ciencias de la Educación*, 227-248.

FONTES, R. d. (2003). *EDUCACIÓN HOSPITALARIA: UN REZAGO FRENTE AL REZAGO ESCOLAR*. Río de Janeiro (Brasil).

FONSECA, M. S. (2003). La pedagogía hospitalaria y el niño enfermo: un aspecto más en la intervención familiar. *Revista de pedagogía*, 15.

FOUCAULT, Michael: El nacimiento de la clínica. Siglo XXI editores. 1979. 6ª edición. México. Pág. 85. Foucault cita a *Coahley Lettson, Historie de l'origine de la médecine (trad. Fr. París, 1787), p.7.*

FOCAULT, Michael: Incorporación del hospital en la tecnología moderna. *Educ Med Salud*, Vol. 12, No. 1 (1978)), p.22.

GALEANO M., María Eumelia. Diseño de proyectos en la investigación cualitativa. Medellín : Fondo Editorial Universidad EAFIT, 2004

GRAU, R., & GONZALES, O. (2001). *La pedagogía hospitalaria en el marco de una educación inclusiva* . Málaga: Ediciones Aljibe.

GRAU RUBIO, C (2.001): A Pedagogía Hospitalaria. *Revista Galega Do Ensino*, 2 32, 169-18
(Versión en castellano)

GUIJARRO, M. y TORRES, R. (1990): La escuela hospitalaria, complemento a la curación del niño, *Infancia y Sociedad*, 5, 133-161.

Humanos, O. d. (20 de Noviembre de 1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Recuperado el 25 de Octubre de 2011, de Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la

Asamblea General en su resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989:
<http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm>

IOE (Colectivo) (1993) “IAP. Introducción en España”, *Documentación Social* n° 92, Madrid.

LÓPEZ NARANJO Isabel, A. F. (Septiembre-diciembre 20 de 2006). *Hospitalización infantil y atención psico-educativa* *Revista de Educación*. Recuperado el 10 de 2011, de *Revista de Educación*, 341. Septiembre-diciembre 2006, pp. 553-577:
http://www.revistaeducacion.mec.es/re341/re341_23.pdf

JOSEFINA (2005). *Estudios sobre la integración de áreas: salud y educación especial como una alternativa de facilitación pedagógica para el niño, niña y adolescente con enfermedades crónica. Trabajo de grado. Universidad Nacional Abierta. Caracas.*

JUNTA DE ANDALUCIA; Diversidad, diferencia, desigualdad y discriminación. Una propuesta para ordenar los discursos anti-racistas en educación. Documento de internet consultado en Junio de 2008.

http://www.juntadeandalucia.es/gobernacion/opencms/portal/PoliticMigratorias/Publicaciones/materiales_forinter/modulo2/pulido_2_1.pdf

KEMMIS, S. y McTaggart, R. (1988). *Cómo planificar la investigación acción*. Laertes. Barcelona.

LEY 100 de 1993 en su CAPITULO III “REGIMEN DE LAS EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO” mencionados en sus artículos 194, 1. 1. (23 de Diciembre de 1993). *LEY 100 DE 1993*. Recuperado el 24 de 10 de 2011, de www.colombia.com/actualidad/images/2008/leyes/ley100.pdf

MERINO, L. y Raya, E. (1993) “El método de la investigación-acción participativa como mediación entre la teoría y la práctica de la formación del/a trabajador/a social y en el desarrollo profesional” (copigrafiado), *Seminario de integración teoría- práctica en la formación de los trabajadores sociales (EUTS de Alicante- C.E.B.S.)*, 2/3-XII-1993.

MCKERNAN, J. (1999). *Investigación-acción y curriculum*. Madrid: Morata

MEJÍA TOBÓN, D. L. (2010). *HERRAMIENTAS DE FLEXIBILIDAD CURRICULAR: UNA APUESTA A LA INCLUSIÓN EDUCATIVA*. Medellín, Colombia.

MENGELBERG, G. (2009). *Un recorrido histórico del concepto de salud y calidad de vida a través de los documentos de la OMS*. TOG. Recuperado el 20 de Septiembre de 2011, de <http://www.revistag.com/num9/pdf/original2.pdf>

MEN, M. d. (1994). *ley 115*. Bogotá.

MEN. (8 de Febrero de 1994). Recuperado el 27 de Octubre de 2011, de <http://www.mineducacion.gov.co/1621/article-85906.html>

METROSALUD. (2011). *FACEBOOK*. Recuperado el 6 de 11 de 2011, de METROSALUD: <https://www.facebook.com/metrosalud?sk=info>

METROSALUD. (Diciembre - Enero de 2009-2010). *Latidos Comunitarios*. Recuperado el 6 de 11 de 2011, de <http://avalojstudio.com/publicaciones/Metrosalud.pdf>

MINISTERIO DE EDUCACIÓN (2010): *Lineamientos de la modalidad Educación Hospitalaria y Domiciliaria*. Buenos Aires.

