

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	9
2. JUSTIFICACIÓN	12
3. DIAGNÓSTICO GENERAL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL	15
3.1 RESEÑA HISTÓRICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAÚL.....	16
3.1.1 Misión, visión y plan estratégico del Hospital Universitario San Vicente de Paúl.....	18
3.1.2 Hospital Infantil:	20
3.2. DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO DE LA SALA DE ONCOLOGÍA.....	20
3.2.1 Condiciones psicoambientales de la sala:	20
3.2.2 Caracterización de la población de la sala de oncología:	21
3.3 ANÁLISIS DEL DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO.....	22
4. ANTECEDENTES.....	27
4.1 A NIVEL INTERNACIONAL:.....	27
4.2 A NIVEL NACIONAL	30
4.3 A NIVEL LOCAL.....	31
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	35
6. OBJETIVOS	37
6.1 OBJETIVO GENERAL.....	37
6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	37
7. DISEÑO METODOLÓGICO	39
7.1 PARADIGMA CUALITATIVO	39
7.2 DISEÑO: INVESTIGACIÓN PEDAGÓGICA.....	40
7.3 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	43
8. MARCO LEGAL	45
8.1 DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DEL NIÑO, APROBADA POR LA ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS EL 20 DE NOVIEMBRE DE 1959	45
8.2 CÓDIGO DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA LEY	47
8.3 LEY GENERAL DE EDUCACIÓN: LEY 115 FEBRERO 8 DE 1994	50
8.4 DERECHOS DE LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS: SOCIEDAD COLOMBIANA DE PEDIATRÍA.....	51
9. MARCO TEÓRICO	53

9.1 NIÑO	53
9.1.1 Concepto de niño/a en la historia	53
9.1.2 El niño enfermo.....	56
9.2 EDUCACIÓN.....	60
9.3 PEDAGOGÍA HOSPITALARIA.....	67
9.3.1 Historia y Evolución de la Pedagogía Hospitalaria.	67
9.3.2 Definición de pedagogía hospitalaria.	68
9.3.3 Aulas Hospitalarias y Pedagogo Hospitalario.	70
9.4 ESQUEMA CORPORAL.	75
9.4.1 Definición de Esquema Corporal	75
9.4.2 Construcción del Esquema Corporal	79
9.5 LÚDICA	84
9.5.1 Definición de Lúdica.....	84
9.5.2 Definición de juego.	85
9.5.3 Clasificación de los juegos.....	86
9.5.4 Beneficios de la lúdica y el juego.....	88
9.5.5 La lúdica y el juego	90
9.6 ESTIMULACIÓN	92
9.6.1 Definición	92
9.6.2 Conceptos que se relacionan con la estimulación.	95
9.6.3 Áreas de la estimulación.....	98
10. ANÁLISIS DE CATEGORÍAS	101
10.1 CATEGORÍA DE ESTIMULACIÓN	101
10.1.1 Subcategoría: El Juego y la Lúdica.....	110
10.2 CATEGORÍA DE ESQUEMA CORPORAL	113
10.3 CATEGORÍA DE EDUCACIÓN.....	127
10.3.1 Subcategoría de Enseñanza- Aprendizaje y Didáctica.	132
10.3.2 Subcategoría de Pedagogía Hospitalaria.	135
11. CONCLUSIONES	140
12. RECOMENDACIONES.....	143
BIBLIOGRAFÍA.....	145
ANEXOS.....	152

1. INTRODUCCIÓN

Este trabajo es el resultado de un proyecto pedagógico investigativo que se llevó a cabo con niños/as de 4 a 14 años de edad, hospitalizados en la sala de Oncología, del el Hospital Infantil San Vicente de Paúl, de la ciudad de Medellín, cuyo objetivo era favorecer la reestructurar del esquema corporal de dicha población, mediante la ejecución de un programa de estimulación lúdico y pedagógico, basado en la pedagogía hospitalaria.

Durante las observaciones realizadas en la fase de diagnóstico se pudo evidenciar que los/las niños/as presentan cambios en su apariencia física como consecuencia de los tratamientos médicos derivados de la enfermedad; por ejemplo, alopecia, disminución del crecimiento y desarrollo, pigmentación en la piel (petequias), estos cambios disminuían su autoestima, autoimagen, autoeficacia y autoconcepto, necesarios para relacionarse con su entorno. Así mismo, se observó que algunos no identificaban, localizaban y diferenciaban algunas partes de su cuerpo, además, desconocían su función. Por tanto, se hizo pertinente favorecer en esta población la reestructuración del esquema corporal para que fortalecieran la confianza en sí mismo y adquirieran nuevos conocimientos.

Dado lo anterior, el programa de estimulación lúdico y pedagógico se basó, principalmente, en la dimensión corporal y la socio-afectiva, propuestas por el Ministerio de Educación Nacional, para el grado preescolar, pues éstas dan cuenta, de la relación que se establece entre la imagen y el concepto corporal y la forma de interactuar con el entorno. Lo que dio respuesta a las inquietudes y

necesidades que se generaron durante la realización del diagnóstico y que apuntaban específicamente a que dicha población debía comenzar un proceso de reestructuración de su esquema corporal, con el fin de mejorar su calidad de vida y la aproximación a la escolarización.

Otro aspecto importante a resaltar es que la educación del siglo XXI debe contar con docentes preparados y dispuestos para abrir sus horizontes, teniendo en cuenta que el proceso de enseñanza-aprendizaje, no sólo se da dentro de un aula regular en una institución educativa, sino que debe tener presente que trascienden límites y fronteras. Lo que se visiona en la ejecución del programa realizado las maestras en formación de la Universidad de Antioquia, en el Hospital Infantil San Vicente de Paúl, donde su quehacer pedagógico, media para que el proceso de enseñanza-aprendizaje se de en un contexto como el hospitalario, permitiéndoles, a esta población, tener aprendizajes significativos, que se encuentren transversados, no sólo por una educación no formal sino también por un espacio lúdico; pues, siempre se ha reconocido el hospital únicamente como un escenario donde el/la niño/a ingresa para recuperar su salud, y no como el lugar donde puede continuar con su proceso académico y formativo.

Dado lo anterior, y en aras de ampliar el campo de acción del Pedagogo Infantil, este proyecto pedagógico investigativo se basó en la pedagogía hospitalaria, la cual es un campo relativamente nuevo que brinda al educador una visión fuera de la escuela como estructura física, pero que a su vez pretende llevar al/la niño/a hospitalizado/a ha conocer su medio más inmediato y a tratar de entender lo que sucede con su enfermedad, lo que favorece la integralidad del/la niño/a, donde la educación juega un papel fundamental.

Entendiendo esto, La Facultad de Educación de la Universidad de Antioquia, a través del Programa de Licenciatura en Pedagogía Infantil, ofreció la línea de estimulación, como una de las opciones propuestas, a las/os maestras/os en formación para que se iniciaran su trabajo de grado, lo que a su vez es apoyado por el Hospital Infantil San Vicente de Paúl, que abre sus puertas para que estas/os estudiantes realicen sus prácticas, lo que se vio reflejado en estos tres semestres, con el diseño de un programa de estimulación lúdico y pedagógico, que se llevó a cabo en la sala de oncología del mencionado hospital, y que se aborda desde una pregunta de investigación, fruto del análisis del diagnóstico y de la temática del mismo, así como también, de la consulta bibliográfica y lo más importante, de las inquietudes de las maestras en formación y las necesidades de la población infantil hospitalizada.

De otra parte, este trabajo se presenta en el siguiente orden: en un primer momento se alude a la introducción, donde se plantea qué se va a realizar, seguidamente se expone la justificación en la cual se plantea la importancia del trabajo investigativo para los diversos agentes que intervienen en él; luego, se encuentra el diagnóstico donde se da cuenta de la problemática de la población infantil oncológica hospitalizada; posteriormente el planteamiento del problema, el cual parte del análisis del diagnóstico y de la temática de pedagogía hospitalaria; luego se presenta el objetivo general y los específicos que orientan el trabajo investigativo, continúa entonces, el diseño metodológico donde se establece el paradigma investigativo con su respectivo diseño, seguido se presenta el marco teórico con las categorías trabajadas a lo largo del proyecto investigativo y sus respectivos análisis y finalmente las conclusiones, recomendaciones y la bibliografía que sirvió de insumo en la elaboración del proyecto pedagógico investigativo y del marco teórico.

2. JUSTIFICACIÓN

La educación favorece el desarrollo integral del/la niño/a, por lo tanto, es menester que todas las instituciones que le rodean velen porque esto se cumpla a cabalidad, aún estando en condiciones y ambientes adversos, como lo es el medio hospitalario, donde si bien, hay un reconocimiento del niño/a enfermo, se hace énfasis en la curación de la enfermedad que padece, olvidando que el desarrollo humano se da en todas las dimensiones. Por tanto las necesidades de éste no son sólo de carácter médico, pues la ruptura con su medio habitual, llámese familia, escuela y pares, se convierte en una falencia que afecta todas las dimensiones de su desarrollo, y es ahí cuando la pedagogía hospitalaria busca acompañar a la población hospitalizada, velando tanto por la continuidad de su proceso de escolarización, como por la relación que establece con la enfermedad que padece. Con lo anterior el programa de estimulación lúdico y pedagógico, buscó a través de la Pedagogía Hospitalaria y teniendo en cuenta, las necesidades de la población infantil hospitalizada, propiciar la reestructuración del esquema corporal del/la niño/a hospitalizado/a, a través de un proceso que intervino en la imagen y el concepto corporal de dicha población, con actividades lúdicas y pedagógicas que apuntaban a tal fin.

Con relación a lo anterior se puede decir que el programa de estimulación lúdico y pedagógico, se soporta en tres conceptos básicos como son:

- Lúdica, porque cuenta con el juego como estrategia para expresar sentimientos y pensamientos, para captar la atención e interés, al igual que permite la solución de conflictos interiores y contribuye al desarrollo integral del/la niño/a.

- Estimulación, puesto que se relaciona específicamente con el crecimiento y desarrollo y trabaja la dimensión corporal que remite al esquema corporal desde sus dos componentes: la imagen y el concepto corporal, además de tener presente la dimensión socioafectiva que alude a la forma de relacionarse con el otro.
- Pedagógica, ya que promueve el desarrollo cognitivo, en tanto se habla de concepto corporal; y formativo, en el que se tiene en cuenta la imagen corporal, todo esto llevado a la práctica, por medio de unas intervenciones intencionadas y predeterminadas.

Es así como el programa de estimulación lúdico y pedagógico, se convierte en el medio para trabajar desde la dimensión corporal y socioafectiva, la reestructuración del esquema corporal del/la niño/a hospitalizado/a, pues como se mencionará en el apartado del diagnóstico, hay dificultades en la forma como los/as niños/as se perciben a sí mismos desde los cambios físicos que han sufrido, por los tratamientos que les son suministrados para la recuperación de la salud, lo que lleva a que su nueva imagen y concepto corporal no sean los más adecuados.

Por todo lo mencionado, se puede ver que el/la niño/a hospitalizado/a es el principal beneficiado con este programa de estimulación lúdico y pedagógico, ya que al trabajar el concepto y la imagen corporal, entiende qué sucede con su endocuerpo y exocuerpo, además la forma de establecer relaciones interpersonales cambia, lo que tiene repercusiones en la aceptación de sí mismo y en su desarrollo cognitivo y social.

De otro lado, se puede ver cómo el programa de estimulación lúdico y pedagógico ayuda a que el/la niño/a comience o continúe el proceso de reestructuración de su esquema corporal, pues si se mira desde la parte neurológicas del/la niño/a, la plasticidad cerebral brinda: *“...una infinita posibilidad y capacidad de asimilar toda la experiencia social acumulada por la humanidad durante cientos de generaciones y que le es transmitida básicamente, sobre todo en los primeros momentos de la vida, por el adulto que lo cuida y atiende..”* Mendoza (S.f), sin embargo, y a pesar de que ésta tiene su mayor desarrollo en los primeros años de vida, éste es progresivo y continuo y como dice Llinas (2003: 18), el desarrollo de las células cerebrales no termina, como se había dicho en otras investigaciones, a la edad de los dos años, sino que continua hasta la edad escolar.

Así como el programa de estimulación lúdico y pedagógico tiene un impacto directo en el/la niño/a hospitalizado/a, otros agentes como la familia y el personal médico y enfermero, se ven beneficiados de forma indirecta, pues toman conciencia de éste como un ser integral, entendiendo que la salud no se relaciona únicamente con el aspecto biológico, pues como lo menciona La Organización Mundial de la Salud (2006), *“La salud es el equilibrio entre lo psicológico, físico y lo espiritual, no es la ausencia de la enfermedad”*, lo que se complementa con lo mencionado por Grau (2004: 52) cuando argumenta que, la salud es un estado armónico integral donde se debe velar no sólo por la recuperación física, sino también por su estado psicológico, emocional y social del/la niño/a.

Del mismo modo, este programa de estimulación lúdico y pedagógico puede llegar a tener una repercusión Nacional, ya que se atiende un campo poco explorado e investigado como es la Pedagogía Hospitalaria y en sí la reestructuración del esquema corporal del/la niño/a hospitalizado/a, pues dentro del territorio Colombiano es algo nuevo que hasta el momento no ha alcanzado un grado de

difusión en el medio; además, con dicho programa se ampliaría el sentido y significado que se le ha asignado al quehacer pedagógico, pues el pedagogo se encuentra capacitado para trabajar todas las dimensiones del desarrollo humano; sin embargo, para efectos de este proyecto pedagógico investigativo se hizo mayor énfasis en las dimensiones socio-afectiva y corporal, pues para que el proceso educativo y formativo de los/las niños/as hospitalizados/as tenga un sentido y un significado, se debe trabajar primero la relación consigo mismo para después realizar actividades cognitivas; todo esto ayudando a trascender el quehacer pedagógico a otros ambientes distintos a un aula regular.

Para concluir, este proyecto pedagógico investigativo que se llevó a cabo en la sala de oncología del Hospital San Vicente de Paúl, constituye una fase importante para las maestras en formación que se encuentran a cargo de él; por una parte se comienza a caminar por la primera etapa de la formación profesional, el pregrado, en la que se evidencia, a través de este trabajo investigativo la apropiación de todos los conceptos, teorías, elementos pedagógicos, didácticos y metodológicos que se han estudiado previamente, y por otro lado, se convierte en un reto personal en la medida que allí se aprende a manejar todos aquellos sentimientos que genera el medio hospitalario como son la tristeza, la impotencia de no saber que hacer en determinada circunstancia, entre otros; además de que se asume una actitud positiva frente a la vida, la salud y su cuidado tanto de sí mismo como de aquellos que se encuentran alrededor.

3. DIAGNÓSTICO GENERAL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL

3.1 RESEÑA HISTÓRICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAÚL¹.

El Hospital Universitario San Vicente de Paúl esta ubicado en la zona nororiental de la ciudad de Medellín, en la dirección Cl. 64 51 D - 154. Cerca de él se encuentra la estación hospital del metro de la ciudad, las facultades de Medicina, Odontología, Salud Publica de la Universidad de Antioquia y La Universidad Nacional; cuenta con dos puertas de acceso para el público una sobre la calle Barranquilla (Cl. 15 S 48 B – 35) y otra por la CR. 51 49 – 59 P-9.

Este hospital está conformado por una serie de bloques y salas de hospitalización como son:

- **Bloque amarillo # 7:** medicina interna.
- **Bloque rojo #12:** ginecobstetricia.
- **Bloque blanco # 6:** pensionados.
- **Bloque verde # 5:** medicina física y rehabilitación.
- **Bloque azul # 8:** quirófanos de cirugía general.
- **Bloque # 3:** unidad de diálisis, trasplantes y cardiovascular.
- **Bloque # 4:** psiquiatría.
- **Bloque # 14:** policlínica.
- **Bloque # 16:** consulta externa de adultos y **pediatría.**
- **Y las salas de hospitalización:** María Auxiliadora, Santa Lucia, Santa Sofía, Luís Carlos, Uribe y Elkin Rodríguez, Pío X, Perpetuo Socorro, La Inmaculada, San Camilo, Cristo Rey, San Rafael y Santa Genoveva.

¹ El resumen extractado y presentado en este diagnóstico general, fue tomado de la página Web del Hospital Universitario San Vicente de Paúl: www.elhospital.org.co/historia.

La historia del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, se remonta al año 1912, cuando un grupo de filántropos antioqueños gestaron la idea de construir un hospital. Por aquella época sólo existía en la ciudad de Medellín el Hospital San Juan de Dios, pero sus condiciones locativas y de instrumentos eran lamentables. Fue así como Don Alejandro Echavarría Isaza mostró preocupación por esto, entonces resolvió iniciar la propuesta de un nuevo hospital.

La obra contó, con una principal fuente de ingresos para su construcción, las donaciones testamentarias de prestantes miembros de la sociedad, acto que motivó el mismo don Alejandro, legando al Hospital como a uno más de sus hijos. Además de los auxilios del Municipio, del Departamento y la Nación, recibió donaciones del Ferrocarril de Antioquia -que transportó gratuitamente todos los materiales para la construcción, pues la mayoría tuvieron que ser importados- las casas comerciales y bancarias, la Sociedad de Mejoras Públicas, la junta de señoras y la organización del Centavo de Navidad también dieron su aporte.

Los trabajos de construcción, duraron aproximadamente 20 años, se iniciaron el 4 de agosto de 1916 bajo la dirección del arquitecto Enrique Olarte hasta su muerte, en 1923, cuando fueron continuados por los ingenieros de obras departamentales, bajo la inspección del mismo don Alejandro y sus compañeros de la mesa directiva. Los primeros enfermos hospitalizados ingresaron el 1 de enero de 1926 y esta fecha se conoce como el dato real en el que fue inaugurado el hospital. A partir de entonces el trabajo del hospital fue continuo y de grandes avances, el más importante de estos y que explica el alto nivel del hospital en su labor asistencial e investigativa ha sido el convenio docente-asistencial establecido desde 1948 con la Universidad de Antioquia, que regula las relaciones entre

ambas instituciones. En 1959 la junta directiva adicionó al nombre del Hospital la palabra "Universitario" para corroborar ese matrimonio indisoluble entre el Hospital y la Universidad, que ha convertido al Hospital en el principal centro de referencia de las instituciones de salud de todos los municipios de Antioquia y de los departamentos vecinos, siendo el Hospital donde se atienden las enfermedades que demandan alta especialidad.

Desde sus inicios y teniendo en cuenta el proceso por el cual ha pasado el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, este se ha orientado como una institución sólida, que al igual que muchas otras cuenta con una misión y una visión que apunta, precisamente, al cumplimiento de todos y cada uno de los objetivos propuestos.

3.1.1 Misión, visión y plan estratégico del Hospital Universitario San Vicente de Paúl

- **Misión:** “El Hospital Universitario San Vicente de Paúl es una institución privada sin ánimo de lucro que presta servicios de salud con énfasis en la atención del paciente de alta complejidad. Destina su esfuerzo económico para quienes, necesitando servicios, no pueden pagar por ellos. Realiza su tarea con sentido humano, enfoque integral, calidad y ética, con personas idóneas y comprometidas. Participa en la formación del talento humano y en el desarrollo de investigación en salud para contribuir a la generación de conocimiento”.

- **Visión:** “En el año 2012, el Hospital Universitario San Vicente de Paúl será reconocido como centro de excelencia en la prestación de servicios de salud de alta complejidad y como modelo de responsabilidad social”

- **Plan estratégico**

El plan estratégico está conformado por tres temas a saber:

- **Proyección social:** Refiere a las acciones encaminadas a buscar la proyección social del hospital más allá de la asistencia, buscando mantener la tradición de beneficio a la sociedad como institución generadora de riqueza social y del conocimiento.
- **Productividad:** Busca incrementar la eficacia y la eficiencia de todos los procesos que se realizan en el hospital, para poder generar mayores recursos para destinar a nuestra labor social
- **Segmentación:** Es un término que determina una estrategia, de tipo económico, específica, que el Hospital Infantil San Vicente de Paúl quiere desarrollar buscando incrementar los ingresos mediante una mayor contratación con las aseguradoras y con el Estado, lo que obviamente redundará en un mayor beneficio para la comunidad.

3.1.2 Hospital Infantil:

El pabellón Infantil "Monseñor Manuel José Caicedo" fue fundado en 1940 dando origen al Hospital Infantil, inaugurado el 11 de marzo de 1961, como un pabellón anexo al Hospital San Vicente de Paúl. Este edificio, venía proyectándose desde 1949, debido a que tanto en los servicios de urgencias como en consulta externa y hospitalización, la demanda superaba la capacidad de servicio, se pensó en construir una obra independiente para mejorar la atención al/la niño/ enfermo/a.

El pabellón Infantil cuenta con unas salas específicas que brindan atención para determinadas enfermedades, éstas salas son: Prematuros; Nefrología; Pediatría general; Lactantes; Urgencias; Niños Aislados; y por ultimo el área de Oncología. Esta última es la unidad integral del cáncer, cuenta con más de 40 años de trayectoria en el tratamiento integral de éste.

3.2. DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO DE LA SALA DE ONCOLOGÍA

3.2.1 Condiciones psicoambientales de la sala:

La sala de oncología cuenta con:

- Una recepción donde se consigue toda la información acerca de los pacientes, igualmente que dan cuenta del personal que trabaja en esta área.
- Existen varios cuartos de utilería entre los que se encuentran: Aseo, ropa limpia y sucia, baños, botiquín y cocineta, igual que una sala interna que es

de área restringida donde se practican exámenes y procedimientos a los pacientes, y se realiza la quimioterapia ambulatoria.

- Un espacio ubicado al lado izquierdo de la sala, está dedicado a la zona lúdica para los/as niños/as, en ésta se encuentran: caja de juguetes (raquetas, pelotas, armatodos, baldes, panderetas, muñecas, poncheras, caballos de madera, tablero acrílico, triciclos, lanas, colores, entre otros), contiguo a hay un estante con videos, cuentos, acuarelas, pinceles; un televisor con x- box y play station. Dentro de esta zona se encuentran tres (3) mesas y once (11) sillas plásticas, para los menores.
- En la sala hay catorce (14) habitaciones de las cuales tres (3) son dobles, seis (6) de éstas son de área restringida (pacientes aislados), aunque también se utilizan para pacientes que no necesitan ser aislados. Cada habitación cuenta con una cama, un nochero, closet, baño, un sofá cama y un televisor. La iluminación de las habitaciones cuenta con los ventanales que dan hacia la parte de afuera del pabellón infantil, la ventilación corre por cuenta del aire acondicionado.

3.2.2 Caracterización de la población de la sala de oncología:

Dentro de la población de la sala de oncología se encuentran niños/as entre los cero (0) y quince (15) años de edad, diagnosticados con diferentes tipos de cáncer. Proviene de varios municipios de Antioquia, como son Zaragoza, Rionegro, Riosucio, Segovia, Carmen de Atrato, Girardota, Belalcazar, Vigía del fuerte, Sincelejo, Córdoba, Cauca, Necoclí, Concordia, Montería; y algunos

barrios de la ciudad de Medellín como: 12 de Octubre, Andalucía La Francia, Manrique, Castilla, Popular 1 y 2, entre otros. Los estratos socioeconómicos fluctúan entre el nivel uno (1) y tres (3). Su nivel de escolaridad es el siguiente:

- Los menores de tres (3) años no acuden a ningún centro educativo.
- La mayoría de los/las niños/as de cuatro (4) y cinco (5) años, asisten al preescolar, pero sus actividades académicas se ven interrumpidas por los síntomas y tratamientos de su enfermedad y las sesiones de quimioterapia a las que deben acudir.
- Los/las niños/as entre los cinco (5) años a quince (15) años de edad, en su mayoría, cursan la básica primaria y secundaria, pero presentan desescolarización debido a sus problemas de salud.

3.3 ANÁLISIS DEL DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO.

Dentro de este análisis se dará cuenta de ciertos aspectos que fueron relevantes para la elaboración del diagnóstico, y que permitieron formular la pregunta que guiará todo el proceso de investigación.

- La mayoría del personal médico se preocupa sólo por la recuperación de la salud desde el ámbito biológico, pues algunos argumentan que *“El niño viene aquí es para aliviarse y no para brincar o jugar”*, otros sólo están pendientes de aplicar inyecciones y dar medicamentos y no ven la importancia de que el/la niño/a continúe con su proceso académico y formativo; además de esto, no les informan al/la niño/a sobre el diagnóstico, ni las consecuencias de su enfermedad. Sin embargo, algunos de ellos

están más comprometido con los pacientes y acompañantes, brindándoles un clima acogedor.

- Durante el proceso de hospitalización es fundamental la presencia de acompañantes, como mamá, papá, abuelas, tíos, padrastros, debido a que hacen más llevadera la estadía de los/las niños/as en el hospital, especialmente de los más pequeños, ya que representan la figura protectora, además de que acompañan el proceso que se lleva con los/as niños/as. Sin embargo, se pudo observar que algunos de estas personas acompañan al menor sólo para satisfacer sus necesidades básicas como alimentación y aseo personal, olvidándose que en ese medio se requiere de una compañía que le permita continuar con su desarrollo integral; además es fundamental que éstos le hablen al/la niño/a de su enfermedad y tratamiento, pues algunos ocultaban a sus hijos información sobre su diagnóstico, por evitar preocupación y angustia en ellos.
- Durante las observaciones se evidenció que los/las niños/as más pequeños/as, se les dificulta el manejo de la bomba de infusión y el catéter, pues en las actividades que proponían las maestras en formación, en ocasiones no las realizaban por temor a lastimarse la parte del cuerpo a la que estaban conectados. Los preadolescentes, en cambio, las manipulan con mayor facilidad debido a los largos períodos de estadía en el hospital.
- La actitud que asume el/la niño/a frente a los cambios físicos que presenta durante el tratamiento, le generan alteraciones a nivel emocional y social llevándolo a un autoislamiento o a una ruptura con las relaciones

interpersonales, pues en ocasiones cuando las maestras en formación llegaban a la sala, algunos/as niño/as preferían no salir de su habitaciones manifestando: *“Yo no quiero salir, porque me da pena que me vean así...sin pelo”*.