MORENO, J. y ESPADAS M. A. (s.f.). *Diccionario Crítico de Ciencias Sociales*. Recuperado el 03 de Octubre de 2012, de <http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/I/index.html>

NACIONAL, M. D. (2008). *Guía de Educación inclusiva*. Santa Fe de Bogotá.

NACIONAL, C. (Noviembre, 2006). *LEY DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA (1098 DE 2006)*. Colombia.

NIÑO, D. D. (Octubre de 1998). *Facultad de Medicina, Ciencias y Farmacia, Universidad de Navarra* . Recuperado el 19 de Noviembre de 2011, de <http://www.unav.es/cdb/ammottawa3.html>

Oconitrillo, W. A. (20 de Agosto de 2010). *Principios de Curriculum, Emilia Coto Moya*. Recuperado el Agosto de 2012, de DEPRIVACIÓN SOCIOCULTURAL: <http://curriculumucr01.blogspot.com/2010/08/deprivacion-sociocultural.html>

O.M.S. Declaración de Alma-Ata. 1978: Atención Primaria de Salud. Ginebra, 1978. (Serie Salud Para Todos, 1).

ORTÍZ, C. (1999). Formación de los profesionales del contexto hospitalario. *Profesorado revista de currículo y formación del profesorado*, 3,2 . 1999: <http://www.ugr.es/~recfpro/rev32ART5.pdf>

ORTIZ, M. y BORJAS, B. (2008). La investigación Acción Participativa: Aporte de Fals Borda a la educación popular. *Espacio Abierto* , 615-627

Pediatría, S. C. (2004). *Declaración de derechos de los niños*. Recuperado el 17 de 09 de 2011, de <http://www.scp.com.co/ArchivosSCP/PediatrasyDerechos/Declaracion.pdf>

POLAINO-LORENTE, Aquilino y LIZASOAIN RUMEU, Olga, “La Pedagogía Hospitalaria en Europa: La historia reciente de un movimiento pedagógico innovador” en *Psicothema*. España, Universidad de Oviedo, 1992, año/vol. 4, núm. 001, pp. 49-67.

PEDAGOGIA HOSPITALARIA EN HOMI. (1 de junio de 2009). Recuperado el 25 de Agosto de 2011, de Espacio donde queremos dar a conocer nuestro trabajo y dar a conocer la Pedagogía Hospitalaria en Colombia como educación inclusiva: http://pedagogiahospitalariafum.blogspot.com/2009/06/historia_01.html

QUINTANA CABANAS, JM^a. (1984): *Pedagogía Social*. Madrid: Dykinson

RAHMAN, M.A. (1991) “El punto de vista teórico de la IAP”, *Fals Borda y otros* (1991).

RAE: Diccionario de la Real Academia española. Vigésima segunda edición. (Del lat. *patiēns*, -*entis*, part. act. de *pati*, padecer, sufrir). Nota del texto en español: Tercera conferencia dictada en el curso de medicina social que tuvo lugar en octubre de 1974 en el Instituto de Medicina Social, Centro Biomédico, de la Universidad Estatal de Rio de Janeiro, Brasil. Los textos de las dos primeras conferencias aparecieron en *Educ méd salud* 10(2), 152-169, 1976, y 11(1), 3-25, 1977, respectivamente

RED LATINOAMERICAMA Y DEL CARIBE. (s.f.). Recuperado el 23 de 10 de 2011, de <http://www.fundacioncarolinalabra.cl/PDF/DECLARACION-DE-LOS-DERECHOS-DEL-NINO.pdf>

REYES GÓMEZ Alvaro Daniel, L. M.-C.-i. (abril de 2008). *ANÁLISIS DOCUMENTAL EN TORNO A LA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA*. Recuperado el 6 de 11 de 2011, de 2.FUNDACIÓN UNIVERSITARIA MONSERRATE FACULTAD DE EDUCACIÓN CONVOCATORIA DE INVESTIGACIÓN 2005 ANÁLISIS DOCUMENTAL EN TORNO A LA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA: <http://www.slideshare.net/ObservatorioCCD/analisis-ph>

REVISTA DIGITAL INOVACIÓN Y EXPERIENCIAS EDUCATIVAS. (Dic de 2008). Recuperado el 26 de Agos. de 2011, de "Aulas Hospitalarias": http://www.csi-csif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_13/ALBA_CABEZAS_1.pdf

RODRÍGUEZ, A. (Lunes, 11 de Mayo de 2009). *POLISEMIA DIGITAL*. Recuperado el 2011, de CON RESPECTO A LOS AMBIENTES DE APRENDIZAJE.