- Las alteraciones del esquema corporal del/la niño/a hospitalizado/a, que se reflejan en su imagen y conocimiento corporal, debido a que sufren cambios a nivel físico, entre los cuales el más significativo es la alopecia, con el cual comienzan a surgir problemas de autoestima, autoconfianza, autoimagen, autoconcepto, autoeficacia, que ponen de manifiesto dificultades de conducta y de autoaislamiento, además de desconocer, en la mayoría de casos, el origen, causas y consecuencias de la enfermedad que padecen, lo que se evidencia cuando los/as niños/as entre los 4 y 7 años de edad, ponen resistencia frente al medicamento o la revisión médica, pues desconocen para que sirve.

- La falta de conocimiento, ubicación, diferenciación y funcionalidad, de las partes internas del cuerpo y la relación de este conocimiento con la enfermedad, lleva a la población infantil hospitalizada en la sala de oncología del Hospital Infantil San Vicente de Paúl, específicamente a los menores de 6 años, a tener más un saber intuitivo y fantasioso, que un conocimiento real, pues cuando se les preguntaba por las partes internas del cuerpo respondían con evasivas.

- La mayoría de los/as niños/as han tenido que interrumpir la escolarización debido a la enfermedad, y con ello se ha visto afectado no sólo el área

cognitiva, pues se le dificulta asimilar los componentes del esquema corporal, sino también la socio-afectiva, ya que es difícil establecer relaciones interpersonales e intrapersonales. Es el caso de los preadolescentes de la sala de oncología, que presentan dificultades de socialización, principalmente, por no haber asimilado su apariencia física.

- El desarrollo integral del/la niño/a debe contar con un grupo interdisciplinario que se encargue de continuar dicho desarrollo; y específicamente, en el ambiente hospitalario en la sala de oncología del Hospital Infantil San Vicente de Paúl, en la cual los/as niños/as deben enfrentarse a una “apariencia distinta” a aceptarla y comprenderla. Respecto a esto, se puede ver cómo el hospital no cuenta con un pedagogo infantil quien inicie o continúe el proceso formativo del/la niño/a hospitalizado/a en el que se involucra tanto lo educativo como lo personal.
- La falta de programas de estimulación en el medio hospitalario, lleva a que el/la niño/a no sea visto como un ser integral, ni continúe con su proceso de desarrollo, pues solamente está allí para paliar la enfermedad y sus efectos.
- Referente al clima emocional se aprecia que algunos/as niños/as son inestables, posiblemente al no encontrar estímulos para realizar las actividades que habitualmente efectuaba en contextos como la escuela y la casa.

Dado lo anterior, se hace pertinente la ejecución del programa de estimulación lúdico y pedagógico, que favorezca la reestructuración del esquema corporal del/la niño/a hospitalizados/a; así como la presencia de las maestras en formación en

este espacio, para ayudarlos en su proceso de hospitalización y desarrollo integral; además, algunas enfermeras y personal médico manifiestan de la presencia de ellas que: *“todo es más calmado cuando llegan ustedes”, “las actividades y el juego con los niños se han convertido en un aliciente para mejorar su calidad de vida”*; de igual modo los padres de familia demuestran curiosidad por las actividades que se están desarrollando con los/as niños/as en donde intervienen con preguntas como: *¿Quiénes son ustedes?, ¿Qué hacen con los niños?, ¿para qué son las actividades?, ¡Que tan buenas las cosas que ustedes hacen los muchachitos!*, lo que evidencia que se hace necesario la presencia del pedagogo infantil dentro del ambiente hospitalario.

4. ANTECEDENTES

La Pedagogía Hospitalaria se ha convertido, desde hace algún tiempo, en un campo abierto para la acción de los maestros, que buscan favorecer y aportar al aprendizaje y al desarrollo integral del/la niño/a hospitalizado/a; esta pedagogía, lo reconoce como un sujeto en formación, que necesita no sólo del campo educativo que ha abandonado, a causa de su enfermedad y tratamiento, sino que de igual manera, debe apropiarse de un ambiente hostil que le genera malestar. Desde este punto, en el ámbito mundial, se han presentado en diversos hospitales, propuestas y programas que se sustentan en la Pedagogía Hospitalaria y la abordan desde un aula lúdica pedagógica o aulas hospitalarias, de las que se hablará más adelante, en estas se desempeñan pedagogos infantiles junto a varios profesionales, como terapeutas, psicólogos, sociólogos, entre otros; que hacen un trabajo interdisciplinario en pro del/la niño/a hospitalizado/a.

A continuación se presentan las muestras más relevantes de trabajos con los/as niños hospitalizados/as, apoyados en la pedagogía hospitalaria:

4.1 A NIVEL INTERNACIONAL:

- **En Venezuela:**

“El Hospital J. M. de los Ríos creó en 1960 una escuela para los infantes hospitalizados, en la cual maestras de educación inicial y de educación básica imparten clases en las aulas y, si es necesario, se desplazan hasta la cama

donde se encuentre el niño que no se pueda movilizar al aula. Además de las clases, los niños y niñas tienen actividades adicionales como juegos, cuenta cuentos, manualidades, entre otras. En el Oncológico Luís Razetti funciona desde 1995 el centro educativo hospitalario "Los Pitoquitos", con el auspicio de la Fundación del Niño. El equipo multidisciplinario integrado por pediatras, psicólogos clínicos y psicopedagogos atiende un promedio de 20 pacientes diarios, no sólo a los que se encuentran hospitalizados, sino también a los que asisten a la consulta.

Otra experiencia interesante es la que lleva adelante el Instituto de Hemato-Oncología del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, en Barquisimeto, a través de un aula integral en la que se ofrece atención pedagógica a los niños con cáncer que se encuentran en tratamiento. Trabajan en ello un equipo multidisciplinario, integrado por educadores, psicólogos clínicos, pediatras oncólogos y pediatras hematólogos con el propósito de aminorar el estado de ansiedad que produce el tratamiento” Serradas, Fonseca (2003) La pedagoga hospitalaria: un aspecto más en la intervención socio-familiar. Rev. Ped, Set. 24 (71) 447-468

- **En España:**

“Se parte de una investigación llevada a cabo en el Hospital Clínico Universitario de Salamanca (España) con el objeto de indagar la situación actual en la que se encuentra el niño hospitalizado en relación a su situación emocional y escolar, y en cuanto a las posibilidades de actuación en estos ámbitos, se evaluó la presencia de síntomas de ansiedad en los padres y la relación que ésta pudiera tener con la ansiedad manifestada por sus hijos” (Serradas, 2002 a). En esta investigación se encuentra que para los padres de familia que tienen niños/as hospitalizados/as son más llevaderas todas las

angustias que trae la enfermedad si el personal médico les hace partícipes del proceso que llevan sus hijos.

- **En Argentina**

*Educared, argentina: “El 19 de septiembre de 1943 se da la creación de la primera **Escuela Hospitalaria N° 1 del Hospital de Niños**, a pedido del Dr. María del Carril, director de dicho hospital. Este hospital llevará más tarde el nombre de “Dr. Ricardo Gutiérrez”, impulsor de la inclusión del pedagogo en el ámbito del Hospital. Posteriormente, en octubre de 1947 se crea la Escuela Ambulante, actual Escuela Domiciliaria. A posteriori de esta fecha y por decreto de N° 29700/38 se crean escuelas hospitalarias en otras jurisdicciones del interior del país. Actualmente en la ciudad de Buenos Aires, funcionan tres Escuelas Hospitalarias, la Escuela N° 1 “Dr. Ricardo Gutiérrez”, la Escuela N° 2 “Dr. Juan P. Garranan” y la Escuela N° 3 “Dr. Pedro Elizalde” (Ex casa-Cuna)”.*

- **En Chile:**

Fundación nuestros hijos: “A fines del año 1996, dada la necesidad escolar de los niños enfermos de cáncer con largas hospitalizaciones y tratamientos prolongados, se presentó a los fondos de Salud Mental un proyecto que originalmente se llamó “Intervención educativa en niños enfermos de cáncer” desarrollado por la profesora Elizabeth Valenzuela y avalado por el equipo de oncología del Hospital Dr. Sótero del Río.

El principal objetivo de esta escuela es reinsertar exitosamente a los niños oncológicos recuperados a sus escuelas de origen, y para los niños crónicos, ésta es la posibilidad de educación desde pre-Kinder a 8° básico”. Todo este trabajo realizado en dicho hospital fue un cimiento para que otros retomaran la

idea del aula lúdico pedagógica, y a pesar de que hicieran algunos cambios en el proyecto inicial, se tenía el mismo objetivo base, anteriormente mencionado, y para mejorar el programa se adecuaron nuevas construcciones que se definían como propicias y aptas para la atención de los/as niños/as enfermos/as.

4.2 A NIVEL NACIONAL

En algunos hospitales del país se han llevado a cabo programas de esparcimiento enfocados hacia la lectura, pintura, juegos y demás actividades lúdicas y recreativas, que proporcionan la/la niño/a momentos de diversión. Uno de ellos es el programa de “Palabras que acompañan” de la marca Dolex, iniciado en el 2002, que busca mejorar la calidad de vida en niños y jóvenes a través de la lectura; dicho programa se realiza en 42 instituciones en las ciudades de Bogotá, Medellín, Cali, Manizales, Barranquilla, Cartagena y Bucaramanga.

Otro de los programas es el propuesto por la Fundación Doctora Clown, creado en 1998 y que tienen como objetivo contribuir, través de la Terapia de la Risa, en la salud emocional del niño hospitalizado, expuesto al desequilibrio que con lleva dicha hospitalización.

Sin embargo, aunque estos programas son de gran ayuda emocional para los niños/as, no se presentan como investigaciones sobre pedagogía hospitalaria.

4.3 A NIVEL LOCAL

En la ciudad de Medellín, en el Hospital Infantil San Vicente de Paúl, se viene trabajando mancomunadamente con la Facultad de Educación de la Universidad de Antioquia, desde hace algunos años, para desarrollar en el pabellón infantil, diversos proyectos que atienden al/la niño/a hospitalizado/a, sin embargo dichas investigaciones, en su mayoría favorecen el desarrollo intelectual dejando de lado la integralidad del ser humano y trabajando muy poco el aspecto emocional. A continuación se presentarán las conclusiones más relevantes de estas investigaciones:

- “Modelo de Acompañamiento Lúdico Pedagógico para el Niño Hospitalizado” (2001):

-Es un espacio donde los/as niños/as pueden expresar sus emociones y son escuchados; donde a través del juego y el aprendizaje muestran lo que son como seres sociales. Esto ha permitido visualizar que es perfectamente posible desarrollar un trabajo personalizado, teniendo en cuenta las diferencias individuales en su proceso de desarrollo; ya que aunque la gran mayoría están afectados en su parte física, sus procesos cognitivos siguen desarrollándose.

- Es posible, con el compromiso de Hospital y de la Universidad ofrecer atención educativa con calidad al/la niño/a hospitalizado/a y en un futuro tener un aula de compensación educativa.

- “Pedagogía Social Preventiva” (2001):

- Importancia de la educación en salud en los procesos pedagógicos.

- Reconocimiento de la familia y la escuela como espacios socializadores a través de los cuales se pueden formar hábitos de vida saludable.

- En el trabajo con los padres se percibe la tendencia de mujeres que son madres a muy temprana edad, entrando a formar parte del madre - solterismo o de las madres cabeza de hogar; las madres son en mayor porcentaje las que acompañan los/as niños/as en la salud, enfermedad y educación.

- “Acompañamiento Lúdico-Pedagógico al Aula Hospitalaria en el Pabellón Infantil del Hospital Universitario San Vicente de Paúl” (2002):

- Las actividades lúdicas-pedagógicas contribuyen a reducir el periodo de hospitalización del/la niño/a, ya que el sistema inmunológico y defensivo es estimulado por ellas, mejorando el estado físico, mental y anímico.

- Gracias a los nuevos conocimientos adquiridos por los/as niños/as, con relación al medio hospitalario, a la importancia de los medicamentos y la atención del cuerpo médico, se logra que acepten y colaboren más con su tratamiento, que unido al acompañamiento pedagógico desarrolla, fortalece y estimula las diferentes dimensiones del desarrollo: cognitiva, socio-afectiva, comunicativa, espiritual, ética, estética y corporal, a partir de las diversas áreas del conocimiento: social, artístico, lecto-escritura, matemáticas, entre otras.

- “Fundamentación Teórico Práctica de la Pedagogía Hospitalaria y Estrategias Metodológicas para la Intervención con el Niño Hospitalizado” (2004):
 - La pedagogía hospitalaria es una alternativa educativa y terapéutica que da continuidad al proceso escolar y atenúa el proceso hospitalario.
 - Las estrategias pedagógicas implementadas en las aulas hospitalarias, conjugan elementos curriculares, formativos y lúdicos que posibilitan un aprendizaje agradable y significativo.
 - El currículo en ambientes hospitalarios debe ser flexible, teniendo en cuenta las características, escolaridad, intereses y patología de los/as niños/as para contribuir a su proceso enseñanza aprendizaje.
 - A pesar de que se carece de una legislación específica, que avale los programas de aulas hospitalarias, la constitución nacional y los tratados internacionales ratificados por Colombia, los viabiliza.
- “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” (2005):
 - El juego y las actividades creativas favorecen la construcción de los procesos formativos, pues permiten a los/as niños/as, asimilar esta nueva experiencia como una posibilidad para consolidar su autoconcepto, autoeficacia y autoestima, lo que

le permitirá a su vez establecer procesos sociales, cognitivos y afectivos favorables para su desarrollo.

- Los/as niños/as en situaciones vulnerables, como lo son la enfermedad y hospitalización, aún encontrándose en condiciones desfavorables, pueden y deben recibir todo tipo de atención, inclusive la pedagogía, pues así sea en estas circunstancias, donde los procesos formativos se desequilibran, se debe dar una intervención pedagógica que posibilite un desarrollo integral.

- El acompañamiento que reciba un niño o una niña, por parte de sus seres queridos, durante su hospitalización, ayudará a mejorar su proceso de recuperación, tanto física como emocional, en la medida que se tengan vínculos afectivos sólidos y actividades benéficas que favorezcan la situación que está viviendo el/la niño/a enfermo.

- La función del maestro no debe enmarcarse sólo en el ámbito escolar sino que debe abrirse a otros espacios formativos donde sea requerida su presencia, pues tradicionalmente se han marginado contextos donde la infancia es más vulnerable, y donde se podrían generar mayores beneficios.

Para concluir, es importante mencionar que varios de estos proyectos fueron llevados a cabo dentro del aula lúdico pedagógica del Hospital Infantil creada en el 2.000 por enfermeras y estudiantes de último semestre de Educación Preescolar de la Universidad de Antioquia, los niños asistían allí en compañía de su familia para desarrollar actividades lúdicas y pedagógicas, con el propósito de implementar un programa de compensación educativa y continuar con este proceso, el cual se ve afectado debido a las enfermedades crónicas que hacen que los/as niños/as tengan que retirarse de su institución educativa.

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El ingreso de un/a niño/a al hospital represente un proceso de cambios y alteraciones en su cotidianidad, debido a que ingresa a un espacio desconocido, donde se manejan rutinas nuevas para él, además está rodeado de personas poco familiares, que lo único que buscan es mejorar su salud física y no le comunican sobre los procedimientos médicos que le serán realizados, además no lo consideran como un ser integral, que necesita continuar con su formación. Lo que lleva a pensar en la necesidad de la permanencia del pedagogo infantil en ese ambiente hospitalario, para que el/la niño/a continúe tanto el proceso académico como formativo. Es así como este profesional de la educación tiene la capacidad de permitir que el conocimiento científico del personal médico y enfermero sea asequible al/la niño/a, de manera que pueda paliar los efectos que trae una hospitalización y conocer las causas, consecuencias de la enfermedad que padece.

En aras de aportar a la visión de un ser integral, este proyecto investigativo, realizado en el aula lúdico pedagógica del Hospital Infantil San Vicente de Paúl, pretende que el/la niño/a hospitalizado/a reestructure su esquema corporal, a través de la ejecución de un programa de estimulación lúdico y pedagógico, que de igual manera le permitan hacer catarsis de los sentimientos y pensamientos que le suscitan tanto su enfermedad, como el hecho de estar en este medio hospitalario, lo cual se podrá evidenciar en las relaciones que establece con su entorno más inmediato.

Por último se pudo observar, que el tema de la reestructuración del esquema corporal, surge desde la necesidad que tiene el/la niño/a hospitalizado/a de

sentirse bien consigo mismo y así poder establecer relaciones intrapersonales e interpersonales con mayor facilidad, sin sentirse excluido por la sociedad que lo ve como un ser diferente, debido a los cambios físicos que presenta por su enfermedad, siendo el más evidente la alopecia.

Todos los factores que hacen parte del análisis del diagnóstico mencionados anteriormente, más las necesidades vistas por las maestras en formación, lo narrado en los diálogos con los/as niños/as hospitalizados/as, junto a lo expuesto en el espacio de conceptualización, los documentos tratados, y demás, fueron básicos para iniciar un trabajo investigativo que arroja como temática, **el desarrollo de un programa de estimulación lúdico y pedagógico, destinado a favorecer la reestructuración del esquema corporal del/la niño/a hospitalizado/a.** De igual manera se plantea como pregunta de investigación: **¿Cómo incide la ejecución de un programa de estimulación lúdico y pedagógico, en la reestructuración del esquema corporal del/la niño/a entre los cuatro (4) y los catorce (14) años de edad, hospitalizado/a en la sala de oncología del Hospital Infantil San Vicente de Paúl, de la ciudad de Medellín?**

Este proceso se llevará a cabo desde la línea de estimulación, favoreciendo la dimensión corporal del/la niño/a hospitalizado/a, para brindar una solución a la necesidad que tiene el niño/a de acompañarlo en su proceso de reestructuración del esquema corporal y atender al interés de las maestras en formación.

6. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL.

Determinar el impacto de la ejecución de un programa de estimulación lúdico y pedagógico, en el proceso de reestructuración del esquema corporal del/la niño/a entre los cuatro (4) y catorce (14) años de edad hospitalizado/a en la sala de oncología del Hospital Infantil San Vicente de Paúl, de la ciudad de Medellín.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- 1- Elaborar un programa de estimulación lúdico y pedagógico que de cuenta de la reestructuración del esquema corporal de/la niño/a hospitalizado/a, en la sala de oncología del Hospital San Vicente de Paúl
- 2- Desarrollar un programa de estimulación lúdico y pedagógico a través de estrategias pedagógico - recreativas con los/as niños/as hospitalizados/as, observando la reestructuración de su imagen corporal.
- 3- Desarrollar un programa de estimulación lúdico y pedagógico a través de estrategias pedagógico - recreativas con los/as niños/as hospitalizados/as, observando la reestructuración de su concepto corporal.

- 4- Evaluar, de manera cualitativa, el impacto del programa de estimulación lúdico y pedagógico, llevado a cabo con los/as niños/as hospitalizados/as, determinando su incidencia en el proceso de reestructuración del esquema corporal.

7. DISEÑO METODOLÓGICO

El proyecto pedagógico investigativo, que se realizó en el Hospital Infantil San Vicente de Paúl, en la sala de oncología, está enmarcado por el paradigma cualitativo expuesto por Carmen Lucia Cursio Berrero (2002) y el diseño de investigación pedagógica expuesto por Rafael Ochoa Flórez (2001), en donde se encuentran parámetros como:

7.1 PARADIGMA CUALITATIVO

- a) *“Fenómenos sociales, culturales ambientales, para obtener patrones humanos, comportamientos, interacciones, símbolos, valores. Relaciones de interacción. Paradigma interpretativo”.*
 - Como fenómeno, se presenta una alteración del esquema corporal del niño/a hospitalizado/a, ya que el cambio de imagen corporal afecta la relación consigo mismo y por ende el transcurso de su vida social, lo que ocasiona dificultades en el área socio-afectivo, pues al/la niño/al verse diferente de los demás tiende al autoaislamiento o al cambio de comportamiento.

- b) *“Búsqueda de datos objetivos y subjetivos”.*
 - Como dato objetivo se encuentra la búsqueda de actitudes que den cuenta del proceso de reestructuración del esquema corporal del/la niño/a

hospitalizado/a, y la intervención a través de un programa de estimulación lúdico y pedagógico en éste, específicamente del concepto corporal.

- En cuanto a los datos subjetivos, se tiene en cuenta la imagen corporal del/de la niño/a hospitalizado/a.

c) *“El foco de estudio serán Participantes, informantes, grupos, persona”.*

- El foco de estudio serán los/as niños/as hospitalizados/as en la sala de oncología del Hospital Infantil San Vicente Paúl, sin embargo también se tendrán en cuenta agentes como: personal médico y enfermeras, acompañantes.

d) *“El instrumento es el investigador. Utiliza instrumentos para estudios de campo como observaciones o entrevistas no estructuradas, abiertas y de profundidad con participación directa, documentos, guías, historias de vida, medios audiovisuales, biografías, diarios. etc...”*

- Para este proyecto se tuvo en cuenta instrumentos de recolección de información, como entrevista a profundidad, pautas de observación, diario pedagógico y diálogos informales, con los acompañantes de los/as niños/as de la sala de oncología, pues son propicios para el ambiente que se vive en este lugar.

7.2 DISEÑO: INVESTIGACIÓN PEDAGÓGICA

El diseño para abordar este proyecto investigativo se hizo desde La Investigación Pedagógica (IP) propuesta por Flórez Ochoa, Rafael y Ramírez, Edgar (2001), donde se presentan las siguientes características:

- *“Búsqueda constante, crítica y creativa, propia de los procesos educativos”*. Problematicar las situaciones que se presentan en el medio educativo, entendido como el aula lúdico pedagógica, donde se desarrollaron las actividades del programa de estimulación lúdico y pedagógico, da la oportunidad de hacer mejor la labor docente, pues abre los campos del perfil del Licenciado de Pedagogía Infantil, enriqueciendo la lectura que hace de lo acontecido en su contexto.
- *“Asume crítica y creativamente el trabajo cotidiano y las propias prácticas educativas”*. Durante este proceso investigativo las maestras en formación de la Universidad de Antioquia, están constantemente reflexionando su que hacer pedagógico, teniendo en cuenta los diversos acontecimientos que se presentan en medio hospitalario.
- *“Es leer y enriquecer la rutina docente desde otras perspectivas”*. Lo que remite a que el maestro busque nuevos espacios, donde su quehacer pedagógico no haya sido explorado y que le sirva para seguir indagando acerca de su profesión y sus campos de acción. Es así como el proyecto pedagógico que se llevó a cabo en el Hospital Infantil San Vicente de Paúl, permitió que las maestras en formación se visionaran en otro campo de acción donde hay niños/as que de igual manera son sujetos de educabilidad y enseñabilidad.

- *“La investigación pedagógica necesita de una curiosidad estable, curiosidad transformadora y constante”*. La curiosidad del maestro permite convertir el ámbito hospitalario en un espacio que puede transformar en un medio pedagógico y lúdico, donde el conocimiento tenga cabida y juegue un papel importante, pues el desarrollo integral del ser humano se debe tener en cuenta en cualquier espacio donde éste se desenvuelva.
- *“La Investigación Pedagógica necesita de una intencionalidad y de sistematicidad”*. Es por esto que el proyecto pedagógico que se llevó a cabo en la sala de oncología, del Hospital Infantil San Vicente de Paúl, tuvo una finalidad previamente establecida, la cual fue acompañada de todo un marco teórico que la sustenta y la respalda.
- *“Es necesario volver la práctica docente un ejercicio de investigación cotidiano”*. Se hace necesario que el maestro se convierta en investigador, no sólo de su entorno inmediato, sino de todo campo que le permita enriquecer su labor y quehacer pedagógico.
- *“Asumir autocriticamente el trabajo del docente y hacerlo progresivo y enriquecedor”*. Con lo cual se pretende que las maestras en formación realicen críticas constructivas acerca de las diferentes actividades que se realizan en el Hospital Infantil San Vicente de Paúl, con el fin de ir mejorando cada día, para que las intervenciones sean significativas y para los/as niños/as de la sala de oncología, que les permita no sólo disfrutar de las actividades, sino también faciliten el proceso de reestructuración de su esquema corporal.

7.3 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

En el proyecto pedagógico investigativo se tuvieron en cuenta cuatro fuentes de información, los cuales fueron, el diario pedagógico, la entrevista a profundidad, la pauta de observación y diálogos informales con los acompañantes de la población infantil hospitalizada, personal médico y enfermero. Estos instrumentos sirvieron de insumo para la elaboración del plan de análisis desde las siguientes fases:

- **Fase 1:** diseño de la entrevista y pauta de observación con prueba piloto.

- **Fase 2:** aplicación de la entrevista y pauta de observación con la población participante. Para la realización de la entrevista se escogió un grupo de 35 niños/as, que asistían de manera regular a la sala de oncología del Hospital Infantil San Vicente de Paúl, por las recaídas relacionadas con su enfermedad o por la quimioterapia hospitalizada². Las entrevistas fueron aplicadas de dos formas, a través de una conversación directa con los/las niños/as, donde ellos iban respondiendo las preguntas formuladas, y por medio de actividades lúdicas que permitían el diálogo espontáneo, donde se adquiriría información relevante para este fin; la observación y los diarios pedagógicos se realizaron permanentemente durante el tiempo en que duró el proyecto pedagógico investigativo.

- **Fase 3:** Triangulación de la información, se realizó la clasificación de datos y codificación de la información que sirvió de sustento para el análisis del marco teórico, poniendo a dialogar todos los instrumentos de recolección de

² Cuando se hace alusión a la quimioterapia hospitalizada, se alude a que en determinados momentos el niño es hospitalizado aproximadamente tres días, para la realización del tratamiento.

información, lo que arrojó categorías emergentes, a la vez que se pudo mirar aspectos nuevos que no se habían tenido en cuenta, se confrontaron las hipótesis planteadas, con el fin de evitar los sesgos y validar la información.

El tipo de triangulación que se utilizó en este proyecto pedagógico investigativo fue múltiple, planteado por Bonilla, Elsy; Rodríguez, Penelope (2005: 63); ya que se cruzó la información obtenido en los diferentes instrumentos de recolección de la información ya mencionados, así como también, los espacios, los tiempos y las miradas de las maestras en formación como investigadoras del fenómeno.

8. MARCO LEGAL

El siguiente marco legal presenta las leyes y normas que acompañan el proyecto pedagógico del programa de estimulación lúdico y pedagógico, se retoman artículos que orientaron y fueron soportes para el mencionado proyecto, pues si bien la Pedagogía Hospitalaria no está reglamentada en las leyes colombianas, algunas de ellas, pueden contextualizarse en el ámbito hospitalario desde la educación, ya que en su mayoría velan por la integralidad del niño, dándole una protección especial y presentado la importancia de la intervención de los diversos agentes en el desarrollo integral del niño. Algunas de ellas son:

8.1 DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DEL NIÑO, APROBADA POR LA ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS EL 20 DE NOVIEMBRE DE 1959

Artículo 2	<i>“El niño gozará de una protección especial y dispondrá de oportunidades y servicios, dispensado todo ello por la ley y por otros medios, para que pueda desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad. Al promulgar leyes con este fin, la consideración fundamental a que se atenderá será el interés superior del niño”.</i>
Artículo 5	<i>“El niño física o mentalmente impedido o que sufra algún impedimento social debe recibir el tratamiento, la educación y el cuidado especiales que requiere su caso particular.”</i>

<p>Artículo 7</p>	<p><i>“El niño tiene derecho a recibir educación que será gratuita y obligatoria por lo menos en las etapas elementales. Se le dará una educación que favorezca su cultura general y le permita, en condiciones de igualdad de oportunidades, desarrollar sus aptitudes y su juicio individual, su sentido de responsabilidad moral y social y llegar a ser un miembro útil de la sociedad. El interés superior del niño debe ser el principio rector de quienes tienen la responsabilidad de su educación y orientación; dicha responsabilidad incumbe, en primer término, a sus padres. El niño debe disfrutar plenamente de juegos y recreaciones, los cuales deben estar orientados hacia los fines perseguidos por la educación; la sociedad y las autoridades públicas se esforzarán por promover el goce de este derecho”.</i></p>
--------------------------	---

Atender al niño con un interés superior, implica proporcionarle los medios necesarios para que pueda tener un desarrollo integral, acorde a sus necesidades. Es el caso de los niños hospitalizados en la sala de oncología del Hospital Infantil San Vicente de Paúl, que a pesar de su condición de salud, se le debe brindar la posibilidad de continuar con su desarrollo formativo y educativo, pues la educación como derecho fundamental debe cumplirse en todo momento y espacio donde se desenvuelve el ser humano. Es por ello que el hospital anteriormente mencionado, ha realizado convenios con la Universidad de Antioquia, para las estudiantes del Programa de Pedagogía Infantil realicen allí su proyecto pedagógico y le brinden educación a dicha población, la cual juega un papel primordial como pilar del desarrollo humano.

8.2 CÓDIGO DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIALEY

<p style="text-align: center;">Artículo 7 Protección integral</p>	<p><i>“Se entiende por protección integral de los niños, niñas y adolescentes el reconocimiento como sujetos de derechos, la garantía y cumplimiento de los mismos, la prevención de su amenaza o vulneración y la seguridad de su restablecimiento inmediato en desarrollo del principio del interés superior”.</i></p> <p><i>La protección integral se materializa en el conjunto de políticas, planes, programas Y acciones que se ejecuten en los ámbitos. Nacional, departamental, distrital y municipal con la correspondiente asignación de recursos financieros, físicos y humanos.</i></p>
<p style="text-align: center;">Artículo 8 INTERÉS SUPERIOR DE LOS NIÑOS, LAS NIÑAS Y LOS ADOLESCENTES.</p>	<p><i>Se entiende por interés superior del niño, niña y adolescente, el imperativo que obliga a todas las personas a garantizar la satisfacción integral y simultánea de todos sus derechos humanos, que son universales, prevalentes e interdependientes.</i></p>
<p style="text-align: center;">Artículo 10 CORRESPONSABILIDAD.</p>	<p><i>Para los efectos de este Código, se entiende por corresponsabilidad, la concurrencia de actores y acciones conducentes a garantizar el ejercicio de los derechos de los niños, las niñas y los adolescentes. La familia, la sociedad y el Estado son corresponsables en su atención, cuidado y protección. La corresponsabilidad y la concurrencia aplican en la relación que</i></p>

	<p><i>se establece entre todos los sectores e instituciones del Estado. No obstante, lo anterior, instituciones públicas o privadas obligadas a la prestación de servicios sociales, no podrán invocar el principio de la corresponsabilidad para negar la atención que demande la satisfacción de derechos fundamentales de niños, niñas y adolescentes.</i></p>
<p>Artículo 17 DERECHO A LA VIDA Y A LA CALIDAD DE VIDA Y AUN AMBIENTE SANO. Parágrafo</p>	<p><i>Los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho a la vida, a una buena calidad de vida y a un ambiente sano en condiciones de dignidad y goce de todos sus derechos en forma prevalente. La calidad de vida es esencial para su desarrollo integral acorde con la dignidad de ser humano. Este derecho supone la generación de condiciones que les aseguren desde la concepción cuidado, protección, alimentación nutritiva y equilibrada, acceso a los servicios de salud, educación, vestuario adecuado, recreación y vivienda segura dotada de servicios públicos esenciales en un ambiente sano.</i></p> <p>PARÁGRAFO. <i>El Estado desarrollará políticas públicas orientadas hacia el fortalecimiento de la primera infancia.</i></p>
<p>Artículo 27 DERECHO A LA SALUD.</p>	<p><i>Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud integral. La salud es un estado de bienestar físico, psíquico y fisiológico y no sólo la ausencia de enfermedad. Ningún Hospital, Clínica, Centro de Salud y demás entidades dedicadas a la prestación del servicio de salud, sean públicas o privadas, podrán abstenerse de atender a un niño, niña que requiera de atención en salud.</i></p>
<p>Artículo 28</p>	<p><i>Los niños, las niñas y los adolescentes</i></p>

<p>DERECHO A LA EDUCACIÓN.</p>	<p><i>tienen derecho a una educación de calidad. Esta será obligatoria por parte del Estado en un año de preescolar y nueve de educación básica. La educación será gratuita en las instituciones estatales de acuerdo con los términos establecidos en la Constitución Política. Incurrirá en multa hasta de 20 salarios mínimos quienes se abstengan de recibir a un niño en los establecimientos públicos de educación.</i></p>
<p>Artículo 29 DERECHO AL DESARROLLO INTEGRAL EN LA PRIMERA INFANCIA.</p>	<p><i>La primera infancia es la etapa del ciclo vital en la que se establecen las bases para el desarrollo cognitivo, emocional y social del ser humano. Comprende la franja poblacional que va de los cero (0) a los seis (6) años de edad. Desde la primera infancia, los niños y las niñas son sujetos titulares de los derechos reconocidos en los tratados internacionales, en la Constitución Política y en este Código. Son derechos impostergables de la primera infancia, la atención en salud y nutrición, el esquema completo de vacunación, la protección contra los peligros físicos y la educación inicial. En el primer mes de vida deberá garantizarse el registro civil de todos los niños y las niñas.</i></p>
<p>Artículo 36 DERECHOS DE LOS NIÑOS, LAS NIÑAS Y LOS ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD.</p>	<p><i>Para los efectos de esta ley, la discapacidad se entiende como una limitación física, cognitiva, mental, sensorial o cualquier otra, temporal o permanente de la persona para ejercer una o más actividades esenciales de la vida cotidiana.</i></p>
<p>Artículo 42 Párrafo 6 OBLIGACIONES ESPECIALES DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS.</p>	<p><i>Para cumplir con su misión las instituciones educativas tendrán entre otras las siguientes obligaciones:</i></p> <p><i>6. Organizar programas de nivelación de los niños y niñas que presenten dificultades de</i></p>

	<i>aprendizaje o estén retrasados en el ciclo escolar y establecer programas de orientación Psicopedagógica y psicológica.</i>
--	--

La protección integral de los/as niños/as, debe recaer sobre todas las personas que trabajan por su bienestar, para garantizar la satisfacción integral de todos sus derechos, como alimentación, protección, salud, educación, entre otros, favoreciendo con esto su desarrollo integral. Es el caso de los niños hospitalizados, que debido a sus problemas de salud se ven obligados a ausentarse de la institución educativa, es por ello que éstas deben comprometerse para ayudar a que esta población continúe con su desarrollo académico y formativo, parámetros expuestos por la Pedagogía Hospitalaria, en donde la responsabilidad de estas instituciones debe propender por el desarrollo de los menores, brindándoles condiciones de igualdad para desarrollar al máximo sus potencialidades.

8.3 LEY GENERAL DE EDUCACIÓN: LEY 115 FEBRERO 8 DE 1994

<p>Artículo 46 Integración con el servicio educativo</p>	<p><i>“la educación para las personas con limitaciones físicas, sensoriales, psíquicas, cognoscitivas, emocionales o con capacidades intelectuales excepcionales, es parte integrante del servicio público educativo. Los establecimientos educativos organizarán directamente o mediante convenio acciones pedagógicas y terapéuticas que permitan el proceso de integración académica y social de dichos educandos. El gobierno nacional expedirá la reglamentación</i></p>
--	---

	<i>correspondiente.</i>
Artículo 48 Aulas especializadas	<i>“Los gobiernos nacionales y las entidades territoriales incorporaran en sus planes de desarrollo, programas de apoyo pedagógico que permitan cubrir la atención educativa a personas con limitaciones”.</i>

El/la niño/a en situación de vulnerabilidad, como es el caso de la población infantil hospitalizada, debe ser atendido de forma integral, donde se tenga en cuenta la educación como proceso que se da de forma continua en el ser humano, es por esto que se deben crear políticas educativas para garantizar este derecho en los/las niños/as. Así, el Hospital Infantil San Vicente de Paúl, cuenta con un Aula Lúdico Pedagógica para que el/la niño/a pueda tener un espacio que le brinde aprendizajes significativos, dirigidos por personal experto como el Pedagogo Hospitalario.

8.4 DERECHOS DE LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS: SOCIEDAD COLOMBIANA DE PEDIATRÍA

La sociedad colombiana de pediatría retoma 12 normas que se relacionan con el niño hospitalizado, de la Carta europea de los derechos del niño hospitalizado de 1986.
1. Derecho a estar acompañados por sus padres o quienes los representan durante su permanencia en el hospital.
2. Derecho a ser hospitalizado con otros niños evitando la hospitalización entre adultos.
3. Derecho a ser cuidado por personal cualificado.

4. Derecho a disponer de espacios seguros, amoblados y equipados para su cuidado.
5. Derecho a recibir la atención personalizada, trato digno, amable y respetuoso.
6. Derecho a disponer de juguetes, libros, material audiovisual y material educativo, así como de espacios y tiempos para el juego y el estudio.
7. Derecho a ser hospitalizados durante el menor tiempo posible y sólo si el cuidado que requiere no puede ser previsto en su hogar o en un tratamiento ambulatorio.
8. Derecho a recibir información permanente, adecuada a su edad e inteligencia, con respecto a su condición de salud, exámenes, procedimientos, tratamientos y pronóstico de su enfermedad.
9. Derecho a recibir información y preparación previas acordes con su nivel de comprensión, antes de todo procedimiento, diagnóstico o curativo.
10. Derecho a ser informado de sus derechos y deberes
11. Derecho a que sus opiniones sean escuchadas y tenidas en cuenta
12. Derecho a no recibir tratos médicos inútiles y a no soportar sufrimientos físicos y morales evitables.

Estos derechos apuntan a que el/la niño/a en condición de hospitalización, pueda continuar con su desarrollo integral; que no sea alejado de su proceso académico y formativo; que durante la estadía en dicho lugar tenga el apoyo de los padres, personal médico y de enfermería, necesarios para contrarrestar los efectos de la hospitalización; para lograr estos el Hospital Infantil San Vicente de Paúl, en colaboración con la Universidad de Antioquia, lleva a cabo proyectos pedagógicos, ejecutados por las maestras en formación de dicha institución, para contribuir al bienestar del/la niño/a.

9. MARCO TEÓRICO

9.1 NIÑO

9.1.1 Concepto de niño/a en la historia

Históricamente el concepto de niño/a ha estado relacionado con la escuela como institución encargada de su educación, sin embargo, antes de ingresar a dichos lugares el/la niño/a pasaba sus primeros años de vida al lado de la familia, que era la encargada de la primera educación. En esta primera etapa de vida, el menor era expuesto a un sin número de prácticas de crianza, las cuales aludían a un desconocimiento de este periodo de la vida, como también a una tradición que había estado presente desde toda la historia.

Dicho desconocimiento se evidenciaba en la forma como era tratado, ya que se le consideraba como *un adulto en miniatura* al cual se le asignaba diferentes responsabilidades, que la mayoría de las veces no eran acordes a su edad.

Los niños siempre han cuidado de los adultos en formas muy concretas. Desde la época Romana, niños y niñas servían a sus padres a la mesa, y en la edad media todos los niños excepto los de sangre real, actuaba de sirvientes ,en sus hogares o en casa ajenas, y muchas veces tenían que volver corriendo de la escuela a medio día para atender a sus padres. Demause (1982: 41).

Con lo anterior se puede ver cómo en la niñez se daba la obediencia absoluta, en la que *“el niño muy pocas veces era un ser a quien se le reconocían necesidades propias y personalidad. Eran los padres los que hacían al niño y lo hacían a imagen y semejanza con su ejemplo y con su disciplina consistente y permanente”* Muñoz y Pachon (1991: 366). Es por esto que él le pertenecía a sus progenitores, especialmente a su padre quien tenía la posibilidad de decir si vivía o moría, como también le era permitido la venta de éste cuando la situación económica así lo requería, contando con el amparo del derecho Romano en el que se le denominaba *paterfamilias*.

Al paterfamilias, por tanto le estaban sometidos jurídicamente, no sólo la esposa legítima, sino los hijos... la patria potestad comprendía facultades como el derecho de vida y muerte (...), de los propios hijos a los que podía vender como esclavos en territorio extranjero (...) el paterfamilias también podía responsabilizar a sus hijos de sus propios actos delictivos (...), cuando como padre no quería asumir las consecuencias de los mismos. Buenaventura Delgado (1998: 44).

De otro lado, la familia no era la única institución a la que el/la niño/a le debía obediencia y sumisión, ya que al entrar a la escuela se debía *“enfrentar con la concepción que dicha institución tenía de él. Para la educación, el niño era un ser concebido como moldeable, como objeto posible de organizarse en un todo coherente y sano que le aseguraba su buen funcionamiento dentro de la sociedad”* Muñoz, Pachon (1991). Y por esto *“nunca se habla del niño de carne y hueso, sino del niño ideal, del niño dócil al que el maestro podía moldear a su antojo y exhibir como modelo a padres y autoridades”* Muñoz, Pachon (1991).

Con lo expuesto hasta el momento se puede evidenciar, que la escuela era la encargada de “moldear” al/la pequeño/a con el fin de formar a un hombre útil para

la sociedad, del mismo modo, la familia era de gran influencia, ya que estaba facultada para hacer cumplir todas aquellas prácticas y tradiciones con las cuales se pensaba que harían hombres físicamente aptos para asumir el papel que social y culturalmente, le fuera asignado. Todo esto, pensando en el hombre que se quería formar en un futuro, sin tener en cuenta los sentimientos, necesidades y deseos de ese/a niño/a que se encontraba en un presente tratando de entender el mundo en el que vivía.

Poco a poco esta concepción fue cambiando gracias a los aportes de la pedagogía, la medicina y la psicología, que permitieron tener una visión y un concepto distinto del/la niño/a como sujeto. Y que dieron pie a la creación de leyes en pro de la infancia, algunas de ellas están mencionadas en el marco legal del presente proyecto pedagógico investigativo.

Muchos fueron los autores que comenzaron a observar y escribir acerca del niño, pero sin duda uno de los más importantes y destacados fue J.J Rousseau quien con su obra maestra “*El Emilio*” se reconocía el hecho de que el hombre y el/la niño/a son distintos y por ello su trato es diferente

El niño ni es un pequeño animal ni un hombrecito. Sólo es un niño, nada menos que todo, un niño que nace débil y dependiendo en todo de los demás, pero con modos de ver de pensar, de sentir que le son propios. En consecuencia debe ser respetado y reconocido como ser con entidad propia

Surgieron otros autores que también permitieron tener otra visión del/la niño/a. Es el caso de J. E. Pestalozzi, quien en su preocupación por la infancia abandonada y desvalida, comienza a ensayar e improvisar nuevos métodos de enseñanza que le

permitieran al/la niño/a una integración al mundo social, siendo útil en una actividad productiva. Pestalozzi con su discípulo Fröbel, en el afán de encontrar nuevos métodos de enseñanza y viendo cómo las madres de los pequeños comenzaban a incursionar en el mundo laboral, diseñaron un método de educación que sirvió de base para que posteriormente se crearan las *kindergarten* o jardín de infantes.

Después de Pestalozzi hubo unanimidad en reconocer la importancia del juego infantil espontáneo y libre, de las dramatizaciones y de la música, de la actividad y del cuidado del jardín escolar. En estos jardines la infancia por primera vez en la historia del niño es el centro y no el maestro. En este nuevo medio escolar el niño debía desarrollarse y crecer placenteramente. Buenaventura Delgado (1998).

Así como Pestalozzi, surgieron otros autores como Montessori y Decroly, quienes promovieron la necesidad de formar ciudadanos felices y capaces de afrontar los retos de la vida.

9.1.2 El niño enfermo.

En el desarrollo y crecimiento del/la niño/a hay ciertas alteraciones de salud que en algún momento demandan más cuidados que otros y que a su vez, traen innumerables consecuencias que pueden llegar a afectar su desarrollo integral. El impacto emocional de la enfermedad radica en las consecuencias que ésta traiga consigo, pues se desencadenan una serie de conflictos que dificultan e interfieren con el desarrollo, crecimiento y maduración infantil. Cuando el/la niño/a padece una enfermedad crónica, las secuelas van más allá de una simple afección, toman

mayor impacto cuando se habla de hospitalización y procedimientos médicos y quirúrgicos de alto nivel, que asignaran un nuevo concepto a la vida del menor.

Respecto a lo anterior, Grau (2004: 52) expone, según Díaz y Barahona (1999), los problemas que debe enfrentar un niño/a con enfermedad crónica, los cuales son:

- a) La hospitalización, que produce un cambio brusco de su entorno y de las actividades normales.*
- b) Las secuelas de la enfermedad, de las pruebas diagnósticas y de los tratamientos.*
- c) Trastornos psicológicos, como ansiedad, culpabilidad, ira, agresividad, cambios en la imagen corporal y concepto corporal, la aceptación de la pérdida del control sobre su vida y su intimidad.*
- d) Trastornos sociales: aislamiento social, entorno más pobre de estímulos, sobreprotección, fobias o fracasos escolares”.*

Todos estos problemas limitan al/la niño/a y en cierto grado, le inducen a cargar de tintes emocionales la visión acerca de lo que sucede. Con relación a la población infantil hospitalizada en la sala de oncología, que hace parte del proyecto pedagógico investigativo en el programa de estimulación lúdico y pedagógico, se notan diversas maneras de vivir y de dar respuesta a la hospitalización, pues pasan por diferentes estadios en donde el nivel emocional juega un papel primordial. Para los/as niños/as entre los tres (3) y los siete (7) años de edad, se evidencian conductas regresivas que hacen necesarias la presencia de una figura representativa que le ayude a manejar la ansiedad y la pérdida de autoestima, debido a que se encuentran en un medio adverso y con personas desconocidas. Es por estos motivos, que para los/as niños/as de la sala de oncología, al iniciar la fase del diagnóstico de su enfermedad y verse sometido a diversos exámenes y cambios físicos, se afecta su desarrollo integral, pues la

salud física se torna como objetivo central, y se encuentran con la necesidad de reestructurar su esquema corporal, ya que, dentro su concepto corporal se hace necesario ubicar y conocer su enfermedad, el cáncer, mirando qué es lo que afecta de su cuerpo; a su vez la imagen que tienen de sí mismos y la relación de ésta con su autoestima se ve afectada, pues el dolor y la explicación de lo que sucede se ve cargado de miedos y ansiedades.

Al hablar de comportamientos regresivos en estas edades se hace importante mencionar la labor docente en el medio hospitalario, pues es el maestro quien puede, en este caso, a través de un programa de estimulación lúdico y pedagógico, contrarrestar en los/as niños/as, los sentimientos que genera estar enfermos y así aprender a manejarlos, pues como lo menciona Grau (2004)

El comportamiento regresivo conlleva una reducción de interés, un modo de pensar mágico e ilógico, y una conducta egocéntrica. La regresión tiene ciertos beneficios para el enfermo: alejarse de situaciones agresivas y desagradables, disfrutar de un pensamiento imaginario y mágico, y ser reconocido como un enfermo. Para reconducir este comportamiento, se pueden intentar formas de expresión de sus sentimientos más activas y sociales, adaptar el lenguaje, respetar su fragilidad, evitar interpretaciones y no abandonarle.

A través de actividades como el dibujo, la dactilopintura, el esgrafiado, el juego de roles, la elaboración de diversos portadores de texto, entre otros, el/la niño/a hospitalizado/a, no sólo es capaz de sacar a flote sus sentimientos, sino que de igual manera va reconstituyendo su imagen y concepto corporal.

Junto a la evolución del concepto de niño/a y su incursión en la sociedad como sujetos de derechos, nace una rama encargada de la salud del infante, que vela por un sano desarrollo y crecimiento. La pediatría, según la enciclopedia Encarta 2007, es una:

Rama de la medicina que atiende y trata las enfermedades de la infancia y el estudio del crecimiento normal. La pediatría se convirtió en especialidad en el siglo XX. En la década de 1980 algunos pediatras crearon una subespecialidad denominada medicina de la adolescencia, cuyo campo son las necesidades médicas y emocionales de las personas entre 12 y 20 años (...). Los pediatras también controlan el crecimiento y el desarrollo normal de los niños según parámetros intelectuales y motores.

A su vez, otra nueva especialidad nace para darle un tratamiento al/la niño/a en el área de la educación, la pedagogía, que permite verlo como un ser integral, que para su sano desenvolvimiento necesita ser mirado desde las diferentes dimensiones de su desarrollo. La pedagogía nace para reflexionar el acto educativo, en donde el proceso de enseñanza- aprendizaje y los agentes que intervienen en él permiten el desarrollo del/la niño/a.

9.2 EDUCACIÓN

Según Medina Rubio; García Aretio y Ruiz Corbella (2001: 41) *“se define educación como aquel proceso permanente dirigido a la optimización de la persona en el ser, en el conocer, el hacer y el convivir”*. La educación es inherente al ser humano y existe y se desarrolla en el contexto social donde se vive, por esto, se menciona que el hombre como ser social, debe ser educado desde todos los espacios donde vive; y es así como se reconoce que no sólo las instituciones educativas tienen la tarea de educar, pues en cada una de estas, el ser humano se apropia de todo clase de conocimientos y prácticas propias de su medio, lo que le permite formarse en sus diversos ámbitos a nivel personal y adquirir, de igual manera, un saber específico, necesario para su desarrollo social.

Con lo mencionado anteriormente, se puede justificar el programa de estimulación lúdico y pedagógico que desarrollan en el Hospital Infantil San Vicente de Paúl, las maestras en formación de la Universidad de Antioquia, pues se dan a la tarea de llevar un saber específico enfocado en la reestructuración del esquema corporal, al/la niño/a hospitalizado/a en la sala de oncología, por medio de actividades lúdico pedagógicas.

Dado que la educación no es tarea exclusiva de la escuela, el sano desarrollo del/la niño/a se vincula con un proceso inacabado y continuo, por ello se establece una relación entre la educación y el desarrollo, puesto que cada uno de estos se superponen, propiciando el progreso del ser humano y como lo menciona Luna Carmona (2003: 4) desde una *“perspectiva de las potencialidades”*, el desarrollo es un avance progresivo desde las primeras etapas de la vida hasta la madurez o

adulter, que se ve en los cambios que la persona tiene en todo su proceso de vida y que parte de las *“esferas del desarrollo”*, estas esferas, en el caso específico del presente proyecto pedagógico investigativo, son tomadas como las dimensiones del desarrollo, que presenta el Ministerio de Educación Nacional, en los lineamientos curriculares para el grado preescolar (1998: 33), en las cuales el/la niño/a es visto como un ser integral que *“se desarrolla como totalidad, tanto su organismo biológicamente organizado, como sus potencialidades de aprendizaje y desenvolvimiento funcionan en un sistema compuesto de múltiples dimensiones...”*, dimensiones que no trabajan por separado, al contrario se complementan y permiten que los diversos agentes que rodean el/la niño/a se den a la tarea de intervenir haciendo hincapié en la necesidad de formar un ser integral.

De acuerdo a lo mencionado en párrafos anteriores, se puede afirmar que las prácticas educativas, llevadas a cabo con la población infantil hospitalizada en la sala de oncología del mencionado hospital, parten de una educación no formal, que como lo menciona Medina Rubio y otros (2001: 240) retomando a Trilla (1993: 30) *“es el conjunto de procesos, medios e instituciones específica y diferenciadamente diseñados en función de explícitos objetivos de formación o de instrucción, que no están directamente dirigidos a la provisión de los grados propios del sistema educativo reglado”*, y por lo tanto presentan unas características en las actividades que se desarrollan dentro de esta modalidad de educación, Coombs (1990) (citado en Medina Rubio y otros, 2001: 240) presenta unas características de las cuales se retoman tres:

1. *“Estar organizadas conscientemente al servicio de grupos y/o individuos con necesidades o intereses concretos”*; lo que se evidenció en el programa

de estimulación lúdico y pedagógico, cuando las maestras en formación organizaron las actividades del programa basándose en el diagnóstico elaborado, donde se presentó como necesidad principal trabajar la reestructuración del esquema corporal del/la niño/a hospitalizado/a en la sala de oncología, debido a las alteraciones que se presentaron en su imagen y concepto corporal causado por la enfermedad que padecen y los tratamientos para la misma.