ROMERO, K., & Alonso, L. (2006). *ARTE Y JUEGO EN LAS AULAS HOSPITALARIAS: UNA EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DE LOS ANDES*. Mérida Venezuela.

SANCHEZ, E. M.-S. (s.f.). *por una escuela libre, cooperativa y comunicadora*. Recuperado el 18 de Nov de 2011, de http://www.uhu.es/cine.educacion/figuraspedagogia/0_celestin_freinet.htm

SANDOVAL CASILIMAS, C. A. (2002). *Investigación cualitativa. Programa de especialización en teoría, métodos, técnicas de investigación social*. INER Universidad de Antioquia. Instituto colombiano para el fomento de la educación superior, ICFES. Bogotá Colombia: Arfo Editores e impresores Ltda.

SANDOVAL CASILIMAS, Carlos A. *Investigación Cualitativa. Programa de especialización en teoría, métodos técnicas de investigación social*. INER Universidad de Antioquia. Instituto colombiano para el fomento de la educación superior, ICFES. Arfo Editores e Impresores Ltda. Bogotá, Colombia. 2002. P. 11. <http://blog.espacio3i.com/2009/01/que-es-investigacion-cualitativa.html>

SERRADAS FONSECA, M., Ortíz González, M. d., & Jiménez, J. d. (2002). *NECESIDAD DE ASISTENCIA EDUCATIVA AL NIÑO HOSPITALIZADO*. Salamanca España .

SOTO, C., & SOLANGE, A. M. (2004). *EL AULA HOSPITALARIA UN CAMINO A LA EDUCACIÓN INCLISIVA* . Perú.

TAYLOR S. J. y R. Bogdan (1992), *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Ed. Paidós, Barcelona.

TESIS DE INVESTIGACIÓN. (s.f.). Recuperado el 03 de Octubre de 2012, de <http://tesisdeinvestig.ogspot.com/2011/06/investigacion-accion-participativa.html>

TRILLA BERNET, J (1998): *La educación fuera de la escuela. Ámbitos no formales y educación social*. Ed Ariel, Barcelona.

UNICEF. (1989). *UNICEF*. Recuperado el 24 de 10 de 2011, de http://www.unicef.org/mexico/spanish/mx_resources_textocdn.pdf

UNICEF (1995). *"Informe final de la conferencia mundial sobre necesidades especiales: acceso y educación"*. Madrid España.

VIDAL LEDO María Y RIVERA MICHELENA Natacha, *Investigación-acción*, Escuela Nacional de Salud Pública, Educ Med Super 2007;21(4) <http://avalojmstudio.com/publicaciones/Metrosalud.pdf>

VILLEGAS, D. P., & SANCHEZ, A. I. (2006). *"SOÑANDO CON UN LUGAR DONDE"*. Medellín

ZAVALA, G. S. (2010). *Primer Congreso Latinoamericano y El Caribe: "La Pedagogía Hospitalaria Hoy: Contextos, Políticas y Formación Profesional"*. Recuperado El 10 De Agos. De 2011, De Análisis Comparativo de los Marcos Legales de América Latina y el Caribe.: http://www.redlaceh.com/postCongreso/panel_de_especialistas/garbine_saruwatari.pdf

11. ANEXOS

MATRIZ DE LECTURAS

LOCALIZACIÓN:	CLASIFICACIÓN:	N°
DESCRIPCIÓN:		
PALABRAS CLAVE:		
CONTENIDO:		
OBSERVACIONES:		
TIPO DE FICHA:		
ELABORADA POR:		

FORMATO DE ENTREVISTA

¿De qué manera podemos trabajar articuladamente ustedes desde su campo profesional y nosotros desde el componente pedagógico para mejorar la calidad de vida de nuestros usuarios?