2. *“Operar fuera de la estructura de la educación formal, liberándose de sus limitaciones espacio/temporales y de sus estrictas regulaciones normativas”*; con lo cual se puede ver como fuera de las instituciones educativas y en espacios como el medio hospitalario, el proceso formativo tiene cabida en un medio propicio, donde, en este caso específico, el/la niño/a hospitalizado/a tiene la posibilidad de reanudar o comenzar una escolarización, que según la pedagogía hospitalaria, le permite manejar conocimientos curriculares y otros propios de su enfermedad.

3. *“Responder a necesidades formativas puntuales, mucho más flexibles y adaptables a toda situación, por lo que atienden mejor y antes a las demandas formativas de cualquier población”*; estas necesidades como bien se mencionó anteriormente, fueron atendidas con la elaboración y puesta en marcha del programa de estimulación lúdico y pedagógico, que realizó diversas actividades enfocadas en la reestructuración del esquema corporal, como la necesidad más primordial para atender a la población infantil de la sala de oncología, a la vez que según los principios de la estimulación, de la cual se hablara en otra categoría teórica, el programa propició un espacio como lo es el aula lúdico pedagógica del Hospital

Infantil San Vicente de Paúl, como medio apto para desarrollar las actividades que propendían porque los/as niños/as hospitalizados/as recibieran una información clara y oportuna de su enfermedad con un contenido igualmente pedagógico, que tenía un fin determinado.

Es así como lo menciona Medina Rubio y otros (2001) *“la educación no formal presenta una clara intencionalidad educativa, a la vez que busca, sin duda, provocar un efecto educador”*, pues como se ve en el medio hospitalario en la ejecución del programa de estimulación lúdico y pedagógico, se tuvieron presentes las alteraciones del esquema corporal del/la niño/a hospitalizado/a, para que pueda reestructurarlo con un concepto y una imagen corporal nueva, donde se afiance su autoestima, su autoimagen, su autoconcepto, y donde el conocimiento científico le permita ubicar, diferenciar y conocer la función de los distintos órganos que conforman su cuerpo, para reanudar las relación intrapersonales e interpersonales que demanda el medio social, y a las cuales la población infantil oncológica, en algunas ocasiones, ha renunciado a causa de su enfermedad y la alopecia producida por el tratamiento.

Ahora bien, como se ha venido hablando de la educación no formal, es pertinente abordar el tema del proceso de enseñanza-aprendizaje; para ello se retoman las palabras de Navarro (2004), al mencionar que la enseñanza *“es el proceso mediante el cual se comunican o transmiten conocimientos especiales o generales sobre una materia... la enseñanza se limita a transmitir, por medios diversos, determinados conocimientos”*, lo que se complementa cuando Sánchez Ileana y Gonzáles Pérez (s.f.) agregan que:

El proceso de enseñanza consiste, fundamentalmente, en un conjunto de transformaciones sistemáticas de los fenómenos en general, sometidos

éstos a una serie de cambios graduales cuyas etapas se producen y suceden en orden ascendente, de aquí que se la deba considerar como un proceso progresivo y en constante movimiento, con un desarrollo dinámico en su transformación continua. Como consecuencia del proceso de enseñanza tiene lugar cambios sucesivos e ininterrumpidos en la actividad cognoscitiva del individuo.

Lo que se evidencia con la transmisión de conocimientos en el aula lúdico pedagógica, donde las maestras en formación, a través de las actividades del programa de estimulación lúdico pedagógico, llevan a los/as niños/as hospitalizados/as, un saber relacionado con el esquema corporal, más específicamente con la reestructuración del esquema corporal. Donde se brinda una información acerca del conocimiento sobre su cuerpo, ubicación y funcionamiento de éste, saliendo en escena los sentimientos que se producen en torno al cambio de su imagen corporal, donde se propicia la reflexión y las relaciones intra e interpersonales. Además se pone de manifiesto, que los/as niños/as hospitalizados/as en la sala de oncología, pasan de tener un conocimiento poco claro y fantasioso de su enfermedad y lo que se relaciona con ella, ha reconocer de forma clara y precisa qué es su enfermedad, sus consecuencias y tratamientos, por medio del programa de estimulación lúdico y pedagógico, lo que deja ver a la enseñanza como un proceso progresivo y de continua transformación.

A su vez el aprendizaje, retomando a Navarro (2004), quien menciona que:

Es la acción de instruirse y el tiempo que dicha acción demora. También, es el proceso por el cual una persona es entrenada para dar una solución a situaciones; tal mecanismo va desde la adquisición de datos hasta la forma más compleja de recopilar y organizar la información.

Complementado por Sánchez Ileana y Gonzáles Pérez (s.f.), cuando agregan que:

En el aprendizaje de algo influye, de manera importante, el significado que lo que se aprende tiene para el individuo en cuestión, pudiéndose hacer una distinción entre el llamado significado lógico y el significado psicológico de los aprendizajes; por muy relevante que sea en sí mismo un contenido de aprendizaje, es necesario que la persona lo trabaje, lo construya y, al mismo tiempo, le asigne un determinado grado de significación subjetiva para que se plasme o concrete, un aprendizaje significativo que equivale a decir, se produzca una real asimilación, adquisición y retención del conocimiento ofrecido.

Con lo anterior, se puede ver cómo el proceso de enseñanza aprendizaje que acompañan las maestras en formación con la población infantil oncológica, tiene en cuenta, que las alteraciones que presentan los/as niños/as en su esquema corporal, hace necesaria una intervención donde se reciba un aprendizaje significativo, que les permita, adquirir conocimientos para comprender y asimilar su nuevo esquema corporal, a la vez que se refiere al tiempo en que es planeada cada actividad y el fin de la misma.

El proceso de enseñanza aprendizaje esta guiado por la didáctica, la cual según Zuluaga (1987: 186), es el

Conjunto de conocimientos referentes a enseñar y aprender que conforman un saber. En la didáctica se localizan conceptos teóricos y conceptos prácticos que impiden una asimilación de la didáctica a meras fórmulas. Los parámetros de las conceptualizaciones en la didáctica se refieren a la forma de conocer o de aprender del hombre, a los conocimientos objeto de la enseñanza, a los procedimientos para

enseñar, a la educación, y a las particularidades, condiciones o estrategias bajo las cuales debe ser enseñado un saber específico.

Los medios de los cuales se vale el proceso de enseñanza aprendizaje, son en este caso, técnicas que se adaptan a las circunstancias y necesidades de la población infantil hospitalizada y a sus demandas educativas, por lo tanto la diversidad de estrategias que se llevan a cabo en la ejecución del programa de estimulación lúdico y pedagógico, son amplias y variadas para lograr un aprendizaje significativo por parte de los/as niños/as hospitalizados/as.

A lo largo de este trabajo, se han conceptualizado términos como Educación, desarrollo, enseñanza, aprendizaje y didáctica, en un contexto de educación no formal, que es la que rige el desarrollo del proyecto pedagógico investigativo, llevado a cabo por las maestras en formación en el aula lúdico pedagógica del Hospital Infantil San Vicente de Paúl, estos se tuvieron presentes en la realización del programa de estimulación lúdico y pedagógico, que si bien sus planteamientos tienen algunas características de la educación formal, en tanto se rigió por unas planeaciones determinadas para lograr un fin como es la reestructuración del esquema corporal del/la niño/a hospitalizado/a, de igual manera contó, como lo menciona Medina Rubio y otros (2001) con *“predeterminación, sistematización y secuencia de objetivos y contenidos”*, pues, como se ha mencionado a lo largo de todo el proyecto pedagógico investigativo, el programa contó con una planeación y objetivos concretos, además de mencionar la pedagogía como el acto que reflexiona la educación, y que según el programa de estimulación lúdico y pedagógico, estaba dirigido a una población determinada con una organización, dirección y ejecución.

9.3 PEDAGOGÍA HOSPITALARIA

9.3.1 Historia y Evolución de la Pedagogía Hospitalaria.

La pedagogía hospitalaria nace como lo menciona Serradas (2003) a partir de la II Guerra Mundial, debido a la labor de pediatras y psicólogos de servicios de pediatría que vieron como, en los/as niños/as ingresados durante largos períodos de tiempo en los hospitales, había frecuentes y severas alteraciones psicológicas, debido a múltiples factores entre los cuales se encontraba el estar alejados de su entorno habitual. Desde ese momento diversas instituciones notaron la necesidad de trabajar en pro de la población infantil hospitalizada y disminuir los efectos que producía la hospitalización; ante este nuevo fenómeno varios países Europeos hicieron hincapié en declarar leyes constitucionales en favor de/la niño/a hospitalizado/a, donde se hacía énfasis en la necesidad de que ellos siguieran con su formación académica y de igual manera se velara por su desarrollo integral, entendiendo no sólo que por estar en el hospital se debe asistir en su recuperación física (salud), sino tener presente la integralidad del/la niño/a a nivel emocional y cognitivo, entre otros.

En países como Colombia la Pedagogía Hospitalaria lleva muy poco tiempo implementándose, y se mira más desde la parte recreativa que desde la educativa, por lo tanto en el campo legal, aún no se ha creado una ley que haga alusión a los derechos de la población infantil hospitalizada. No obstante, la Sociedad Colombiana de Pediatría (2004) desarrolla 14 derechos que hablan de los/as niños/as hospitalizados/as, retomando la Carta Europea de los derechos del niño hospitalizado (1986), y en donde se tiene en cuenta a éstos, como sujetos de derecho a los que se les deben garantizar sus derechos fundamentales.

En la ciudad de Medellín, algunos hospitales destinan espacios para que los/las niños/as tengan momentos de esparcimiento y recreación, los cuales denominan “aulas hospitalarias”, sin embargo, el Hospital Infantil San Vicente de Paúl, le asigna el nombre de “Aula Lúdico Pedagógica”, por ser ésta, no solamente el lugar donde el niño se recrea, sino también, donde puede continuar con su proceso académico y formativo, debido a la labor que realizan las maestras en formación de la Universidad de Antioquia, quienes llevan a cabo su proyecto pedagógico, con el fin de facilitar que la población infantil hospitalizada pueda continuar con su desarrollo integral.

Es así como la Pedagogía Hospitalaria toma fuerza dentro del campo educativo, pues a pesar de que es desconocida para muchos, empieza ser reconocida en el ambiente de hospitalario, que son considerados espacios para la recuperación de la salud, y poco se había considerado desde la parte educativa. Sin embargo la demanda de la población infantil hospitalizada y la necesidad de continuar con su desarrollo integral, ha hecho ver la importancia de un pedagogo hospitalario, pues como lo menciona Grau y Ortiz (2001: 25)

(...) la pedagogía hospitalaria (...) hace referencia a las necesidades educativas especiales y la enfermedad es- de algún modo- una situación especial, anómala, marginal. También la enfermedad requiere una acción educativa especial que contrarreste, en lo posible, los efectos derivados de la permanencia en un medio extraño (...)

9.3.2 Definición de pedagogía hospitalaria.

Como se venía mencionando, la Pedagogía Hospitalaria tiene un mayor desarrollo en países europeos en donde autoras como Serradas y Grau han brindado grandes aportes a su constante evolución.

Para Serradas Fonseca, (2003):

La Pedagogía Hospitalaria se considera además como una ramificación de la Educación Especial, por cuanto se ocupa de forma específica de los niños y niñas con problemas de salud, al fin y al cabo de niños y niñas con necesidades educativas especiales. Sin embargo, no puede considerarse como tarea primordial y exclusiva de la Pedagogía Hospitalaria únicamente la atención del niño hospitalizado y su familia. El propósito de la Pedagogía Hospitalaria va más allá, abarcando un panorama mucho más amplio dentro del cual la escolarización es un elemento más, junto a muchos otros, que forman parte de la evolución y perfeccionamiento global del ser humano.

Respecto a lo anterior, Grau (2001) apoya la definición que da Serradas y la complementa, mencionando que la existencia de la Pedagogía Hospitalaria no se enfoca solamente en la pedagogía, sino también en la medicina, la psicología y las ciencias sociales, y que la interacción de agentes como la familia, los docentes y el personal médico deben interactuar en todo el proceso que se lleva a cabo con el/la niño/a hospitalizado/a.

Queda implícito entonces, que el objeto de estudio de la pedagogía hospitalaria es el/la niño/a o adulto hospitalizado, en donde se busca que éste continúe con su aprendizaje formativo y a la vez para que haga frente a la enfermedad que padece y al cuidado de la misma. Se encarga entonces la pedagogía hospitalaria de las necesidades pedagógicas, pues es Grau (2001) quien al retomar a McPherson,

hace énfasis en las necesidades asistenciales especiales, donde no sólo importa la patología del/la niño/a hospitalizado/a, sino también sus individualidades, y además menciona la importancia de la interrelación de todos los servicios que puede necesitar: servicios sanitarios, terapéuticos, de apoyo familiar y complementarios.

Uno de los derechos del/la niño/a hospitalizado/a, según la Pedagogía Hospitalaria, es continuar con su proceso formativo mientras dure su hospitalización y aún cuando salga de ella, ya que, como lo exponen los autores antes mencionados, se hace necesario que no sólo se vele por el derecho a la educación en el ámbito hospitalario, sino que de igual manera, se haga un seguimiento fuera de éste para ayudarlo a que nuevamente retorne a su vida escolar. Con relación a éste criterio, la creación de las aulas hospitalarias o aulas lúdico pedagógicas fue un gran aporte de la Pedagogía Hospitalaria, pues es desde allí donde la población infantil hospitalizada puede acceder a la continuación de su proceso académico y formativo.

9.3.3 Aulas Hospitalarias y Pedagogo Hospitalario.

Las aulas hospitalarias son espacios destinados para la población infantil hospitalizada, en donde se busca que el/la niño/a no tenga repercusiones en los procesos propios de su desarrollo entre los cuales se encuentra el proceso académico y formativo que repercute desde su derecho fundamental a la educación. En sus inicios éstas nacieron en Francia a finales de la segunda guerra mundial, en ellas se buscaba proteger los/as niños/as enfermos/as; a medida que pasó el tiempo algunos países europeos retomaron la idea de aula y la han

convertido y legislado en espacios de atención educativa para el menor hospitalizado, en pro de reanudar su formación escolar.

Es en estas aulas donde los/as niños/as viven la realidad de una manera diferente, puesto que las actividades que se les presentan favorecen su entorno emocional, tratando de aliviar el peso de su enfermedad, buscando los medios necesarios para explicarles acerca de su padecimiento, consecuencias, tratamiento y la forma en que puede relacionarse con esta, sin convertirla en un problema ya que esta situación le permitirá crecer tanto emocional como cognitivamente comprendiendo su estado de salud. De otra parte, es importante mencionar que al momento de hacer la evaluación de la actividad, los/as niños/as mencionan *“las tareas que hacemos no sólo nos enseñan sino que también nos distraen y nos desaburren”, “A mi me gusta mucho cuando ustedes vienen porque aprendo cosas nuevas”, “Las actividades son muy divertidas y parece una escolita”*.

En palabras de algunos padres de familia y acompañantes de niños/as hospitalizados/as, frente a las actividades que realizan las maestras en formación opinan: *“las profes ayudan mucho a los muchachos pues les dan un espacio donde aprender, ya que con la hospitalización se les vuelve muy duro la ida a la escuela y además se despejan un poquito de esos días tan eternos que pasan aquí”*. Aunque los padres de familia no lo mencionan, ven la labor de las maestras en formación como un trabajo integral donde se tiene en cuenta no sólo el proceso académico sino también el formativo.

El reconocimiento de la labor que desempeñan las maestras, deja ver que no sólo en el hospital se debe velar por la integridad física del menor, entendida ésta como el estado de salud, sino que además se deben tener en cuenta los ámbitos educativo, social, cultural, entre otros, ya que la persona se debe tomar como un ser integral en todos los espacios en los que se encuentra.

Es importante resaltar, como se mencionó anteriormente, que son las maestras en formación las que se convierten en Pedagogas Hospitalarias, las encargadas del aula, pues aún no se cuenta con un equipo interdisciplinario: trabajador social, personal sanitario y médico, docente, psicólogo, para trabajar en dicho espacio, ya que cada uno desde su quehacer profesional trabaja independientemente. Aunque las funciones del Pedagogo Hospitalario se orientan a que el/la niño/a continúe con su proceso formativo y académico, éste debe contar con el apoyo de los agentes que se involucran directamente con el menor hospitalizado, para velar conjuntamente por su desarrollo integral.

Grau (2001) plantea las funciones que debe desempeñar el pedagogo hospitalario, y siendo estas adaptadas al entorno local se puede mencionar lo siguiente:

- Apoyar su proceso de enseñanza aprendizaje, no sólo académico sino también hacer una transposición didáctica, para que el conocimiento médico de la enfermedad que padece el/la niño/a pueda ser comprendido y asimilado por él, lo que se vería como proceso formativo.
- Posibilitar la socialización del/la niño/a hospitalizado/a con otros compañeros que están en su misma situación.

- Colaborar con el equilibrio emocional del/la niño/a hospitalizado/a y su familia.

Con relación a estos aspectos, se ha podido evidenciar cómo en el hospital los/as niños/as más afectados/as a nivel emocional son los preadolescentes, a quienes más se debe acompañar para lograr un equilibrio emocional, pues al ver la realidad de manera más clara, presentan ciertos trastornos anímicos como la ansiedad, la depresión, el aislamiento, la dependencia a un familiar, principalmente la madre; es por esto que como lo afirma Grau (2001), *“los adolescentes con enfermedades crónicas luchan por mantener su independencia, al mismo tiempo que su enfermedad les hace ser más dependientes de sus padres, del personal sanitario y del hospital”*.

Un ejemplo de esto es el caso de un joven de once años de edad de la sala de oncología, el cual, de las características mencionadas tiene una dependencia notoria de su madre, ya que ésta representa para él la totalidad de su mundo; se pudo observar como ella intervenía frecuentemente en las mismas en casos como: ejercicios de dibujo, pintura, escritura, y demás, como también en las preguntas que se le planteaban al menor en la entrevista de recolección de información.

Por otro lado, es importante mencionar que para la realización del programa de estimulación lúdico y pedagógico, se tiene en cuenta las necesidades de la población infantil hospitalizada, las cuales aluden a su proceso formativo y académico; el primero ayuda al/la niño/a a la reestructuración de su imagen corporal, fortaleciendo su autoestima, autoimagen, autoeficacia, autoconcepto y autoconfianza, necesarios para que éste se relacione consigo mismo y con su

entorno; mientras que el segundo permite que el/la niño/a conozca todo lo relacionado con su enfermedad y tratamiento, además que reconozca la localización, diferenciación, funcionamiento, identificación del endocuerpo y el exocuerpo.

9.4 ESQUEMA CORPORAL.

El Esquema Corporal es una de las categorías que en éste proyecto investigativo se convierte en una de los principales sustentos, ya que a partir de la teoría que se ha desarrollado sobre dicha noción, se viene contextualizando con la población infantil hospitalizada en la sala de oncología del Hospital Infantil San Vicente de Paúl. Es importante resaltar que dicha población son niños/as que oscilan entre los cuatro (4) y los catorce (14) años de edad, en donde si bien, en unos hay un proceso de construcción del esquema corporal, en otros, debido a su enfermedad y a los cambios físicos que presentan, hay una reestructuración de dicha noción, lo que se ve reflejado en las intervenciones que las maestras en formación desarrollan en ésta sala.

Es por esto que en el siguiente apartado se desarrollará la definición del esquema corporal desde diversos autores y su evolución, como también la construcción de éste.

9.4.1 Definición de Esquema Corporal

A través de la historia el significado de esquema corporal ha cambiado, antes era entendido como la imagen corporal e iba ligado a un dualismo entre cuerpo y alma, frente a lo cual filósofos como,

Pitágoras consideró el cuerpo como la tumba del alma; Platón, como una prisión y una ilusión; Kant le asignó un papel inferior regido por la razón; Descartes lo tomó como una realidad extensa, medible y cuantificable, unida misteriosamente con la realidad pensante. Sartre lo redujo a un instrumento y Freud lo consideró vehículo de placer. Arbelaez C. (2005)

Por otro lado Kalb (1997), citado por Boschini, Fernández (2005: 15) afirma que

No existía una idea clara sobre el concepto de imagen corporal. Se usaba el término tanto para caracterizar el cuerpo (por ejemplo la superficie, grosor y postura) como para descubrir las actitudes, emociones y reacciones de una persona ante su propio cuerpo, de acuerdo con su personalidad.

Esto demuestra que a lo largo del tiempo no existía una diferenciación entre concepto e imagen corporal; tomando ésta última como el esquema corporal, ejemplo claro de ello es la definición expuesta por Jiménez, Francisco (1985: 7)

El concepto de esquema corporal es la imagen que nosotros construimos de nuestro propio cuerpo, la cual puede ser total o segmentaria en posición estática o dinámica en relación con sus partes constitutivas entre ellas, y sobre todo, en relación con el espacio y los objetos que nos rodean.

Sin embargo, el esquema corporal tiene diversas connotaciones desde varios autores contemporáneos, que en algunas ocasiones se complementan o se distancian conceptualmente, por lo tanto, para el desarrollo de este trabajo investigativo la definición que presenta Arenas Acevedo (1999: 64) de esquema corporal y sus componentes, imagen y concepto corporal es la que más se aproxima al quehacer pedagógico que se lleva a cabo en la sala de oncología con la población infantil hospitalizada, él lo define como: “una sumatoria de las vivencias y experiencias del niño. La percepción personal, el desarrollo socio-

*afectivo, físico y cognitivo, y la relación con el tiempo y el espacio*⁸, para complementar a Jairo Arenas Acevedo, Le Bouch (2002: 9) menciona que el esquema corporal es *“la organización de las sensaciones relativas a su propio cuerpo en relación con los datos del mundo exterior”*, es así como se hace notorio que todo ser humano se comunica a través de diferentes formas de lenguaje, y que para los/as niños/as hospitalizados/as el paralenguaje prima sobre los otros tipos de este, ya que les permite expresar a través de gestos sus sentimientos y propicia la adquisición de conocimientos.

Como se mencionó anteriormente, Arenas Acevedo (1999) plantea que el esquema corporal tiene dos componentes, los cuales hacen que dicha definición sea integradora y completa, ya que estos desempeñan un rol fundamental siendo indispensable la presencia de ambos. El primero es la imagen corporal, definida por Arenas, (1999:63) como *“la experiencia subjetiva de la percepción de su propio cuerpo y sus sentimientos respecto a él”*, en otras palabras, es la idea que cada persona construye de su propio cuerpo, manifestando una actitud de aceptación o no frente a sí misma, dicha imagen la va elaborando a medida que interactúa con su entorno; en muchas ocasiones *“se incluye como parte propia un objeto externo (bastón, gafas), se considera que lo que sale del cuerpo sirve también para extender la imagen sobre el espacio y obtener mayor dominio: la voz, el aliento, la mirada”* Arenas (1999).

Con respecto a lo anterior, se puede mencionar que al realizar una actividad de reconocimiento de las partes del cuerpo, en la que se involucraba tanto el tren superior como el inferior, se observó como tres niños de 2, 4 y 5 años de edad desarrollaban el ejercicio sin tener en cuenta que en ese momento se encontraban

conectados a la *“bomba de infusión”*, como si fuese una extensión de la mano, la cual tiene como función pasar los medicamentos por vía intravenosa, con lo que se puede evidenciar que estos niños ya incorporaron este objeto como parte de su imagen corporal, pues no les limita para continuar con su vida cotidiana, además de que la manejan como parte de su cuerpo.

Además de lo anterior, la imagen corporal está compuesta por cuatro elementos a saber:

- Autoconcepto: se refiere al *“qué se piensa de uno mismo”*, es decir, alude a la valoración que cada persona hace de sí misma
- Autoestima: es entendida como *“qué tanto se quiere uno mismo”*, por tanto es lo que cada persona siente por sí misma.
- Autoimagen: corresponde al *“qué tanto se gusta uno mismo”*, es la aceptación que tiene cada persona de sí misma como ser integral.
- Autoeficacia: hace alusión a *“qué tanta confianza se tiene”*, indispensable para llevar a cabo cualquier actividad o trabajo que una persona se proponga.

El segundo componente es el concepto corporal, el cual, según los planteamientos Arenas (1999:64) *“constituye el conocimiento intelectual que una persona tiene de su propio cuerpo. Es concepto cuando se alcanza a comprender y a expresar oralmente el conocimiento que se tiene sobre el cuerpo. También se incluye el conocimiento que el niño tiene de las funciones que realizan las diferentes partes*

del cuerpo”, es decir, *que* se entiende como el conocimiento intelectual del cuerpo, tanto externo como interno, éste se encuentra conformado por:

- a) Identificación de las partes: consiste en darle nombre a cada una de las partes que conforman el cuerpo.
- b) Localización: ésta es la que permite la ubicación de las diferentes partes del cuerpo.
- c) Diferenciación: consisten en diferenciar cada una de las partes del cuerpo.
- d) Funcionamiento: es la capacidad para establecer la función de cada una de las partes del cuerpo.

Ejemplo de ello es el reconocimiento que los/as niños/as tienen de las partes externas del cuerpo y sus funciones, sin embargo al mencionar los órganos internos se observa que sólo reconocen y ubican aquellos que han sido afectados por la enfermedad, además que la información que poseen de ésta es la que han recibido de padres y médicos y lo expresan de forma casi memorística, lo que deja ver que no se ha interiorizado dicha explicación y por lo tanto se convierte en un conocimiento primario y superfluo.