GRUPOS	ACTORES
HOSPITALIZACIÓN ADULTOS	Enfermeras: Medico: Medica:
ANÁLISIS	
UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES	Enfermero Jefe: Enfermeras: Medico:
ANÁLISIS	
PEDIATRÍA	Enfermeras Pediatra Enfermera Jefe Acompañante De Familia Servicios Generales
ANÁLISIS	

FORMATO DE ACTIVIDADES

PLANEACIONES	
PROPÓSITO	
PARTICIPANTES	
MATERIALES O RECURSOS	
PROCEDIMIENTOS	INTRODUCCIÓN:
	DESARROLLO:
	EVALUACIÓN:

FORMATO ACTIVIDADES PEDIATRÍA	
IDENTIFICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital Manuel Uribe Ángel (HMUA) • Docentes: Verónica Murillo Correa y Jimmy Alejandro Hernández Tisoy
PROPÓSITO	Promover el trabajo cooperativo entre pacientes y acompañantes a través de juegos, fortaleciendo las relaciones sociales, la comunicación, el estado de ánimo y la resiliencia.
PARTICIPANTES	Comunidad del piso tres de pediatría
MATERIALES O RECURSOS:	<ul style="list-style-type: none"> • Sapo y forastero de Max Velthujs • Imágenes del cuento (concéntrese) • Colores, marcadores, hojas... • Fichas de loterías pedagógicas • Palos de paleta, pinturas, pinceles, pegante, mirellas,
PROCEDIMIENTOS:	<p>Se desarrolla la lectura del cuento por imagen haciendo predicciones y luego se hace la lectura de forma oral utilizando la voz como instrumento de concentración, se hace un concentre con las imágenes del cuento y se trabaja recuento oral de lo leído fortaleciendo la memoria, el lenguaje y la percepción....</p> <p>Se juega la lotería pedagógica con los acompañantes y pacientes permitiendo desarrollar la concentración, la motricidad, el reconocimiento de figuras comunes y descripción de las mismas.</p> <p>Se realiza una manualidad que permite desarrollar la motricidad fina, la concentración, la percepción, el lenguaje entre otras habilidades básicas, el producto sirve para guardar pequeños objetos. Esta actividad está dirigida a acompañantes y pacientes.</p>
	<p>EVALUACIÓN:</p> <p>(Que nos devuelven ellos a nosotros.)</p>

FORMATO ACTIVIDADES UCE	
IDENTIFICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital Manuel Uribe Ángel (HMUA) • Docentes: Yulied Ríos Gil y Vanesa Gallo Zapata
PROPÓSITO	Actualización en noticias del país a los paciente de la UCE.
PARTICIPANTES	Comunidad del piso de la UCE
MATERIALES O RECURSOS	Comunicación Oral
PROCEDIMIENTOS:	<p>DESARROLLO:</p> <p>¿Qué es el TLC?</p> <p>EL TLC Es un acuerdo mediante el cual dos o más países reglamentan de manera comprehensiva sus relaciones comerciales, con el fin de incrementar los flujos de comercio e inversión y, por esa vía, su nivel de desarrollo económico y social.</p> <p>Los TLCs contienen normas y procedimientos tendientes a garantizar que los flujos de bienes, servicios e inversiones entre los países que suscriben dichos tratados se realicen sin restricciones injustificadas y en condiciones transparentes y predecibles.</p>
	<p>EVALUACIÓN:</p> <p>El tema de las noticias, es un tema que les interesa a la población hospitalizada de la UCE. Sin embargo, tanto a hombres como mujeres prefieren dialogar en torno a los lugares donde viven, con quiénes viven, qué hacen, a qué se dedican.</p>

FORMATO DE ACTIVIDADES HOSPITALIZACIÓN DE ADULTOS	
IDENTIFICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital Manuel Uribe Ángel (HMUA) • Docentes: Luz Estela Álvarez Restrepo y Skarleth Roman Velandia
PROPÓSITO	El valor de la palabra en los procesos de recuperación.
PARTICIPANTES	Pacientes de Hospitalización Torre Alianzas. Docentes Universidad de Antioquia
MATERIALES O RECURSOS	- La Palabra - Juegos de mesa
PROCEDIMIENTOS:	EXPLORACIÓN – SABERES PREVIOS: ¿Qué te puede enseñar la experiencia de la enfermedad y hospitalización para vida?
	DESARROLLO: Diálogo mediado por la pregunta inicial.
	EVALUACIÓN ¿Cómo te pareció nuestra intervención? ¿Qué opiniones o sugerencias tienes para nosotras?

FORMATO DE OBSERVACIÓN

ACTORES	CARACTERÍSTICAS
PACIENTES	
ENFERMERAS	
MÉDICOS	
ACOMPAÑANTES	
OTROS (ESPECIFICAR QUIENES)	
ESPACIOS	
Habitación	
Sala de juegos	
RECURSOS	
MATERIALES DISPONIBLES	

FORMATO DE DIARIO PEDAGÓGICO

IDENTIFICACIÓN	
OBJETIVO	
DESCRIPCIÓN	
ANÁLISIS	
CONCLUSIONES	
REFLEXIONES	