9.4.2 Construcción del Esquema Corporal

Este es una adquisición que se da desde antes del nacimiento y se desarrolla hasta los once (11) – doce (12) años de edad, ésta, según el portal *cosas de la infancia*: “*depende de la maduración neurológica como también de las*

experiencias que el niño tenga con su entorno". Igualmente Jiménez, Francisco (1985) afirma que "en definitiva la evolución del esquema corporal está ligado al desarrollo psicomotor global que comprende y diferencia progresivamente las diferentes funciones y procesos de los niveles motores, tónicos, perceptivos y sensoriales expresivos (verbal y extraverbal)...".

Del mismo modo la estructuración del esquema corporal es un desarrollo progresivo ontogenético, entendiendo éste como el desarrollo de la especie y filogenético como el desarrollo individual, que atraviesa diversas sensaciones como son:

- a) Sensaciones interoceptivas: *"Pulso Respiración, temperatura"**
- b) Sensaciones exteroceptivas : *"Lateralidad, Dominancia Lateral y direccionalidad"**
- c) Sensaciones propioceptivas: *"Esquema corporal, Ajuste corporal"**

Complementando lo anterior, Guimón (1999: 90) plantea que De Ajuriaguerra (1969) propone tres etapas en la evolución del esquema corporal, las cuales serán descritas a continuación:

- a) Noción Sensorio motriz entre los cero (0) y los dos (2) años de edad:

La imagen corporal del lactante se reduciría en este estadio a la cavidad primitiva de Spitz con sus dos aberturas: la anterior, correspondiente a los labios y la posterior correspondiente a la faringe. Se desarrolla así un primer esbozo de la imagen del cuerpo, pero troceada. El niño vive en un

espacio bucal y para él el mundo es esencialmente una realidad a ser chupada' (Piaget). Guimón (1999).

b) Noción Preoperatorio entre los tres (3) y los seis (6) o siete (7) años: en esta etapa el/la niño/a comienza a perfeccionar el conocimiento del cuerpo y del mundo que le rodea gracias al dominio de la marcha; de igual manera al adquirir el lenguaje verbal, tiene la posibilidad de nombrar *"... las partes medias o simétricas visibles, luego las que no ve... de los órganos internos del intracuerpo, sólo tiene por entonces un conocimiento intuitivo o mágico"*. Guimón (1999)

Al respecto, se menciona que algunos niños/as de la sala de oncología del Hospital Infantil San Vicente de Paúl, entre los cuatro (4) y seis (6) años de edad, ubican algunas partes internas de su organismo y le dan función de acuerdo a la relación con el medio hospitalario y con el concepto corporal, un ejemplo claro es una niña de cuatro (4) años que según sus palabras *"la boca le sirve para que le metan un palo"*, lo que hace referencia a las endoscopias que le realizan para tratar su enfermedad; de igual manera un niño de cinco (5) años menciona que su *"estomago le sirve para guardar la comida"* lo que evidencia que algunas de las funciones que le otorgan a estos órganos son desde su saber. Sin embargo después de las intervenciones realizadas por las maestras en formación, al volver a indagar a estos niños/as se pudo observar un conocimiento más elaborado acerca de la enfermedad que padecen y los tratamientos que llevan en el medio hospitalario.

Además del lenguaje verbal, el grafismo aparece para darle representación al esquema corporal; en esta etapa *"la evolución del esquema corporal sigue bastante de cerca esta evolución de la representación del espacio y de la*

geometría del niño. El dibujo del monigote se completa con diversos detalles, particularmente cierto volumen que se atribuye a los miembros". Guimon (1999)

Lo anterior es básico para explicar como algunos niños/as pertenecientes a la población participante, que se ubican entre los cuatro (4) y cinco (5) años de edad, realizan la figura humana de forma completa: cabeza, tronco, brazos y piernas, pero aún presentan algunas exageraciones como brazos y piernas más grandes que el resto del cuerpo, y a medida que aumenta la edad dicha figura se convierte en algo más estructurado y con mayor número de detalles como el cabello, las cejas, las uñas y el ombligo, que van reconfigurando su imagen corporal.

Por otra parte en la etapa preoperacional, según Piaget aparece el juego simbólico en el cual *"los niños hacen que un objeto represente algo más"* Papalia (1992: 201) lo que se evidenció cuando una niña de la población participante de cuatro (4) años de edad jugaba a ser doctora con una de las maestras en formación, a quien le toma el brazo y con un color simulaba colocarle una inyección. Otra de las características de esta etapa, Papalia (1992) la menciona desde la teoría piagetiana como la comprensión de las identidades en la cual *"la mayoría de las veces un niño en la etapa preoperacional parece entender que la naturaleza básica de una cosa sigue siendo la misma aunque cambie en algunas formas."*

En este sentido se ubica una de las niñas de la sala de oncología de cuatro (4) años de edad, quien por la quimioterapia que le suministran para el tratamiento de su enfermedad perdió todo el cabello, lo cual fue centro de discusión entre dos niñas en una actividad, que consistía en realizar la figura humana con todas sus partes dentro de las cuales incluyo el cabello y otra niña de cinco (5) años de edad

al ver este dibujo comento: *“porque le hiciste pelo a tu muñeca si tu no tienes pelo”* a lo que la niña respondió: *“en este momento no tengo cabello pero me va a salir y me va a salir muy lindo”*, lo que demuestra que la niña de cuatro años reconoce que el cabello, a pesar de caerse vuelve a nacer y que ella recuerda que hace algún tiempo tenía cabello. En tanto a la imagen corporal para la niña que se dibujo con cabello, aún no hay una reestructuración de lo que sucedió con su cabello como consecuencia de la enfermedad.

c) Noción operatoria de los ocho (8) a los once (11) años de edad: situada *“en un espacio ya bien comprendido como tridimensional, conocido en todas sus partes y en las interrelaciones que esas partes muestran en la realización de los movimientos”* Guimon (1999); esto se pudo ver cuando se realizó, con algunos niños/as entre los diez y doce años, de edad una actividad la cual consistía en hacer un títere en bolsa de papel, en ésta se evidenció cómo respetaban las formas y dimensiones de la cabeza, colocando de frente las partes de la cara y detrás el cabello.

Otra característica de este etapa es que: *“los niños en el estadio operacional son mucho más expertos en clasificar, manipular números, tratar conceptos de tiempo y espacios, y distinguir la realidad de la fantasía”* Papalia (1992). Es por ésto que se ha observado que los jóvenes de la población participante que oscilan entre la edad correspondiente a esta etapa, al tener más conciencia de su enfermedad tienden a la depresión y al autoaislamiento, por conocer algunas de las causas y consecuencias de la misma.

9.5 LÚDICA

9.5.1 Definición de Lúdica

Llanto, tristeza, angustia, ansiedad, impotencia...son sólo algunas de las sensaciones que puede generar ver a un niño/a enfermo en la cama de un hospital; pero verlos sonreír, cantar, jugar, conversar con agrado, hacer bromas, contar chistes...genera sorpresa en las personas que los rodean. Con relación a lo anterior, Dinello, Jiménez (2001: 69) plantea que

La lúdica es más bien una actitud, una predisposición del ser frente a la vida, a la cotidianidad. Es una forma de estar en la vida y de relacionarse con ella en esos espacios cotidianos en que se produce felicidad, acompañado de la distensión que producen actividades simbólicas e imaginarias como el juego, la chanza, el sentido del humor, el arte y otra serie de actividades (sexo, baile, amor afecto), que se produce cuando interactuamos con otros, sin más recompensa que la gratitud que produce dichos eventos; es decir, no solamente se produce goce y placer ligado a la estimulación sensorial, sino felicidad como proceso selectivo y emocional del desarrollo humano

Es así como la lúdica, entendida como actitud que se manifiesta en el goce por la vida, se presenta en primera instancia en la individualidad del sujeto como una forma de responder al mundo exterior y las diversas situaciones por las que atraviesa. Entonces es posible afirmar que la lúdica existe a nivel intrínseco debido al deseo del sujeto mismo, y a nivel extrínseco como consecuencia de los estímulos que recibe del exterior. Por tanto, una persona que presenta actitud

lúdica es optimista, flexible, abierta, dinámica, positiva, espontánea, segura, y por ende resiliente.

Según lo anterior se puede decir que algunos de los/as niños/as hospitalizados/as dan a conocer una actitud lúdica frente a las actividades realizadas por las maestras en formación, ya que se muestran participativos queriendo realizar los trabajos de forma rápida para continuar con otros; es por esto que se realizan juegos, rondas y canciones en pro de mantener dicha actitud lúdica en los/las niños/as y tratando de generarla en aquellos que no la manifiestan.

9.5.2 Definición de juego.

Seguramente todos hemos jugado en algún momento de nuestra existencia, pues éste es inherente al ser humano, sin embargo esto no implica tener claridad sobre su significado. Huizinga, citado por Cañeque (1993: 3), define el juego como

Una acción o una actividad voluntaria, realizada en ciertos límites fijos de tiempo y lugar, según una regla libremente consentida pero absolutamente imperiosa, provista de un fin en sí, acompañada por una sensación de tensión y de júbilo, y de ser de otro modo que en la vida real.

Para Moreno, (2005: 55) *“el juego tiene como característica la integración de conductas. Cuando la persona juega, se ponen de manifiesto en simultaneo el pensar, el sentir y el hacer”*. Y complementa diciendo que *“el juego es el acto más espontáneo de la infancia, pero es más que eso. Para el niño, es la realización libre y voluntaria de una necesidad fisiológica y psicológica”* Moreno (2005).

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, el juego como herramienta principal de las intervenciones, dio pie a que los/as niños/as expresaran sus pensamientos y sentimientos acerca de la enfermedad, de una manera más tranquila y llevadera. A la par que les permitió acceder al conocimiento acerca de esta y su tratamiento, lo que repercutió de manera directa en la imagen y el concepto corporal que tienen de si mismos con el fin de reestructurar su esquema corporal.

9.5.3 Clasificación de los juegos.

Díaz, retomado por Meneses, Montero, Maurenn y Monge (2001), proponen una clasificación de los juegos a partir de las cualidades que desarrolla, siendo estas:

- **Juegos Sensoriales:** desarrolla los diferentes sentidos del ser humano. Se caracteriza por ser pasivos y promover un predominio de uno o más sentidos en especial.
- **Juegos Motrices:** busca la maduración de los movimientos en los niños.
- **Juegos de desarrollo anatómico:** estimulan el desarrollo muscular y articular del niño.
- **Juegos organizados:** refuerzan el canal social y emocional. Pueden tener implícita la enseñanza.
- **Juegos predeportivos:** incluye todos los juegos que tienen como función el desarrollo de las destrezas específicas de los diferentes deportes.

- **Juegos deportivos:** su objetivo es desarrollar los fundamentos y la reglamentación de un deporte, como también la competencia y el ganar y formar en el perder.

En la realización del proyecto pedagógico investigativo, se han incluido juegos sensoriales, motrices y organizados con el fin de que se desarrollen habilidades y cualidades relacionadas con la reestructuración del esquema corporal en los/as niños/as de la sala de oncología.

El juego sensorial comprende actividades lúdicas que permiten el uso de los sentidos, desarrollando el conocimiento corporal, la estructuración espacio temporal y la expresión corporal y verbal, así como la memoria, la inteligencia, la creatividad, la atención y la coordinación, con el objetivo de conseguir la interacción social. De ahí que cuando se realiza con los/as niños/as actividades de tipo sensorial (visual, auditivo, olfativo) se observó su capacidad para evocar imágenes sonidos y olores predeterminados en su cerebro; así como también la creatividad al “inventar” un objeto que al menos se pareciera al que se estaba pidiendo.

Otro de los juegos a tener en cuenta es el motriz, por lo que este permite el perfeccionamiento del movimiento, mediante actividades pertinentes de cada edad. Además estos juegos permiten la relación del niño/a con su entorno, aprendiendo así el uso del cuerpo y su ubicación correcta en el espacio, para lo cual es necesario el control y la finalidad de los movimientos corporales.

Así como los juegos anteriores, el juego de organización favorece además del desarrollo físico, cultural y emocional, permitiendo que maneje la frustración, la rabia, la ansiedad, el manejo de la norma, así como el protegerse así mismo y defender sus derechos, además le brinda la posibilidad de interactuar con sus pares y compartir con ellos sus experiencias, aprendiendo de estas, enriqueciendo su aprendizaje y desarrollando su lenguaje en todas las expresiones posibles.

Por lo anterior, es que el proyecto pedagógico investigativo con su programa de estimulación lúdico y pedagógico, toma el juego como una herramienta de gran importancia, ya que le permite al/la niño/a expresar todas aquellas emociones, sentimientos y pensamientos que le suscita el medio hospitalario, como también interactuar con las demás personas, pero lo más importante, es que a través del juego el/la niño/a pueda comenzar la reestructuración del esquema corporal.

9.5.4 Beneficios de la lúdica y el juego.

El juego permite el desarrollo integral del sujeto. Muchos autores hablan acerca de los beneficios que brinda éste; Vigotsky, citado por Jiménez (1997) por ejemplo, plantea que *“es un espacio de construcción de una semiótica que hace posible el desarrollo del pensamiento conceptual y teórico”*, debido a que el/la niño/a pone a prueba sus conocimientos y adquiere otros mediante las múltiples experiencias que éste le proporciona. De igual manera, el juego es concebido por Arenas (1999) como una herramienta eficaz para el proceso enseñanza-aprendizaje, ya que *“aprender jugando es más agradable y gratificante para él que el aprendizaje forzoso”*, es por esto, que el presente proyecto propone el juego como un medio práctico y eficiente para lograr en los/as niños/as hospitalizados/as la reestructuración de su esquema corporal, permitiendo a su vez que canalice *“los*

deseos y necesidades imaginariamente, es decir, transformando hechos, objetos y relaciones” Cañeque (1993) de la realidad externa, constituyéndose así en un elemento terapéutico.

Está claro que el juego es importante en el desarrollo del niño/a, y aun más cuando está directamente relacionado con la lúdica, pues *“una faceta pedagógica de lo lúdico es aprender a convivir, a coexistir, a partir de valores individuales y colectivos, es también aprender a generar una comunidad escolar sensible, crítica y solidaria”* Dinello, Jiménez y Motta (2001), pues lo lúdico se desarrolla en lo colectivo, y es precisamente en la socialización, en la interacción con otros, que el/la niño/a puede potenciar habilidades y destrezas necesarias para desenvolverse en el medio, al mismo tiempo que logra alcanzar un desarrollo físico, emocional, psíquico, entre otros.

Es así, como la lúdica se convierte en

Un elemento de gran ayuda para la educación, ya que le proporciona goce e integración con el grupo, y también le permite al educador emplearla para un proceso ameno y fructífero. Permite el descubrimiento de valores y desarrollo de potencialidades y la búsqueda del equilibrio de cada individuo generando personas creativas y autónomas Arenas (1999),

Siendo esto una de las razones para que se tenga en cuenta el componente lúdico en el ámbito hospitalario (como es el caso del presente proyecto), escolar y demás contextos, en los cuales el sujeto tenga la oportunidad de desarrollar y poner en práctica valores, habilidades y destrezas a nivel individual y colectivo.

9.5.5 La lúdica y el juego

En muchas ocasiones se presenta confusión entre lo que es la lúdica y el juego, pues se piensa que dichos términos aluden a un mismo significado; sin embargo, como ya se mencionó en párrafos anteriores, existen diferencias entre éstos. Teniendo en cuenta las definiciones de lúdica y juego, se encuentra que la primera hace referencia a una actitud manifiesta en cualquier actividad que realiza el sujeto en su cotidianidad, y la segunda alude a una acción; por lo tanto, es posible afirmar que ambos conceptos son diferentes. Entonces, ¿Dónde está la relación entre ellos? Según Dinello, Jiménez y Motta (2001), *“la conciencia lúdica como un proceso de auto expresión ligado al juego comprende todo tipo de actividades libres, naturales y espontáneas del cuerpo del niño”*, ya que es desde la libertad que permite el juego que se puede presentar la actitud lúdica de quien juega, porque es en esa libertad donde el jugador asume la actitud que determinará su forma de desenvolverse en éste, existiendo la lúdica si el jugador lo desea y teniendo en cuenta los sucesos que se presentan durante el tiempo de juego.

Sin embargo, *“la construcción de una conciencia lúdica no se remite únicamente a los juegos, sino a los procesos de relación que deben existir entre la corporalidad y la conciencia biosocial”* Dinello, Jiménez y Motta (2001), es así como la lúdica se puede presentar en cualquier actividad que realice el ser humano, sin ser necesariamente un juego; es decir, el ser humano puede presentar una actitud lúdica en su trabajo, en una cena familiar, durante un viaje, con sus amigos, en una fiesta, en una conversación, entre otras. Es fundamental que los niños/as hospitalizados/as asuman esta actitud, ya que de esta manera su estadía en este medio será menos traumática y les permitirá adaptarse a su nuevo esquema corporal.

En conclusión, la lúdica no depende del juego para existir, ni en el juego se hace necesaria la lúdica; sin embargo, si el juego es acompañado de ésta será más placentero para el jugador.

9.6 ESTIMULACIÓN

9.6.1 Definición

El concepto de estimulación, cuyo origen se remonta a trabajos realizados por educadores con respecto al retardo mental, presentó una evolución debida a diferentes investigaciones, permitiendo determinar varios enfoques, como la estimulación precoz, la temprana, la adecuada. Para el presente trabajo se tendrá en cuenta esta última ya que se considera como la más acertada para lograr el objetivo propuesto.

La estimulación adecuada hace referencia a las: *“Acciones que deben tener en cuenta que la evolución psicológica del niño es una construcción progresiva en la cual cada conducta prepara la siguiente y los primeros conocimientos forman la base de conocimientos posteriores”* Moya Luque (1992: 7). Además, se debe pensar en el desarrollo integral del ser humano para propiciarle momentos adecuados y poder llevar a cabo la estimulación, teniendo en cuenta la etapa de maduración en la que se encuentra el/la niño/a, el lugar donde se va a realizar la estimulación, el tiempo de duración, y la relación que se establece entre la persona que estimula y a quien se estimula, posibilitando el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Es por ello, que las maestras en formación al realizar las intervenciones tienen en cuenta tanto la salud física como el aspecto emocional, por el cual están

atravesando los/as niños/as de la sala de oncología con el fin de no ir en contra de lo que ellos sienten y quieren, también buscan un espacio en el que tanto estos como las maestras en formación estén dispuestos, preparados y atentos para los nuevos conocimientos que se puedan generar.

Es a partir de la interacción del/la niño/a con otros que éste comienza a adquirir determinadas habilidades, destrezas y conocimientos los cuales le permiten desenvolverse adecuadamente en su medio; ésto evidencia la importancia que tienen las demás personas dentro del desarrollo integral de éste, ya que al proporcionarle cada día nuevos estímulos permite que se desarrolle la plasticidad cerebral, la cual hace referencia a

(...) una particularidad del cerebro que posibilita la asimilación de los estímulos, su cambio y transformación, como consecuencia de la acción del medio exógeno y endógeno sobre las estructuras corticales y que se conoce como la maleabilidad o plasticidad de este órgano principal del sistema nervioso central. Martínez (S.f).

Del mismo modo se puede ver cómo la plasticidad cerebral requiere de la sinapsis que es: *“un sistema de comunicación y transformación de impulsos entre el axón de una neurona y las dendritas o cuerpos celulares de otras neuronas”* Del Castillo (2002). Todo esto con el fin de que el/la niño/a pueda adquirir nuevos conocimientos y así poder afrontar las situaciones nuevas que se le presentan como las que vive en el medio hospitalario.

Un ejemplo de lo anterior, son los/as niños/as hospitalizados/as en la sala de oncología, quienes se alejan de su cotidianidad e ingresan a un contexto diferente y hostil para ellos, logrando un nivel de adaptación que les permite continuar con

su vida en el nuevo ambiente, afrontando todo tipo de cambios, entre ellos los cambios físicos producto de su estado de salud, reestructurando su esquema corporal, permitiéndole el aumento de la autoestima, la autoconfianza, la autonomía y la aceptación, generando en él una nueva percepción de si mismo, dicha reestructuración se logra gracias a los estímulos dirigidos a fortalecer todas las dimensiones del desarrollo que propician nuevos aprendizajes en el/la niño/a, en este caso por medio de las actividades llevadas a cabo por las maestras en formación, las cuales apuntan a que se den nuevas conexiones neuronales en niños entre los 4 y los 14 años de edad, pues como lo afirma Álvarez (2004: 20) *“...si bien es cierto que la maduración cerebral se termina a los dos años y medio, no así sus conexiones neuronales que siempre están estableciendo nuevas sinapsis. De esta manera directa o indirecta benefician las necesidades biológicas y psíquicas del infante”*, por lo tanto, se puede afirmar que cuando se proporcionan estímulos acordes con la edad del ser humano, se logran sinapsis que propician nuevos aprendizajes y conllevan a un desarrollo integral.

Como ya se ha mencionado, la estimulación debe tener en cuenta algunos aspectos que favorezcan el desarrollo y conocimiento, tanto del/la niño/a como del el estimulador; dentro de ésta se encuentra la edad del menor, la que permite evidenciar la etapa del desarrollo en la que se encuentra y así fortalecer las características que le son propias, y encaminarlo hacia la siguiente etapa; del mismo modo, se debe tener presente la disposición emocional y anímica de la persona que va a propiciar la estimulación, ya que puede percibir cualquier tipo de malestar y con ello la estimulación no sería un acto efectivo, por último, las condiciones ambientales juegan un papel importante, pues el medio es el que permite la adquisición de nuevos conocimientos.

Además de lo anterior, se debe tener presente que la estimulación es más que una acción para lograr un objetivo, pues implica que, tanto el estimulado como el estimulador participen activamente en dicho proceso disfrutando de éste, asumiendo una actitud lúdica, que posibilita una relación afectiva entre ambos, y a su vez favorece el funcionamiento de estructuras cognitivas.

9.6.2 Conceptos que se relacionan con la estimulación.

La estimulación, al hacer parte de la formación integral del/la niño/a, tiene en cuenta aspectos como el crecimiento, el desarrollo, la maduración y la madurez los cuales serán explicados a continuación.

- **Crecimiento:** *“Aumento gradual en magnitud de un organismo de sus partes; también, aumento análogo en la magnitud o amplitud de una función”* pedagogía y psicopedagogía (1998: 780), es decir, que el crecimiento se evidencia en el aumento de tamaño de la estructura corporal, tanto a nivel externo (extremidades superiores, extremidades inferiores, tronco, cabeza), como a nivel interno (cerebro, corazón, pulmones y demás órganos).
- **Desarrollo:** *“Es una serie progresiva... e irreversible de cambios ordenados y coherentes...Es un proceso de integración de muchas estructuras y funciones; pero cada cambio depende del que le precedió e influye sobre el que sigue”* Díaz Sarmiento (1984: 78), del mismo modo, se puede ver como el desarrollo tiene por características que es continuo y progresivo y que depende del ritmo de vida de cada persona.

Debido a lo anterior, el crecimiento y desarrollo de los/as niños/as de la sala de oncología se ve afectado por las diversas enfermedades cancerígenas que presentan, puesto que son expuestos a tratamientos agresivos como la quimioterapia y la radioterapia en algunos casos muy específicos.

Los efectos secundarios tempranos de la quimioterapia más frecuentes son la caída del cabello, náuseas, vómito, úlceras en la boca y mielosupresión (anemia, baja de defensas que conlleva el riesgo de infecciones y hemorragias). Los efectos tardíos van a depender del medicamento que se utilice; entre ellos se incluye toxicidad hepática, renal, cardíaca y neurológica como los más importantes. Holford (2005:7)

Con la quimioterapia, la utilización de fármacos o medicamentos de alto nivel no sólo se destruyen las células cancerosas sino también las células sanas, algunas de ellas son las que tienen gran capacidad de crecimiento, como las células de la sangre, del aparato digestivo, entre otras. La radioterapia, con las radiaciones ionizantes elimina las células malignas y detiene su crecimiento y división en la zona que es aplicada, sin embargo la radioterapia, también impide que las células sanas continúen con su desarrollo normal y cumplan a cabalidad las funciones necesarias para el sano desarrollo y crecimiento del/la niño/a.

No sólo a nivel físico se afecta el normal desarrollo de los/as niños/as que padecen cáncer, pues hay efectos emocionales que interfieren y que tienen una alta relación con el diagnóstico de esta enfermedad y a su vez con los procedimientos médicos. Se desarrollan problemas de comportamiento y alteraciones emocionales, retraimiento con las personas que le rodean, cambios en los estados de ánimo y corporales, que le interfieren con la reestructuración de

su esquema corporal. Por ello, es importante tener presente que al momento de pensar en las intervenciones de estimulación lúdicas y pedagógicas, para realizar con esta población se deben tener en cuenta aspectos como el agotamiento físico, su estado anímico y demás factores presentados anteriormente.

- **Maduración:** *“Es un cambio cualitativo y complejo que hace posible que una estructura empiece a funcionar en niveles progresivamente superiores”* Holford (2005). En otras palabras, es la transformación que conduce a la madurez, debido a los cambios de estructuras que se dan por la herencia, el desarrollo fisiológico (funcionamiento de los órganos) y anatómico (estructura corporal), y a la estimulación que el medio y las personas le propician.

Respecto a la maduración, es importante resaltar que con las intervenciones que se llevan a cabo con la población infantil de la sala de oncología, se tiene presente la etapa progresiva del/la niño/a para ayudarlo en la construcción de dicha fase, que en algunos casos no concuerda con su edad cronológica o de desarrollo cognitivo, debido a retrasos en el desarrollo y crecimiento por los factores mencionados en los puntos anteriores y por la falta de asistencia educativa, pues o no asisten a una institución educativa o por sus continuas ausencias tienen dificultades académicas.

- **Madurez:** *“Es un estado que marca el final del crecimiento y desarrollo. Se caracteriza por el término de los cambios estructurales y la forma de funcionar física y mentalmente de un modo característico del adulto normal”* Holford (2005), por lo tanto es posible afirmar que la madurez hace alusión

a los objetivos logrados o alcanzados mediante el crecimiento y desarrollo físico adquirido.

De acuerdo a lo anterior, se puede establecer la interrelación que existe entre estos conceptos, pues el ser humano como una unidad integrada no puede desarrollarse de forma fragmentada, es decir, no se puede llegar a un estado de madurez funcional sin que haya pasado por los procesos de crecimiento, desarrollo y maduración simultáneamente, por lo tanto, si hay un equilibrio entre estos factores es posible que se de un desarrollo adecuado. Además de lo biológico son necesarios los estímulos que recibe del exterior, pues entre más posibilidades tenga de interactuar con el medio, más experiencias y mayores habilidades podrá adquirir de acuerdo a su edad. Sin embargo, cuando no hay estimulación o ésta es inadecuada se afecta el proceso de crecimiento, desarrollo y maduración de las estructuras corporales y algunas funciones, obstaculizando la madurez de éstas.

9.6.3 Áreas de la estimulación

Según Cabrera y Sánchez (2002: 60), plantean unas áreas de la estimulación que permite potencializar el desarrollo integral del/la niño/a, estas son:

- **Área motora:** consiste en el dominio del propio cuerpo, lo que implica el tono muscular y posibilita *“la comprensión de las relaciones espacio-temporales, todo lo cual le va a permitir desplazarse sin peligro por el espacio circundante”* Cabrera y Sánchez (2002). Por esto la estimulación del área motora le brinda al/la niño/a la posibilidad de tener una conciencia de sus movimientos y así poder conocer el medio que lo rodea, logrando

percibir su cuerpo como una estructura independiente de ese medio en el cual vive.

- **Área perceptivo-cognitiva:**

Pretende englobar a todas aquellas actividades que van a favorecer el desarrollo de las estructura cognoscitivas que servirán de punto de partida para construcciones intelectuales superiores...La inteligencia está presente en el niño antes que el lenguaje y sus manifestaciones son esencialmente prácticas en esta primera etapa, es decir, se apoyan en conocimientos y en percepciones sin que intervenga la representación y el pensamiento. De esta forma, el niño llega a captar el mundo que le rodea y a comprenderlo a través de su comunicación con los objetos materiales. Cabrera y Sánchez (2002);

Es por esto que el cuerpo se convierte en un medio de aprendizaje, ya que en esos primeros años de vida el/la niño/a capta y percibe el mundo que lo rodea más fácilmente cuando tiene experiencias prácticas que son transversalizadas por el cuerpo.

- **Área del lenguaje:** la estimulación en esta área va encaminada a la comprensión de éste por parte del/la niño/a, con el fin de que pueda utilizarlo como medio de comunicación con las demás personas, sin embargo, se debe tener en cuenta que el lenguaje verbal no es el único medio de comunicación, sino que existen otros que pueden ser más significativos en algunas situaciones específicas, tales lenguajes pueden ser la expresión corporal (gestos, miradas, movimientos actitudes, ademanes, entre otros.) y la expresión gráfica (dibujos, lenguaje escrito). Es así como el lenguaje se convierte en un instrumento de contacto social que le permite al/la niño/a acceder a un estado superior de conocimiento.

- **Área social:** *“Dentro de esta área, la estimulación se orienta a proporcionar al niño el mayor grado de autonomía e iniciativa posible en lo referente a los hábitos básicos de independencia personal (alimentación, vestido, aseo...), así como una conducta social normal y adaptada al ambiente en que se desenvuelve ésta”* Cabrera y Sánchez (2002).

El ser humano es por naturaleza un ser social, el cual se desarrolla bajo unas tradiciones y costumbres que obedecen a la cultura a la cual pertenece, y es allí en ese medio social en el que se proporciona al/la niño/a todo un bagaje de conocimiento para formarse como un ser integral.

Con lo anterior se puede decir que el ser humano, al ser una integralidad no se estimula sólo en un área específica, sino que al hacer aportes en un área se están estimulando las demás, por eso, con las intervenciones que se realizan las maestras en formación en la sala de oncología, si bien se propende por estimular el área motora, no se descuidan las demás áreas, además como ya se dijo las experiencias más significativas son aquellas que pasan por el cuerpo y es desde allí donde se puede comenzar a trabajar la reestructuración del esquema corporal, a través de la imagen y el concepto corporal.

10. ANÁLISIS DE CATEGORÍAS

En este tratado se dará cuenta de los resultados que arrojó la triangulación de la información tomada por los tres instrumentos de recolección de información, que evidencian el impacto que tuvo el programa de estimulación lúdico y pedagógico, en la reestructuración del esquema corporal del/la niño/a hospitalizado/a en la sala de oncología del Hospital Infantil San Vicente de Paúl.

10.1 CATEGORÍA DE ESTIMULACIÓN

A continuación se expondrá la categoría de estimulación con la subcategoría de juego y lúdica.

El desarrollo biológico del ser humano es un proceso continuo que comienza con la fertilización y va evolucionando a través de etapas escalonadas, cada una de las cuales supone un grado de organización y maduración complejo; este desarrollo se produce desde dos planos diferenciados pero al mismo tiempo relacionados: lo fisiológico y lo psicológico, para los cuales, se crean ambientes adecuados en donde cobra importancia la estimulación, al ofrecer aprendizajes basados en experiencias previas para que dicho desarrollo sea integral.

Se entenderá, entonces, por estimulación una serie de acciones sistemáticas realizada desde temprana edad para permitirle fortalecer su propio potencial, su proceso de aprendizaje; en tanto amplía la habilidad mental y aumenta el control emocional dando una sensación de goce y seguridad, al tiempo que reduce los factores que obstaculizan su desarrollo integral; además, dichas acciones están encaminadas a fortalecer o ayudar a la formación de las estructuras biofisiológicas y psicológicas (las cuales, en edades más tempranas, están en plena formación y maduración). Cabe resaltar que a pesar de que la estimulación tiene su mayor auge en las primeras etapas de la vida, se puede continuar con este proceso en etapas posteriores y más aún, cuando el/la niño/a se encuentra en una situación de necesidad educativa por no contar con un proceso de escolarización continuo, como es el caso de los/as niños/as hospitalizados/as en la sala de oncología del Hospital Infantil San Vicente de Paúl.

Si bien, algunos niños/as, estuvieron desescolarizados por varios periodos debido a su enfermedad, otros, nunca han asistido a una institución educativa, bien sea por la enfermedad o por que los padres deciden no ingresarlos debido a que en muchas ocasiones no visionan a sus hijos a futuro, pues esperan su muerte o no ven la recuperación de estos; como es el caso de una madre de familia quien afirma *“yo no entro el niño a una guardería porque no se si se va ha mejorar con el tratamiento o si por el contrario se va a empeorar, es mejor dejarlo en la casa, tranquilo sin nada de nada”* (tomado de diario pedagógico).

Es así como el proyecto pedagógico, que se llevó a cabo en el aula lúdico pedagógica del Hospital Infantil San Vicente de Paúl, con la población infantil hospitalizada en la sala de oncología, tuvo en cuenta la estimulación, y a pesar de que ésta tiene diversos enfoques (precoz, oportuna, adecuada, temprana), se

decidió retomar algunos aportes de la adecuada y la temprana; ésta última entendida como la estimulación que se realiza con los/as niños/as cuando se encuentran en una situación de riesgo desde el punto de vista biológico y social, esta cobra importancia para el proyecto pedagógico que se llevó a cabo en el hospital antes mencionado. Por medio de dicha estimulación, se pudo observar cómo la población oncológica se encuentra en una situación de riesgo que además de ser biológica por la enfermedad que padecen, también es de orden social, ya que los/as niños/as al verse diferentes por su apariencia física cambia su imagen corporal y así mismo se afecta su concepto corporal, llevándolos, generalmente en los adolescentes, a un aislamiento social, es así como una joven de 14 años expresa *“la caída del pelo me dio y me da muy duro, no quería salir, no quería que nadie me viera y sólo iba de mi casa al hospital y de allá a mi casa y aún no lo supero. Me regalaron una peluca y con ella sí salgo”*. (Tomado de diario pedagógico).

En esta misma línea, se puede ver como la estimulación temprana cuenta con dos áreas fundamentales en las que recae su acción, la sensorio-perceptual y la motriz, éstas, al privilegiar los sentidos y el cuerpo posibilitan que en los/as niños/as se de un aprendizaje significativo, además fue a través de estas áreas, que el proyecto pedagógico que se llevó a cabo en el Hospital Infantil San Vicente de Paúl, buscó la reestructuración del esquema corporal. Así mismo, los aportes de la estimulación adecuada cobraron relevancia dentro de la realización del proyecto pedagógico, pues ésta consiste en proporcionar estímulos intencionados que se hacen a través de los BITS, estos son unidades de información que facilitan el proceso de aprendizaje; además dicha estimulación tiene en cuenta algunos aspectos que cobran importancia y más aún, en el medio hospitalario, como son la cantidad de tiempo, el lugar y las condiciones ambientales donde se realiza la estimulación, como también las condiciones anímicas en las que se encuentra el

estimulador y el estimulado, y en este caso específico se debe contar con las condiciones de salud de los/as niños/as hospitalizados, ya que la estimulación lo que busca es proporcionar momentos de distracción y aprendizaje y no ocasionar malestar entre los niños/as que la están recibiendo.

Además de lo expuesto anteriormente, la estimulación tiene presente las siete dimensiones del desarrollo⁴ planteadas desde el Ministerio de Educación Nacional para la educación preescolar (MEN) (1998), sin embargo, para efectos de este proyecto pedagógico, se enfatizó en la dimensión corporal y socio-afectiva. La primera, tiene en cuenta que la aprehensión del aprendizaje significativo, se da en la medida que se estimula por medio de la sensopercepción, además de que considera que para lograr dicho aprendizaje, es necesario que éste sea transversalizado por el cuerpo, lo que se evidencia en las planeaciones del programa de estimulación lúdica y pedagógica, donde las diversas actividades están enfocadas en la reestructuración del esquema corporal tomando el cuerpo como referente del aprendizaje.

La segunda, tiene que ver con el afianzamiento de la personalidad del/la niño/a, en la que se tiene en cuenta algunos de los aspectos relacionados con la imagen corporal como son la autoimagen, el autoconcepto y la autonomía, así mismo, en la dimensión socio-afectiva se le da gran importancia a la socialización y a la afectividad, todo esto con el fin de fortalecer la subjetividad y las relaciones que se establecen con los demás

⁴ Dimensiones del desarrollo: áreas que se tienen en cuenta en la educación inicial del niño y estas son: dimensión socio afectiva, dimensión corporal, dimensión cognitiva, dimensión comunicativa, dimensión estética, dimensión espiritual y dimensión ética, propuestas por el Ministerio de educación Nacional.

En el ámbito hospitalario, la estimulación le ayuda al/la niño/a a fortalecer sus canales sensoriales para que pueda adquirir información sobre el mundo que le rodea, así como su realidad más inmediata, para lo cual se realizan intervenciones lúdico-pedagógico, fortaleciendo las áreas del desarrollo, e impulsando el aprendizaje para buscar la reestructuración del esquema corporal, objetivo de estudio de esta investigación.

Según lo antes mencionado, las maestras en formación propiciaban en el aula lúdica pedagógica, un espacio adecuado para realizar el trabajo de estimulación, donde los agentes estimulados recibían una motivación frente a un conocimiento que hacía referencia a la situación actual de su enfermedad y a los cambios que se presentaban en su cuerpo. Por tanto las actividades realizadas con la población infantil oncológica, tendían a proveer a los/as niños/as de espacios acordes para la aprehensión del conocimiento.

Es así como el programa de estimulación lúdico y pedagógico, ofrece múltiples experiencias que desencadenan aprendizajes significativos para los/as niños/as en relación con las dimensiones del ser y la reestructuración de su esquema corporal, puesto que éste, debido a la hospitalización cambia de significado para ellos/as, en la medida que su aspecto físico se deteriora por la enfermedad que presentan. Tal es el caso de una niña que después de realizar varias actividades que apuntaban al reconocimiento del cuerpo, pudo identificar sus partes internas al igual que su función, mencionando: *“Profe este es el estómago que sirve para recibir las pastillas (...)”* (tomado del diario pedagógico y la pauta de observación). Al respecto, se puede evidenciar cómo poco a poco las concepciones que los/las niños/as tienen de su esquema corporal, van cambiando y adquiere otro

significado de acuerdo a su condición física y psíquica, de aquí que éste sea el énfasis en la intervención pedagógica, adaptada a las necesidades, intereses, situaciones y experiencias vividas por ellos.

Si bien, la estimulación son acciones que se dan en un tiempo y espacio determinado para facilitar el proceso de aprendizaje y favorecer así el desarrollo integral en los/ niños/as, se puede decir que el programa que ejecutaron las maestras en formación en la sala de oncología, basado en la estimulación lúdica y pedagógica, permitieron que el/la niño/a entendiera todo lo relacionado con su enfermedad y tratamiento, así mismo, qué estaba pasando con su cuerpo, por qué estaba sufriendo cambios, a pesar de encontrarse en un lugar extraño. Esto se pudo evidenciar cuando algunos expresaban: *“Tengo cáncer de leucemia, que está en la sangre por todo mi cuerpo, por eso me ponen la quimio, que me pone muy maluca y también me tumba el pelo, pero ya se que me vuelve a crecer”, “Yo tengo un tumor en el riñón (se señala el abdomen con la mano) y también se me cae el pelo cuando me ponen la quimio, porque eso es muy fuerte y hace que se me caiga”*. Lo anterior da cuenta del conocimiento que adquirieron los/las niños/as después de varias intervenciones y explicaciones de las maestras.

Así mismo, la estimulación que se les brindó, permitió un fortalecimiento general respondiendo a condiciones óptimas de salud y bienestar, ya que van encaminadas a satisfacer el desarrollo físico, emocional, social y cognitivo. Ejemplo de ello es lo que menciona una abuela, acompañante de uno de los niños hospitalizado: *“No veíamos la hora de que llegaran para que esta niña se viera*

*tranquila y feliz, ustedes y lo que hacen con ellos les hace mucha falta*⁵. Lo que evidencia como los acompañantes, si bien, no relacionan mucho el concepto de estimulación, hacen una apreciación del cambio de comportamiento y actitud que tienen los/as niños/as cuando trabajan con las maestras en formación.

Otro factor importante para la estimulación de los niños es que estén acompañados de los padres, ya que éstos les proporcionan seguridad, confianza, compañía, protección, y tranquilidad en las diferentes actividades que realiza. Frente a esto uno de los niños de la sala de oncología menciona: *“profe... a mi me gusta cuando ustedes vienen y jugamos con mi mamá y todos los niños, cuando miramos lo que tenemos por dentro, del cuerpo, y... a mirarnos al espejo”, “A mi me gusta mucho hacer los trabajos con mi mamá porque así me quedan más bonitos”* (tomado de diario pedagógico). Este acompañamiento permite fortalecer en la población habilidades y capacidades cognitivas.

De ahí que la estimulación en los ambientes oportunos y adecuados para los/as niños/as apunten al tiempo a tener presente su desarrollo social, *“ya que el crecimiento personal es un proceso mediante el cual el ser humano hace suya la cultura del grupo social a la que pertenece”* (tomado de diario pedagógico), además, cuando está en interacción con los otros adquieren habilidades, destrezas y conocimientos que le permiten desenvolverse de manera adecuada en su medio, y ayuda a mejorar la autoestima, las relaciones inter e intra personales, el autoconcepto y la seguridad en sí mismo.

⁵ Relato de una abuela de una niña hospitalizada en sala de oncología de Hospital Infantil San Vicente de Paúl.

Al comienzo de la ejecución del programa, se pudo evidenciar cómo la dimensión social en algunos niños se iba deteriorando a medida que su enfermedad avanzaba y que lograba visualizar las alteraciones en su esquema corporal, ejemplo de ello, es cuando una niña de la sala de oncología de 13 años de edad menciona: “(...) *profe, yo no voy a salir porque no encuentro mi peluca, y me da pena salir así*” (tomado de diario pedagógico). Luego de varias intervenciones con esta niña, pudo comprender y aceptar su nueva imagen corporal, pues en una de las actividades su madre le pide que se ponga la peluca, ella responde “*No mami, hoy no me la quiero poner, además ya no me da pena, porque yo se que el pelo me va a crecer*”. Se refleja entonces, como la estimulación va más allá de la simple adquisición de conocimientos teóricos, puesto que proporciona herramientas indispensables para el desarrollo de aspectos sociales, afectivos y psicológicos que hacen que los/as niños/as formen concepciones de sí mismo, diferentes a las que presentan en el momento, logrando aceptar las características y cambios de su cuerpo.

Otro caso particular, que afectaba la dimensión social fue la timidez o dificultad de los/as niños/as para interactuar con otros, ya sea por la edad o la etapa del desarrollo en la que se encuentran, así lo expresa un niño: “*casi no salgo a compartir con otros niños porque no me gusta, son muy chiquitos y yo ya estoy muy grande pa´ jugar con ellos, mejor me quedo en la pieza viendo televisión*” (tomado de diario pedagógico). Igual que en casos anteriores, después de varias intervenciones este niño logró interactuar con toda la población, además, ayudaba a los más pequeños a realizar las actividades propuestas.

De esta manera se puede ver, que la estimulación en el área de lo social le proporciona al/la niño/a autonomía e independencia que le permite adaptarse al

ambiente en el que se desenvuelve, por esto, el programa de estimulación lúdico y pedagógico propició espacios que implicaron interactuar, compartir, mirar, tocar al otro y como consecuencia generar independencia y autonomía en las acciones y las concepciones de sí mismo, para adaptarse con facilidad a los cambios del contexto y de su cuerpo.

Por lo tanto, el programa de estimulación lúdico y pedagógico, permitió que el/la niño/a hospitalizado/a, a partir de la interacción con el otro, pusiera de manifiesto sus sentimientos, como es el caso de un niño de 8 años de edad de la sala de oncología del Hospital Infantil San Vicente de Paúl, quien menciona:

Yo aquí me siento muy solo, y me gusta que mi mamá siempre se quede conmigo, pero desde que vengo a la escuelita (aula lúdico pedagógica), ya se que no me va a pasar nada malo si me quedo solo y que los doctores y las enfermeras sólo me van a revisar para ver si estoy mejor. (Tomado de diario pedagógico).

El avance de este niño, con relación a su autonomía, fue muy importante para él, pues desde el aprendizaje significativo tomó conciencia de los beneficios del tratamiento médico, necesarios para recuperar su salud.

En esta misma línea, estimular al/la niño/a implica proporcionarle herramientas para que afronte con facilidad situaciones nuevas que se le presentan, como lo es, permanecer por un tiempo determinado en el medio hospitalario; para lograrlo, es importante tener en cuenta el papel que juega la plasticidad cerebral, debido a que posibilita la asimilación de cambios internos y externos, permitiendo así adaptarse a las demandas del contexto.

Ahora bien, después de implementarse el programa de estimulación lúdico y pedagógico, propuesto por las maestras en formación, se plantea que las actividades dirigidas a la reestructuración del esquema corporal se apoyaron en lo emocional, social, motriz y cognitivo, utilizando técnicas de relajación, de distracción y de imaginación guiada, así mismo, estrategias pedagógicas de juego de roles, arte y destrezas motoras, dando como resultado en los/as niños/as un agregado más a la concepción de su propio cuerpo y de sí mismo como ser humano, puesto que ahora logran aceptar sus cambios corporales, ya que comprenden que éstos son temporales, ejemplo de esto, es una niña de 7 años de edad quien menciona: *“profe, este soy yo (señala el dibujo que acaba de hacer), el pelo pronto me crecerá”* (tomado de diario pedagógico).

Es así, como la estimulación se convierte en ese medio facilitador que le brinda, al/la niño/a, una serie de posibilidades para conocer el mundo en el cual interactúa, como también para sentirse bien consigo mismo. De ahí, que el programa de estimulación lúdico y pedagógico, permitió que a través de la reestructuración del esquema corporal el/la niño/a llegue a manejar su enfermedad, no desde la intuición y la imaginación, sino desde la apropiación de conocimientos acerca de la misma, y de esta forma aceptar las alteraciones que se dieron en su cuerpo y que intervinieron en su estado emocional.

10.1.1 Subcategoría: El Juego y la Lúdica.

Como se ha venido hablando en este tratado, la estimulación se vale de múltiples factores para intervenir al/la niño/a, y para el programa de estimulación lúdico y

pedagógico, el juego y la lúdica vienen a formar un elemento esencial de la estimulación, dado que por medio de estos, se llega con mayor acercamiento al mundo natural del/la niño/a, del mismo modo que se puede ver cómo en las actividades que fueron llevadas a cabo, por las maestras en formación, se tuvo en cuenta al cuerpo como un medio para alcanzar aprendizajes significativos, pues como se mencionó, el aprendizaje significativo está transversalizado por éste.

En esta misma línea, se puede ver cómo el juego, que en este documento es entendido, como esa actividad que le permite al/la niño/a construir un conocimiento por medio del disfrute; y la lúdica, como esa actitud positiva que se le pone a la vida y la forma de relacionarse con ella; cobran importancia para el presente proyecto, en la medida que a través de ellos se da a conocer todo ese conocimiento pertinente para lograr una reestructuración del esquema corporal, como también a partir de estos, se pudo indagar y trabajar con los/as niños/as hospitalizados/as en la sala de oncología del Hospital Infantil San Vicente de Paúl, sobre el sentimiento que les genera su cuerpo y la apariencia física que tienen.

De este modo, en el presente proyecto, y más específicamente en el programa de estimulación lúdico y pedagógico, se tuvo en cuenta el juego como el instrumento principal para que esta población accediera a un nuevo conocimiento relacionado con la enfermedad y el tratamiento, lo que repercutió de forma directa en la imagen y el concepto corporal que tienen de si mismos, buscando así propiciar la reestructuración del esquema corporal; además, por medio de éste los/as niños/as opinaron acerca de los pensamientos y sentimientos que le suscitaba la enfermedad que padecían y la estadía en el medio hospitalario.

De otro lado, la lúdica cobra importancia dentro de todo este proceso que se llevó a cabo en la sala de oncología del Hospital Infantil San Vicente de Paúl, pues ésta es la actitud que asumen las personas ante diferentes situaciones, y es precisamente en la interacción y en la relación con los otros, que el/la niño/a puede potenciar habilidades y destrezas necesarias para desenvolverse en el medio en el cual se encuentra, al mismo tiempo que logra alcanzar un desarrollo físico, emocional, psíquico, entre otros, que le permite afrontar las diversas situaciones adversas que se le puedan presentar.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, se reconoce, entonces, la importancia que cobra el juego y la lúdica en el proyecto *“la Estimulación como facilitadora del proceso de reestructuración del esquema corporal del/la niño/a hospitalizado en la sala de oncología del Hospital Infantil San Vicente de Paúl”*, ya que éstas, además de proporcionarles disfrute y goce a esa población, facilitan el proceso de enseñanza-aprendizaje de todas las situaciones nuevas y desconocidas que se le presentan al/la niño/a en ese medio hospitalario.

10.2 CATEGORÍA DE ESQUEMA CORPORAL

Mi cuerpo está conformado por todas las partecitas que tengo por fuera como las manos, los pies, la cabeza, los ojos y un montón de cosas como el corazón, el hígado, la médula ósea que están por dentro; a mi me gusta cuando aprendemos de eso porque conocemos cosas que no sabíamos y además me parece muy importante, y también hace parte de mi cuerpo el pelo, aunque se me cayó⁶

La frase anterior retoma las palabras de una niña de diez años de edad, que participó en una de las actividades, que tenía como fin indagar por los segmentos del cuerpo, y así recolectar información acerca de los conocimientos previos que tenían sobre el esquema corporal, entendiendo este concepto en el presente proyecto investigativo, como el conocimiento que se tiene del propio cuerpo desde las experiencias y relaciones que se adquieren con el medio y con el otro, además que tiene en cuenta la percepción que la persona se crea de si misma; es decir, dicho esquema cuenta con la imagen y el concepto corporal como los dos aspectos que lo conforman ambos se relacionan, en la medida que hace referencia a la integralidad del ser.

El concepto corporal se definirá, para efectos de este análisis, como el conocimiento científico del cuerpo, es decir, de todas las partes que lo conforman, de su ubicación, funcionalidad, identificación y diferenciación segmentaría, involucrando además las relaciones con el espacio y con los objetos en general. Y en relación con el programa de estimulación lúdica y pedagógica, el concepto

⁶ Palabras de una niña de 10 años de la sala de oncología del Hospital Infantil San Vicente de Paúl, parte de la muestra mientras se le realizaba la entrevista con la pregunta que partes conoce de su cuerpo.

corporal retoma el conocimiento que tiene el/la niño/a de la enfermedad y del medio hospitalario como su entorno más inmediato.

Este último aspecto se convirtió en un aporte significativo que las maestras en formación de la Universidad de Antioquia le realizaron a la concepción que se tiene de esquema corporal y más específicamente a la definición de reestructuración del esquema corporal del/la niño/a hospitalizado/a en la sala de oncología del Hospital Infantil San Vicente de Paúl, pues para que esta se pueda dar, es necesario que, dicha población, tenga un conocimiento claro, preciso y puntual de la enfermedad que padece y de todos aquellos procedimientos que se le realizan durante la estadía en el medio hospitalario

Es así como una niña de cinco años de edad de la sala de oncología del Hospital Infantil San Vicente de Paúl, quien, al realizar una de las actividades que buscaba indagar por las partes internas de su cuerpo comienza a mencionarlas desde su saber, evidenciándose así una funcionalidad que ella le otorgaba a esas partes

Mi corazón sirve para vivir, si no hace más tic- tic me muero porque ya no hace; mis pulmones son para guardar el vientecito que recibo de afuera y que entra por aquí (se toca la nariz) y después sale, mi estómago es donde llega lo que me como y las pastillas que me dan, después hago popis y la barriga queda vacía, las venas, por ahí pasa la sangre y la quimio y la otra droga que parece agua y están por todo el cuerpo, hasta en la cabeza, porque también llega sangre, y el cerebro que me sirve pa' todo (tomado de pauta de entrevista).

Lo anterior evidencia como esta niña, habla de las partes internas del cuerpo desde un conocimiento intuitivo y les asigna una función desde dicho saber y

desde las necesidades básicas, como el comer, el ir al baño a la vez que lo relaciona con la experiencia que ha tenido en su estancia en el hospital, pues hace alusión a procedimientos médicos que hacen parte del tratamiento de su enfermedad como lo es la quimioterapia, (tomado de diario pedagógico y pauta de observación).

Ante el reconocimiento de los órganos internos se hace necesario aclarar que la mayoría de los niños/as hospitalizados/as en la sala de oncología del Hospital Infantil San Vicente de Paúl, tienden a reconocer en mayor parte los órganos que han sido afectados por su enfermedad, como los riñones, los pulmones, la medula ósea, el estómago, y el sistema óseo, puesto que algunos padres de familia y el personal médico les han brindado cierta información, que ha sido completada por las maestras en formación, y que a su vez da cuenta de la ubicación que estos/as niños/as realizan de estas partes del cuerpo; caso de un niño de 8 años de edad quien al realizar una de las actividades del programa menciona,

Mi enfermedad esta en los pulmones, tengo unas bolitas pequeñas que se llaman tumores, con los pulmones yo respiro oxígeno del aire. Esta semana me van a hacer una cirugía pa' sacármelos otra vez y que no crezcan más ni me salgan otros; y ya no conozco más, se que esta el estomago, el corazón y ya. (Tomado de diario pedagógico).

Debido a esto, y según las necesidades de los/as niños/as, en las intervenciones las maestras en formación, realizaron una transposición didáctica que contaba con el conocimiento científico medico y casi inasequible para los/as niños/as como punto de partida, para transformarlo en conocimientos más asequibles y significativos, sin que perdieran la esencia medica, con los cuales la población infantil comprendiera acerca de su enfermedad, toda esta transposición didáctica

de los conceptos médicos fueron dados a los/as niños/as por las maestras en formación, por medio de experimentos, dibujos, y juegos en general que permitían la aprehensión de dicho saber.

Vale la pena mencionar que algunos/as de los/as niños/as no han interiorizado las explicaciones que los padres y médicos les dan acerca de su enfermedad y sólo repiten lo que han escuchado de estos. Esto justifica la intervención del profesional en Pedagogía Infantil, de la que se hará referencia en otra categoría en forma amplia. Lo que se evidencia cuando una niña de 7 años de edad menciona: *“yo nunca entiendo lo que los médicos dicen de que estoy enferma y mi mamá tampoco me explica, me dicen que tengo leucemia, demás que es una cosa rara, no se en donde”* (tomado del diario pedagógico), y ante el mismo problema otro niño de 7 años argumenta: *“tengo leucemia que es cáncer en la sangre eso es lo que dice el médico y me tienen que poner quimio que es droga, pero no se donde esta la enfermedad”* (tomado de pauta de la entrevista).

Con relación a los órganos externos, los/a niños/a hospitalizados/as demuestran un mayor dominio, pues diferencian el tren superior y el tren inferior, al igual que no tienen problema al momento de graficarlo, modelarlo, o ponerlo de manifiesto en actividades lúdicas donde era necesario un acto comunicativo para intervenir. Un ejemplo de esto, se presenta al realizar actividades alusivas al desarrollo del programa, que hacen necesario la identificación, el reconocimiento, la diferenciación, la funcionalidad y la ubicación de las partes externas del cuerpo, donde la mayoría de los/as niños/as coinciden al realizar una figura humana con manos, pies, cabeza, y a medida que se avanza en el proceso pedagógico que se llevó a cabo, comienzan a tener presente algunos detalles como las rodillas, los codos, el ombligo, el tobillo, y demás, (tomado del diario pedagógico).

El segundo componente que hace parte del esquema corporal es la imagen corporal, que hace referencia a la forma como se percibe el/la niño/a así mismo, desde las experiencias inter e intra-personales del propio cuerpo, pasando por los sentimientos que tienen de sí mismo y llevándolo a una imagen mental de éste.

En dicha imagen se puede adherir un objeto que es externo al cuerpo, considerándolo parte de él, como es el caso en los/as niños/as hospitalizados/as que están conectados a una “ *bomba de infusión*”⁷, en este caso, la población infantil con edades entre los cuatro y los catorce años de edad la manejan como una extensión de la mano y no les impide realizar actividades que involucran la motricidad fina o el desplazamiento, pues tienen un manejo y conocimiento del espacio y de los objetos que se encuentran allí en relación con el objeto externo.

La imagen corporal está ligada a la subjetividad del ser humano, igual que a la conciencia del cuerpo, donde entra a jugar un papel primordial el convencionalismo social, cuando algunas personas no son parte de lo que la sociedad considera como “*normal*”, y las relaciones que se establezcan con el medio. Se habla entonces del papel que la cultura tiene en la estructuración de la imagen corporal del ser humano; en el caso de los/as niños/as hospitalizados/as en la sala de oncología del Hospital Infantil San Vicente de Paúl, se presenta una alteración en su imagen corporal, debido a la enfermedad y a los tratamientos médicos que se requieran para ésta, lo que genera en la sociedad una exclusión, pues son vistos de manera extraña por la falta de cabello y vello capilar en todo su

⁷ La bomba es un instrumento que pasan la droga por vía intravenosa y dosifica el medicamento según sea programado por el personal enfermero.

cuerpo, lo que significa para ellos/as un rechazo y una estigmatización porque son diferentes a sus pares y les genera sentimientos como el descontento, la angustia, la ira, la vergüenza y demás.

Por esto, el programa de estimulación lúdico y pedagógico permite contribuir a la reestructuración del esquema corporal, dándole a los/as niños/as una explicación de lo que es la alopecia en el caso de ellos/as, pues en el tema de los preadolescentes el trauma los lleva a un ensimismamiento y a la angustia de presentarse ante la sociedad, (tomado de la pauta de observación y del diario pedagógico).

La imagen corporal, cuenta con cuatro aspectos fundamentales que buscan enfatizar más en el desarrollo integral del/la niño/a, los cuales son: el autoconcepto que se refiere a lo que se piensa de si mismo, la autoestima, cuanto se quiere a si mismo, la autoimagen que tanto se gusta a si mismo y por ultimo la autoeficacia que se relaciona con la confianza que se tiene cada persona, (tomado del diario pedagógico); y teniéndolos en cuenta en el proyecto investigativo, en la fase del diagnostico se detectaron dificultades en estos cuatro aspectos, ya que la población infantil de la sala de oncología del Hospital infantil San Vicente de Paúl, tienen baja autoestima y autoconfianza debido a su aspecto físico, a los periodos tan largos de hospitalización y a la poca socialización con sus pares y otros. Los largos periodos de hospitalización dejan en su gran mayoría, a los/as niños/as en continuas desescolarizaciones, lo que los lleva a contar con un circulo social muy cerrado, a la vez que entra a jugar un papel primordial el temor de la familia por las recaídas de la enfermedad del menor, lo que les limita aun más y crea ciertos comportamientos como la dependencia de sus padres, (tomado del diagnostico y del diario pedagógico).

Lo anterior se ilustra con el caso de una niña de catorce años en la que se evidencia, en su dialogo, un deterioro en la autoimagen y en el autoconcepto corporal como consecuencia de los tratamientos que se llevan a cabo para combatir el cáncer:

Para mi la caída del cabello fue algo muy duro, yo no quería salir, sólo iba de mi casa al hospital y me devolvía, me daba vergüenza de mis compañeros del colegio y me veía muy fea, pensaba que todo el mundo se burlaba de mi por no tener cabello y además me preocupaba mucho por no saber en cuánto tiempo me volvería a crecer, además de saber que como seguía en tratamiento lo poquito que me salía volvía a caerse. (Tomado de la pauta de entrevista).

Otro ejemplo de lo mencionado anteriormente es una discusión que se da entre dos niñas de la sala de oncología, luego de haber realizado varias intervenciones pedagógicas para contribuir a la reestructuración del esquema corporal, y en la cual se evidencia la autoestima y la autoeficacia que tiene una de ellas, a pesar de la situación física y de salud en la que se encuentra; en esta discusión, una de las niñas, hace un dibujo representándose a si misma y lo decora con cabello, lo que evidencia cómo ella se visiona en una futuro, la otra niña le reprocha el dibujo argumentando que ella no tiene cabello y agrega: “¿por qué le dibujó pelo a su muñeca si esa es usted y usted no tiene cabello?” a lo cual la niña responde: “yo se que no tengo cabello pero me va a crecer y muy lindo (mirando a una de las maestras) ¿cierto profe?”, (tomado de diario pedagógico).

En cuanto a la situación de la alopecia es muy notorio que las niñas se ven más afectadas por la perdida del cabello que los niños, pues se relaciona con una visión de la feminidad, además de que con esta nueva situación, a las niñas se les deteriora tanto su autoimagen como su autoconcepto, autoeficacia y autoestima

en este aspecto, una madre de familia, acompañante de una niña hospitalizada en la sala de oncología del mencionado hospital alude

A mi me parece muy triste que a mi hija se le cayera todo el cabello, porque las niñas se ven muy lindas con el cabello largo y uno les puede hacer de toda clase de peinados, pero delante de ellas no se puede decir eso porque se ponen angustiadas, en cambio uno les dice que les va a crecer muy lindo, que se demora muy poquito y que además es por la droga, que no tiene de que preocuparse, pero hay niños muy malos que a veces se las gozan y uno siente que se va a morir pero hay que disimular. (Tomado de diario pedagógico).

De esta manera se entiende, en la cita anterior, cómo se percibe a sí misma esta niña a nivel físico, desde los conocimientos que ha interiorizado y desde la enfermedad como tal, con la cual ha sufrido cambios en su esquema corporal, que demandan que inicie un proceso de reestructuración del mismo, para lo cual hizo parte del programa de estimulación lúdico y pedagógico que tenía como fin que los/as niños/as de la sala de oncología del Hospital Infantil San Vicente de Paúl, hicieran una reestructuración de su esquema corporal, que le permitiera equilibrar los nuevos aprendizajes con lo que anteriormente conocía de si misma, en tanto interacciona con su nueva imagen, (tomado de diario pedagógico). No sólo la percepción del cuerpo de esta niña viene a verse alterada por la enfermedad, pues los sentimientos, la valoración que le da a su cuerpo y en si su proceso evolutivo, tuvieron cambios significativos que le acarrearán inconvenientes en sus relaciones inter e intra-personales, (tomado de pauta de observación).

Tanto para los/as niños/as como para los padres o acompañantes, la pérdida del cabello es un proceso que tardan en superar y que les suscita tristeza, pero que tratan de manejar y de explicar con una actitud positiva que ayude a mejorar la

situación, fortaleciendo la autoeficacia, el autoconcepto, la autonomía y autoestima.

De otro lado, se puede ver cómo el esquema corporal se vale de las dimensiones del desarrollo, en la medida que tiene en cuenta que unidas conforman un ser integral, por lo tanto, cada una juega un rol fundamental en la estructuración de dicho esquema corporal; es así como la dimensión cognitiva aborda el conocimiento del cuerpo, contando con las partes internas y externas, así como con la localización y función de las mismas; desde la dimensión comunicativa, con la información que recibe y transmite de su cuerpo hacia el medio. La dimensión socio-afectiva con la percepción que se tiene de sí mismo y la forma como interactúa con el otro, teniendo presente la capacidad de resiliencia. La dimensión estético-artística desde la expresión no verbal de la concepción y percepción del cuerpo, como por ejemplo los dibujos. La dimensión espiritual donde la formación de los valores morales le permiten tener una percepción y reconocimiento de respeto por el otro y por sí mismo con respecto al cuerpo y las relaciones que se establecen con él; y por último la dimensión ética, como la forma en que se relacionan con el entorno y con las personas desde su punto de vista con relación al ambiente donde se desenvuelve; sin embargo, para el presente proyecto se hizo mayor énfasis en la dimensión corporal y socio-afectiva ya que eran las más afectadas y sobre las cuales recae, principalmente, la reestructuración del esquema corporal.

Fueron varios los/as niños/as que hicieron parte del programa de estimulación lúdico y pedagógico, donde se buscaba fortalecer la reestructuración del esquema corporal del niño/a hospitalizado/a. Al comenzar las actividades se encontraban situaciones muy particulares con la población participante, pues varios de los/as

niños/as presentaban confusión al dar cuenta de elementos que hacen parte de la imagen y el concepto corporal, lo que se relacionaba con los problemas causados por su enfermedad y las consecuencias del tratamiento de la misma.

Ampliando lo anterior, se comenzará a ilustrar con diversos casos significativos para la sustentación del proyecto pedagógico, que evidenciaron cómo las actividades del programa de estimulación lúdico y pedagógico favorecieron la reestructuración del esquema corporal de los/as niños/as hospitalizados/as en la sala de oncología del mencionado hospital; cabe destacar, entonces, que cada uno de los/as niños/as que se expondrán a continuación, alcanzaron logros significativos desde la imagen y el concepto corporal, por ello se hablará en forma simultanea de ambos aspectos, tratando de dar cuenta de esos alcances antes mencionados, además de que esta población se constituyó en una pequeña muestra a la cual se le pudo realizar un seguimiento más continuo durante el tiempo que se llevó a cabo el proyecto pedagógico

Niño A: de seis años de edad, diagnosticado con un tumor de wills⁸ (cáncer de riñón), además de estar desescolarizado por las continuas recaídas y las consecuencias del tratamiento de su enfermedad, éste no presentaba dificultades en su imagen corporal, pero desconocía la ubicación y funcionalidad de la mayoría de sus órganos, lo que mencionaba lo hacia desde un conocimiento intuitivo, cuando se le indagaba por la localización de sus órganos internos desde lo que conocía de su enfermedad mencionaba: *“En los riñones tengo un tumor que se me pasó a los pulmones, [¿para qué sirven los pulmones?], para respirar y los riñones no se, los otros tampoco”* tomado de pauta de entrevista.

⁸ Tumor de wills: tumor renal maligno que ataca en su mayoría, la población infantil.

Una de las unidades del proyecto estaba enfocada al trabajo de los sistemas del cuerpo humano, cuyo objetivo era que los/as niños/as reconocieran la ubicación y función de los diferentes órganos que los conforman. En una de las sesiones, en las que se trabajó el sistema urinario, cuyo objetivo era que éstos reconocieran la ubicación y función de los órganos, como el riñón; se encontró que el **niño A** pudo comenzar a diferenciar los órganos a la vez que reconocía su localización y la función que realizaban. Ejemplo de esto es que al hacer la evaluación de la sesión, el **niño A** mencionaba:

Mis riñones están como por debajito de los pulmones, más abajito, (se toca en el abdomen inferior, lugar donde se ubican los riñones usando como referente otro órgano que son los pulmones), son dos, a los riñones llega la sangre y allí se separa unas cosas (residuos) que salen por el chichi porque no los necesitan y lo otro son el agua y ya. (Tomado de diario pedagógico).

Lo anterior evidencia cómo el **niño A** recibió una información precisa que le permitió un aprendizaje significativo acerca de los riñones, a la vez que le permitió hacer una relación de lo que sucedía con el tumor que en un principio se ubicaba en sus riñones. Después de varias intervenciones pedagógicas, se realizó una actividad enfocada en reconocer el órgano afectado por la enfermedad y demostrar, por medio de un trabajo en plastilina, qué era lo que sucedía, esto con el fin de que los/as niños/as encontraran una relación con la nueva temática que era la quimioterapia, (tomado del programa de estimulación lúdico y pedagógico).

Con respecto a lo anterior, se encontró que el **niño A** se había apropiado del concepto que las maestras en formación le habían suministrado, pues dio cuenta

de ello a través de la realización de un dibujo del riñón con varias bolas que se representaban como tumores, (tomado de diario pedagógico). Para la explicación que dieron las maestras en formación, de que es la quimioterapia y como actúa sobre el tumor el **niño A** menciona: *“la quimio es un químico que va a acabar esas células malas que me dieron como tumor en el riñón, y como también me dieron en los pulmones, allá también llega la quimio”* (tomado de la pauta de entrevista). Lo anterior evidencia una reestructuración del concepto corporal del **niño A** quien reorganizó sus conocimientos anteriores para darle espacio a nuevos aprendizajes.

Niña B: tiene 7 años de edad y presenta una anemia de célula falciforme⁹, por su enfermedad el tratamiento utilizado es la quimioterapia, lo que le presentó cambios en su aspecto físico, de igual manera esta niña no tenía nociones de lo que sucedía con su cuerpo, generándole angustia por las consecuencias del tratamiento. Es importante mencionar que ella y las maestras en formación, ingresaron al hospital en el mismo tiempo. Para hablar de la reestructuración del esquema corporal de la **niña B**, se debe aludir a que el estado anímico de ella estaba muy bajo a causa de que su madre no podía acompañarla durante su estadía en el hospital, además desconocía lo que le sucedía y la información que le suministraba el personal médico no era precisa.

Para comenzar a trabajar la reestructuración del esquema corporal de la **niña B**, se intervino a través del sistema circulatorio, lo que les llevó a las maestras en formación a explicar cada uno de los componentes del sistema para llegar a los glóbulos rojos, ante esta información se le indagó a la niña por lo que sabía del

⁹ Anemia de célula falciforme: es una enfermedad hereditaria, de la sangre, provocada por un defecto en el gen responsable de fabricar hemoglobina. Cambia la estructura de los glóbulos rojos, pues cambian su forma, pierden flexibilidad y obstruyen los vasos sanguíneos estrechos, bloqueando el flujo y causando dolor.

sistema circulatorio, respondiendo con llanto y retraimiento. Durante varias intervenciones se trabajó esta temática y a lo largo del proceso, la **niña B**, presentó un avance con respecto a su esquema corporal, pues tenía nociones que se relacionaban con su enfermedad y entendía lo que sucedía con los cambios físicos que presentaba como la alopecia, frente a lo que sentía vergüenza, lográndose adelantos en cuanto a la imagen y al concepto.

A lo largo de las evaluaciones que se realizaban a las actividades del programa, la **niña B**, hacía evidente sus aprendizajes en frases como: *“en mi sangre, hay unas bolitas como media lunas, que antes no eran así, eran redondas pero como me dio la enfermedad se cambiaron, además me afecta otras cosas de mi cuerpo, porque ya las células (glóbulos rojos) no llevan el oxígeno que necesito”* (tomado de diario pedagógico). En otras actividades de la misma temática, ella hablaba con mayor fluidez, lo que indicaba que tenía seguridad de su conocimiento:

La mayoría de las células de la sangre de mi cuerpo, que se llaman glóbulos rojos no están llevando el oxígeno que necesita todas las partes de mi cuerpo, ese oxígeno lo sacan de los pulmones pero no llega a mis otros, ¿cómo es profe?, a los otros órgano, (tomado de diario pedagógico).

Fueron entonces, las intervenciones de las maestras en formación las que aportaron a que la **niña B**, tuviera comprensión de su enfermedad, y por ende adquiriera aprendizajes significativos que a su vez repercutieron en su autoestima, autoconcepto y autoimagen, al comprender qué era lo que sucedía con ella; se vio igualmente un cambio significativo en su actitud, pues ya le era más fácil socializar

con sus pares u otras personas que se encontraban en el hospital, a la vez que se reflejaba su seguridad para entablar un diálogo o hablar de su enfermedad, expresado de la siguiente manera: *“Con la quimio que me la ponen por el catéter y me pasa por todas las venas como la sangre, me ayuda a sanar, además de que me ayuda a que se acabe la enfermedad”* (tomado de diario pedagógico).

Niño C: es un preadolescente de 13 años de edad, que está diagnosticado con leucemia linfoide aguda¹⁰, a pesar de su edad, los continuos periodos de hospitalización le llevaron a dejar de lado la escolarización lo que le atraso de manera notoria ante sus pares, de igual manera la dependencia que comenzó a formar con su madre le desencadenaba periodos de inseguridad cuando ella estaba ausente. Al comenzar las intervenciones e interrogarle por su enfermedad sólo daba el nombre de ésta y mencionaba no saber nada más: *“se que tengo leucemia y ya, mi mamá no me ha explicado más y los doctores tampoco”* (tomado de pauta de entrevista). El trabajo con el sistema circulatorio dio las primeras nociones para que el **niño C**, comprendiera cuál era su enfermedad y qué consecuencias tenía, a la vez que la información le permitía trabajar la seguridad que tenía en si mismo.

El concepto corporal del **niño C**, a pesar de su edad, presentaba problemas de localización y en algunas ocasiones de funcionalidad; las intervenciones del programa de estimulación lúdico y pedagógico, relacionadas con su enfermedad, y aún las que no lo eran, fueron para él espacios de aprendizajes significativos, pues a partir de éstas comenzó a hablar con mayor propiedad de las diferentes partes que conforman su cuerpo, *“El corazón lo tengo aquí (se señala el pecho), y me sirve para llevar la sangre a todo mi cuerpo, por las venas pasa la sangre sucia y por las arterias la sangre limpia”* (Tomado del diario pedagógico).

¹⁰ Leucemia Linfoide Aguda: es una leucemia aguda que progresa rápidamente, afectando de forma directa los linfocitos.

10.3 CATEGORÍA DE EDUCACIÓN

Las relaciones que se establecen entre la educación y la sociedad están transversalizadas por el desarrollo, pues si bien la educación es un producto de la sociedad que busca moldear el hombre¹¹ a las necesidades propias de cada época; la relación con el desarrollo, nace a partir del cambio que la educación genera en el ser humano, en tanto da una mejor calidad de vida y permite al hombre apropiarse de su papel activo como miembro de una comunidad. La educación como tal no está ligada sólo a la escuela, pues la sociedad, la familia, y las demás instituciones educan buscando el desarrollo del ser humano.

En el caso específico del/la niño/a, el Estado Colombiano y el Ministerio de Educación Nacional, han legislado una serie de normas que rigen su educación inicial y se basan en las dimensiones del desarrollo, que integran todas las esferas propias de éste (dimensión corporal, ética, espiritual, estético artística, comunicativa, cognitiva y socio afectiva), haciendo hincapié en la importancia del trabajo conjunto de todas éstas favoreciendo su desarrollo integral en cualquier contexto.

Por tanto, el programa de estimulación lúdico y pedagógico, propuesto por las maestras en formación de la Universidad de Antioquia, se llevó a cabo con la población infantil hospitalizada de la sala de oncología del Hospital Infantil San Vicente de Paúl, con la firme idea de que la educación se puede impartir en cualquier contexto, a pesar de las dificultades que se presente en la vida del ser humano, y dando prioridad a la importancia de la educación inicial como fuente de

¹¹ En este trabajo, el concepto de hombre abarcará tanto al género masculino como al femenino

desarrollo integral de una sociedad y de cada uno de los individuos que la conforman, a la vez que innovar con una pedagogía en un contexto inhabitual como lo es el medio hospitalario, donde la integralidad del/la niño/a hospitalizado/a se fragmenta, visualizando sólo la enfermedad, lo que deja vacíos en otros aspectos, caso éste el del hospital, en donde las maestras en formación entran a posicionarse en un lugar para velar por el desarrollo integral de la población infantil hospitalizada.

Con relación a lo mencionado anteriormente, el programa de estimulación lúdico y pedagógico, tuvo en cuenta, las dificultades y alteraciones del esquema corporal del/la niño/a hospitalizado/a como foco para el desarrollo del programa; además de esto, los referentes que el personal médico y enfermero, los padres de familia y la población infantil hospitalizada, tenían acerca de la educación para su desarrollo como personas íntegras que viven y se desenvuelven en un medio social; ya que desde la elaboración del diagnóstico hasta la culminación del programa se intervino, recordándole a las diversas poblaciones, que la labor de las maestras en formación no era recrear los/as niños/as para su sano esparcimiento, sino que era llegar al/la niño/a hospitalizado/a con una información y formación que le fuera útil para llevar a cabo el proceso de reestructuración de su esquema corporal y que le proporcionara diversos conocimientos que le permitieran mejorar su calidad de vida, (tomado del diagnóstico y del diario pedagógico). Frente a esto, las reacciones fueron múltiples, ya que algunos padres de familia y personal médico y enfermero, reconocieron la labor docente de las maestras en formación, a la vez que reflexionaron sobre la importancia de la educación, como acción que aporta para la integralidad del/la niño/a, lo que se refleja en las palabras de una madre, acompañante de uno de los/as niños/as hospitalizados/as en la sala de oncología, cuando menciona:

Las profes ayudan mucho a los muchachos pues les dan un espacio donde aprender, ya que con la hospitalización se les vuelve muy duro la ida a la escuela y además se despejan un poquito de esos días tan eternos que pasan aquí y no llegan tan perdidos otra vez a la escuela, sino que tienen conocimientos nuevos. (Tomado del diario pedagógico).

La intervención de esta madre, tiene como fondo una reflexión marcada por la importancia que tiene la educación en el desarrollo del ser humano, y más específicamente en el/la niño/a, ya que reconoce el acto educativo, donde las maestras en formación le brindan a este sujeto un aprendizaje significativo, que además de ser válido como parte de la educación formal, le permite seguir con su desarrollo integral; pues para este programa de estimulación lúdico y pedagógico, el desarrollo se concibió, como un avance progresivo, en el cual se tiene en cuenta el aspecto biológico y social del ser humano, pues es a partir de la interacción con el otro en las diferentes etapas de la vida, que el hombre puede enriquecer su formación optimizando su calidad de vida.

Continuando con la relación entre educación y desarrollo, desde una mirada distinta a las de las maestras en formación y con respecto a lo anterior, uno de los oncólogos del Hospital Infantil San Vicente de Paúl menciona:

Yo creo que la educación permite que el niño tenga un progreso en su vida académica, y con el trabajo que ustedes realizan se ve que esta no debe estar ligada sólo a la escuela, sino que también en un ambiente como el hospital se pueda hablar de aprendizajes, porque las actividades, según lo que yo he visto, tienden a darles a los niños un conocimiento que les sirve para la escuela y un espacio donde comparta con otros niños hospitalizados. (Tomado del diario pedagógico).

Con lo anterior, queda claro que el desarrollo es inherente al ser humano ya que le posibilita alcanzar ciertas capacidades humanas que le permiten desenvolverse en un medio específico; y es precisamente las actividades que las maestras en formación realizan en el aula lúdico pedagógica, las que facilitan que los/as niños/as socialicen e interactúen con sus pares, pues dentro del programa se tuvieron en cuenta actividades como el trabajo en equipo para la creación de portadores de texto, la estructuración del cuerpo humano, entre otras; lo que reafirma de nuevo que la labor de las maestras en formación, dentro del medio hospitalario, posibilita el desarrollo integral del/la niño/a.

Si bien se ha venido hablando de la relación entre educación y desarrollo a lo largo del texto, se hace necesario hablar que estos dos conceptos van en concordancia con la pedagogía, ya que la educación permite el desarrollo integral del ser humano y a su vez, ella, se ve orientada desde la teoría y la reflexión de la pedagogía en tanto acto educativo. La educación entonces en este tratado, se entenderá como la acción en donde se brindan una serie de conocimientos intelectuales, formativos y emocionales, esta puede ser brindada por diversos agentes como la familia, el maestro y en si la sociedad en general, teniendo en cuenta el medio social y cultural, como también la situación actual del educando. Además, la educación transmite el bagaje cultural dándole una dirección y una influencia que permite el desarrollo y la formación integral de la persona para su desenvolvimiento en un medio social.

Por lo tanto se puede decir que, el proyecto investigativo que fue realizado por las maestras en formación, tuvo en cuenta ese proceso educativo que algunos de los/as niños/as de la sala de oncología del Hospital Infantil San Vicente de Paúl, han comenzado en su contexto familiar, a partir de las relaciones que establece

con ésta, pues éstos no han sido escolarizada debido a los largos periodos de hospitalización y a los tratamientos de su enfermedad. Con relación a lo anterior se pudo encontrar una madre que menciona: *“las actividades que realizan las profes les dan a los niños la oportunidad de conocer cosas que le enseñarían en la escuela y con las que aprenden”* (tomado del diario pedagógico). Lo que evidencia que no sólo la escuela es única portadora de ese acto educativo, pues en cualquier contexto siempre hay una acción de este tipo.

Un ejemplo que contextualiza el acto educativo en otros ambientes, parte de un diálogo entre las maestras en formación y el personal médico y enfermero acerca del proyecto, donde se resalta las palabras de un especialista:

Es tan importante el proyecto que ustedes realizan aquí (el hospital), porque permite que el niño continúe su formación, aún en el medio hospitalario, a la vez que siga con el proceso de socialización que tenía en la escuela, pues el desarrollo de la educación cuenta no sólo con los aprendizajes académicos sino también con la interacción con el otro. (Tomado del diario pedagógico)

Complementado lo anterior la enfermera jefe de la sala de oncología plantea:

El proyecto adquiere importancia, en la medida que las profes realizan actividades en las cuales se tiene en cuenta al/la niño/a como un ser social que necesita de la interacción de los otros para continuar su proceso formativo, mientras nosotros (parte médica) nos encargamos de cada niño desde su individualidad, principalmente por la enfermedad que tiene. (Tomado del diario pedagógico).

Dado lo anterior, el acto educativo tiene una planificación e intencionalidad determinada, dirigiendo sus intereses hacia una población específica, lo que deja ver cómo ésta se convierte en un fenómeno social, estableciendo pautas y normas que permitan el desarrollo integral de la persona. Por lo tanto, el programa de estimulación lúdico y pedagógico que se realizó en el Hospital Infantil San Vicente de Paúl, tuvo en cuenta la reflexión del acto educativo, ya que se llevó un proceso planificado desde la realización de un diagnóstico hasta la elaboración de un análisis de la información recolectada que diera cuenta de las respuestas a la pregunta de investigación; además, dicho programa tuvo una intencionalidad, pues su propósito fue que los/las niños/as, a través de las intervenciones pedagógicas propuestas por las maestras en formación, reestructuraran su esquema corporal, el cual se modifica debido a su enfermedad y a los tratamientos médicos.

Además de lo anterior, el programa tuvo en cuenta las necesidades de la población infantil hospitalizada, pues como se mencionó en párrafos anteriores, se hace necesario tomar al/la niño/a como un ser integral, que a pesar de las dificultades que se le presenten, necesita ser atendido en todas sus esferas. Es por ello, que la pedagogía como fenómeno social, se hace pertinente en el medio hospitalario, pues remite a cumplir con la proyección social que dentro de su normatividad se hace necesaria, brindando una mejor calidad de vida, en este caso al/la niño/a hospitalizado/a.

10.3.1 Subcategoría de Enseñanza- Aprendizaje y Didáctica.

Como se ha venido hablando, el acto educativo se puede dar en diferentes contextos y con diferentes agentes, teniendo como finalidad la enseñanza, que será entendida en este análisis como la transmisión de conocimientos a través de

diversos medios y que tiene dos aspectos importantes, el primero, la información como esa aproximación intelectual de si mismo y del mundo circundante, que para el presente proyecto investigativo se ve en el concepto corporal; y la segunda que es la formación, comprendida como la dimensión espiritual que se caracteriza porque el ser se reflexione y se piensa a si mismo como ser humano, identificada en este caso en la imagen corporal, (tomado del diario pedagógico).

Es así, como se pretendía que con el proceso de reestructuración del esquema corporal, los/as niños/as de sala de oncología del Hospital Infantil San Vicente de Paúl, adquirieran aprendizajes significativos relacionados con su enfermedad, dicho aprendizaje tiene en cuenta tanto la adquisición de la información como la organización de la misma. Es así, que durante la ejecución del programa, los/las niños/as lograron apropiarse de conocimientos que antes no tenían, pues muchos de ellos entendieron cuál era la enfermedad que tenían y sus consecuencias, pues al comienzo de las intervenciones cuando se les preguntaba a los niños “¿Cuál es tu enfermedad? Respondían *“lo que yo tengo es leucemia”, “Un tumor”, “cáncer en los riñones”,* sin embargo, cuando se indagaba qué era cada una de estas enfermedades manifestaban: *“!mmjjj, yo no se que es eso, lo único que se es que se me cae el pelo”;* *“Un tumor es como una bolita que tengo aquí (se toca el corazón)”;* *“El cáncer es un bichito que se me metió en el cuerpo”.* Después varias intervenciones pedagógicas con esta población, la mayoría comprendieron que el cáncer es un crecimiento incontrolado de células que en algunos casos se convierten en tumores; posteriormente cuando se les hacía la misma pregunta expresaban:

Yo tengo leucemia porque tengo muchos glóbulos blancos y entonces no dejan que crezcan los glóbulos rojos, y por eso me dan tantas enfermedades”; *“Es que las células de mi cuerpo crecieron mucho, mucho, mucho y muy rápido y se juntaron y formaron una bolita que es el tumor que tengo aquí, pero el doctor dijo que ya me lo iban a sacar”, “Tengo un*

tumor en un riñón, me lo sacaron y se me pasó para los pulmones, pero también me lo van a sacar.

Tanto la enseñanza como el aprendizaje se presentan en una relación simbiótica, ya que se habla de un proceso donde el pedagogo o maestro y el estudiante interactúen de manera activa y propositiva, reflexionando en torno a su quehacer en la construcción del conocimiento. Lo que se refleja en el aula lúdico pedagógica del Hospital Infantil San Vicente de Paúl, en donde las actividades realizadas por las maestras en formación transmiten un conocimiento que tiene en cuenta la parte lúdica, y llega al niño a través de su cuerpo desarrollándose un aprendizaje significativo (tomado del diario pedagógico).

El proceso de enseñanza aprendizaje se vale, entonces, de diversos medios para transmitir los conocimientos de la forma más adecuada, lo que se entendería como didáctica, estas técnicas se adaptan a las circunstancias y necesidades del acto educativo y los personajes involucrados en esta acción, como es el caso del pedagogo y el estudiante. Lo anterior se evidenció cuando las maestras en formación se valieron de diversas estrategias para desarrollar las unidades temáticas del proyecto pedagógico y que fueron aceptadas por los niños, pues al terminar las sesiones de trabajo argumentaban:

Lo que a mi más me gusta es cuando trabajamos con arcilla porque puedo hacer muchas cosas y me las llevo para la casa”, “A mi me gusta cuando trabajamos pintando con la crayola (esgrafiado), porque es como magia”, “Todo lo que ustedes hacen aquí a mi me gusta porque son muy divertidas

Para desarrollar las diferentes actividades se tuvieron en cuenta las necesidades, habilidades, destrezas, fortalezas y estado de salud de los/as niños/as hospitalizados/as. Así mismo, la didáctica que implementaron las maestras en

formación en las sesiones, sirvieron para que éstos expresaran gráficamente sentimientos, pensamientos, sensaciones, emociones, entre otros que le genera su cuerpo en ese momento.

10.3.2 Subcategoría de Pedagogía Hospitalaria.

Con relación a lo anterior y teniendo en cuenta que el acto educativo se da en diferentes contextos, se hace necesario abordar la Pedagogía Hospitalaria, promoviendo la educación en el contexto hospitalario y en donde el pedagogo como profesional, realiza el proceso de enseñanza-aprendizaje, teniendo en cuenta a la didáctica como estrategia para ello.

La Pedagogía Hospitalaria se definirá como una parte de la pedagogía que se ocupa de atender las necesidades específicas del/la niño/a hospitalizado/a, con el fin de continuar con su proceso educativo y formativo, a la vez que pueda hacer frente a su enfermedad, (tomado del diario pedagógico). Estas necesidades no sólo deben ser abordadas desde el área de la salud, sino que además, debe tener en cuenta la parte psicológica y pedagógica del/la niño/a, es por esto que se hace necesario mencionar que la pedagogía hospitalaria cuenta con tres enfoques, propuestos por Ávila Valdés (s.f), que buscan alcanzar dicho desarrollo y son:

- El enfoque formativo, que vela por que la parte emocional del/la niño/a hospitalizado/a tenga un equilibrio durante la estadía en dicho espacio.
- El enfoque instructivo, que atiende la parte académica y busca que el/la niño/a continúe con su proceso educativo.

- El enfoque psicopedagógico, que vela porque el/la niño/a hospitalizado/a adquiriera aprendizajes que se relacionen con su enfermedad y le permitan manejarla.

Este último enfoque, dio pie para abordar las unidades temáticas que se trabajaron en el proyecto pedagógico investigativo, el cual versa sobre la reestructuración del esquema corporal, pues fue por medio de este enfoque que se pudo dar un conocimiento a la población hospitalizada en la sala de oncología, que les permitiera, comprender aspectos de su enfermedad y tratamiento, lo que a su vez repercutiría en la imagen corporal que era la más afectada. Ejemplo de ello es el caso de la explicación que dieron las maestras en formación, acerca de que es el cáncer, en donde la temática principal partía desde las células hasta la formación del tumor y las excepciones como la leucemia donde no hay tumor, pero es considerado como cáncer. Con estas explicaciones los/as niños/as lograban entender qué pasaba con su enfermedad, a la vez que comenzaban a descartar representaciones sociales que se habían generado en torno a su estado de salud, como por ejemplo *“El cáncer es un bicho que lo tenemos todos pero sólo en algunos se despierta”*, *“El cáncer se cura con caldo de gallinazo”* (tomado de la pauta de entrevista).

Toda esta información que se transmitió a la población infantil oncológica, se efectuó a través del área recreativa, de la que hace uso la Pedagogía Hospitalaria y que cuenta con el juego y la lúdica como medio para un aprendizaje significativo, además de que dicha pedagogía utiliza esta área para complementar la formación académica y psicopedagógica, comprendiendo que el/la niño/a, mediante el juego, pone a prueba sus conocimientos, a la vez que adquiere otros a través de las experiencias vividas, asimismo, este el aprendizaje se convierte en un proceso

agradable, gratificante y satisfactorio para el/la niño/a, es por esto, que el presente proyecto propuso el juego como un medio práctico y eficiente para lograr en éstos la reestructuración de su esquema corporal.

Cuando un/una niño/a enferma se presenta en él alteraciones tanto físicas como psíquicas, malestar, dolor, ansiedad, angustia, cambios en los hábitos cotidianos, entre otros; dado lo anterior, la Pedagogía Hospitalaria busca optimizar el estado anímico de esta población con el fin de equilibrar su estado emocional, a la vez favorece el aspecto formativo y académico, puesto que las necesidades que presentan no se enfocan únicamente en la atención en salud, en las problemáticas que se dan en un contexto inhabitual como el hospital, sino también en procurar que no se interrumpa el proceso educativo que ha venido llevando, por tanto se requiere hacer adaptaciones que le permita al/la niño/a un mejor desarrollo integral y prevenir los riesgos de la enfermedad como anteriormente se había mencionado. Es así como el programa de estimulación lúdico y pedagógico adquiere importancia en el hospital, ya que busca que el/la niño/a hospitalizado reestructure su esquema corporal, permitiéndole adquirir mayor información acerca de lo que le sucede con su salud, a la vez que posibilita favorecer su autoconcepto, autoimagen, autoestima, autoeficacia, necesarias para poder establecer relaciones interpersonales e intrapersonales y poder interactuar de manera positiva en su entorno.

En el proceso de hospitalización, donde se evidencia el ingreso¹² y la estadía¹³ del/la niño/a en el hospital, es necesario buscar un espacio que le permita centrar su atención en asuntos diferentes a los que lo convocan en este medio, y es precisamente el aula lúdico pedagógica la que le brinda esa oportunidad, ya que allí se realizan actividades lúdicas y pedagógicas que buscan cambiarle la rutina que allí se genera, tratando de realizar actividades que sean de su agrado y de su interés. Es el caso del Hospital Infantil San Vicente de Paúl, que cuenta con un Aula Lúdico Pedagógica para el beneficio de la población hospitalizada donde se pueda contribuir a la normalización de la vida del/la niño/a, ofreciéndole momento de esparcimiento y educación.

Ejemplificando lo anterior, una niña de 6 años de edad, cuando llegaban las maestras en formación a la sala para llevar los niños al aula, inmediatamente le decía a su madre “Mami, váyase tranquila a tomar algo que yo me voy con las profes para la escolita”, otras expresaban: *“Llegaron las profes, vamos a jugar”*, *“Que bueno que llegaron porque yo estaba muy aburrida y ya quería ir al aula para pinar y jugar”*. Así mismo, cuando se les preguntaba ¿Qué es lo que más te gusta de estar en el hospital?, ellos respondieron *“Que venimos aquí (aula lúdico pedagógica) y ustedes nos enseñan muchas cosas”*, *“A mi me gusta estar aquí porque jugamos mucho con los rompecabezas y las loterías”*, *“Lo mejor del hospital es cuando ustedes vienen porque nos desaburrimos, porque es muy maluco uno encerrado todo el tiempo en una habitación”*

¹² Ingreso: es un concepto de desarrolla Claudia Grau Rubio en donde se hace alusión al desconocimiento que presenta el niño con relación a su enfermedad, los tratamientos y la hospitalización en si, además de la alteración que se produce al salir de un medio natural e ingresar a uno totalmente desconocido como lo es el hospital.

¹³ Estadía: para Claudia Grau Rubio es la fase del tratamiento integral del niño enfermo, donde interviene no sólo la parte médica, sino la atención a las necesidades educativas asistenciales, lo que amerita la participación del equipo interdisciplinario del hospital.

Estos textos del nativo dan cuenta del agrado que experimentan los niños por tener en el hospital un espacio destinado exclusivamente para que ellos, donde pueden jugar, compartir con sus pares, olvidarse por un momento de su estado de salud, aprender y formarse para la vida, a partir de las actividades que realizan las maestras en formación.

11. CONCLUSIONES

- La importancia de los distintos agentes en la continuidad del proceso educativo, hace posible que el desarrollo integral del/la niño/a sea visto como un derecho.
- El impacto del programa de estimulación lúdico y pedagógico, se evidenciaba en el momento en que se realizaba la evaluación de las actividades y los/las niños/as respondían desde el nuevo aprendizaje de manera satisfactoria, evidenciándose cómo cada uno de ellos reconocían los aspectos relacionados con su enfermedad, a la vez que comprendían que los cambios físicos eran momentáneos.
- El proceso de enseñanza-aprendizaje depende en gran medida de la manera como la maestra en formación pueda establecer relaciones, enmarcadas por el afecto, con la población infantil hospitalizada, logrando así captar su interés.
- El programa de estimulación lúdico y pedagógico, tuvo un impacto positivo en la población infantil hospitalizada en la sala de oncología del Hospital Infantil San Vicente de Paúl, ya que se pudo observar cambios de actitud frente al estado físico y de salud por el que los/as niños/as estaban atravesando; lo que se pudo identificar, con los más pequeños, pues al tener una información más amplia frente a su situación de salud y a la

estadía en el hospital, se comportaron de manera diferente evidenciándose en la disminución del llanto al momento de darles o inyectarles medicamentos, como también en el instante en el que su acompañante se ausentaba, por algún motivo, de la sala de oncología; así mismo este programa logró que 2 preadolescentes de la población participante, se integraran a las actividades que realizaron las maestras en formación, a pesar de que en un comienzo consideraban que eran actividades para niños y que ellos ya habían pasado por esa etapa.

- La reestructuración del esquema corporal del/la niño/a hospitalizado/a se convierte en un aspecto de gran importancia, ya que es a través de éste que el/la niño/a puede modificar la imagen y el concepto corporal de sí mismo, como también establecer relaciones interpersonales que faciliten todo el proceso que se lleva en el ámbito hospitalario, así como la continuidad de la socialización y el proceso educativo, dando esto lugar al sano desarrollo integral de dicha población.
- La intervención de las maestras en formación, permitió que el/la niño/a hospitalizado/a se reconociera a sí mismo como un sujeto integral que a pesar de estar en el medio hospitalario, se debía preocupar por continuar con su proceso académico y formativo, el que se evidencia, principalmente, en el reconocimiento de sí mismo y la forma interactuar con los demás.
- El programa de estimulación lúdico y pedagógico fue de gran ayuda para que los/as niños/as hospitalizados/as en la sala de oncología del Hospital, se reconocieran así mismos y asumiendo una postura de aceptación frente

a los cambios físicos, entendiendo que estos son temporales, mientras transcurre el tiempo del tratamiento, así mismo permitió que algunos de los preadolescentes dejaran de lado el autoaislamiento en el que se encontraban y continuaran con su proceso de educación, así no fuera con sus pares sino con niños/as más pequeños.

- La estancia del Pedagogo Infantil en el medio hospitalario tiene grandes ventajas para todos los agentes que rodean al/la niño/a hospitalizado/a, puesto que, para el Pedagogo Infantil, el hospital es un campo de acción nuevo, que le permite visionarse fuera de las instituciones escolares y cumplir un papel relevante en la recuperación del/la niño/a enfermo/a en todas sus dimensiones; para éste, el Pedagogo infantil se convierte en un acompañante no sólo de su proceso de escolarización, sino también en su proceso formativo; para el personal médico y enfermero, la presencia del pedagogo les facilita las intervenciones relacionadas con el tratamiento médico que deben suministrar a los/as niños/as, pues éstos al recibir la información adecuada del porque de su tratamiento y su enfermedad, cambian de actitud.
- La reestructuración del esquema corporal es un proceso continuo, donde la intervención del Pedagogo Infantil, se hace necesario como agente integrador, que le posibilita al/la niño/a apropiarse de su nueva imagen corporal y comprender el por qué de las alteraciones que sufrió, a la vez que favorece su autoestima, autoeficacia, autoconcepto, autoimagen, reconociendo sus potencialidades, capacidades y fortalezas como ser humano. A su vez le permitirle desarrollar un conocimiento claro y acertado de su enfermedad, le da un saber específico necesario para mejorar su calidad de vida y junto a lo trabajado en la imagen corporal, posibilita el manejo de las relaciones intra e interpersonales.

12. RECOMENDACIONES

- Con el fin de realizar un proyecto investigativo el cual sea objeto de un análisis extenso, profundo y con la mayor dedicación posible, se le propone al programa de Pedagogía Infantil que durante la realización del proyecto pedagógico solo se asista, al centro de práctica el primer año, dejando el último semestre para el análisis de las categorías teóricas y los hallazgos, los cuales demandan la mayor cantidad de tiempo de las maestras en formación y por esto la ida al centro de practica se puede convertir en una dificultad para el plena desarrollo de esta ultima parte del proyecto.
- Es importante mencionar que, a pesar de que las maestras en formación realizaron un proyecto pedagógico encaminado a la reestructuración del esquema corporal, teniendo en cuenta la pedagogía hospitalaria, seria fundamental que el Hospital San Vicente de Paúl tuviera en cuenta dicho proyecto y lo profundizara desde una mirada interdisciplinaria en el que los agentes que se encuentran alrededor del/la niño/a puedan velar por el desarrollo integral de este.
- La Pedagogía Hospitalaria propende por el bienestar integral del/la niño/a hospitalizado/a, por tanto se hace necesario que en futuros proyectos, llevados a cabo en el Hospital Infantil San Vicente de Paúl, trabajen conjuntamente todos los agentes que intervienen con el/la niño/a en este espacio, como son el Pedagogo Hospitalario, los padres de familia y el

personal médico y de enfermería, para que la estadía de la población hospitalizada sea más agradable.

- Se propone que el Programa de Licenciatura en Pedagogía Infantil, pueda desarrollar una cátedra de Pedagogía Hospitalaria, reconociendo que las/os estudiantes como futuras/os docentes no deben encasillarse sólo en instituciones escolares, sino visionarse en otros contextos.
- Es pertinente que el programa de estimulación lúdico y pedagógico que se realizó en este proyecto pedagógico investigativo, se retome para favorecer el/la niño/a hospitalizado/a, pues las alteraciones que sufre esta población con respecto a su esquema corporal, amerita ser intervenido desde la mirada integradora del Pedagogo Infantil.

BIBLIOGRAFÍA

ÁLVAREZ, Francisco. (2004). *Estimulación Temprana: una puerta hacia el futuro*. Bogotá: Ediciones Ecoe.

ARANDA Redruello, Rosalía E. (1996). *Estimulación de aprendizaje en la etapa infantil*. España: escuela española,

ARBELÁEZ Castaño Enrique León. (Enero – Junio 2005). El hombre ser corporal. *Revista San Buenaventura*. Medellín, (22)

ARENAS Acevedo, Jairo. (1999). *Educación Física, infancia y Niñez. Edición*. Medellín: Editorial Proyección.

ÁVILA Valdés, Noemí (s.f.) *Educación artística y creativa en el niño hospitalizado*. {Artículo en línea}. Día de consulta: miércoles 21 de Marzo de 2007: <http://www.pedagogiahospitalaria.htm>

BONILLA C., Elssy y PENÉLOPE. (1995). *La investigación en ciencias sociales: más allá del dilema de los métodos*. Bogotá: Universidad de los Andes.

BOSCHINI, Carlos; FERNÁNDEZ Harry y otros. (1997). *La imagen corporal en niños*. Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica.

BUENAVENTURA, Delgado. (1998). *Historia de la infancia*. Barcelona: Editorial Ariel, S.A.

CAÑEQUE Hilda. (1993). *Juego y vida*. Buenos Aires: Editorial Ateneo.

CÁRDENAS, Juan C. IBARBO M, Beatriz E. QUICENO G, Gladis E. (2001). *Modelo de acompañamiento lúdico pedagógico para el niño hospitalizado*.

Cosas de la infancia: desarrollo del Esquema Corporal:
<http://www.cosasdelainfancia.com/biblioteca-psico06.htm>. fecha de consulta:
Jueves 9 de Agosto 2007

DEL CASTILLO, Miguellen y otros. (2002). *Bases biológicas y psicológicas del movimiento*. Editorial Médica Panamericana.

DEMAUSE, Lloyd. (1982). *Historia de la infancia*. Madrid: Alianza Editorial S.A.

DINELLO, Ángel. JIMÉNEZ Vélez, Carlos Alberto. MOTTA Marroquín, Jesús Alberto. (2001). *Lúdica y creatividad: la nueva pedagogía para el siglo XXI*. Bogotá: Cooperativa Editorial Magisterio.

DURAN Strauch, Ernesto. (2005). *El buen trato empieza por casa: nuestros hospitales, un lugar amable para los niños*. Sociedad Colombiana de Pediatría.

Enciclopedia psicopedagógica: pedagogía y psicopedagogía. (1998). España: Editorial Océano.

Estado del arte de la educación inicial: fundamentos conceptuales. Secretaria de Educación y Cultura de Antioquia.

FLÓREZ Ochoa, Rafael. (2001). *Investigación educativa y pedagógica*. Bogotá: Editorial McGraw-Hill.

Fundación Nuestros Hijos. Proyecto Pedagógico Escuelas Hospitalarias FNH.

http://www.fundacionnuestroshijos.cl/index/aulas_hospitalarias.htm. Fecha de consulta: domingo 11 de Agosto de 2007

GIRALDO S., Juan León. QUINTERO Q., Marina. (2005). *La enseñanza y el aprendizaje en la perspectiva de la formación*. Medellín: Editorial Gráficas Napoleón.

GRAU RUBIO, Claudia; Ortiz Gonzales, Carmen. (2001). *La pedagogía hospitalaria en el marco de una educación inclusiva*. Málaga: Ediciones Aljibe.

GRAU RUBIO, Claudia. (2004). *Atención educativa al alumnado con enfermedades crónicas o de larga duración*. Málaga: Ediciones Aljibe.

GRENIER, María Elena. (S.f). *La estimulación temprana: un reto del siglo XXI*. Centro de referencia Latinoamericano para la educación preescolar.

GUIMÓN, José. (1999). *Los lugares del cuerpo*. España: Ediciones Paidós.

HOLFORD, Patrick. (2005). *Di no al cáncer*. España: Ideas Books, S.A.

Hospital Universitario San Vicente de Paúl: www.elhospital.org.co/historia
Fecha de consulta: Miércoles 7 de Febrero de 2007.

JIMÉNEZ, Carlos. (1997). *La lúdica como expresión cultural*. Bogotá: Editorial Magisterio.

JIMÉNEZ, Francisco, (1985). *Talleres de actividades para el desarrollo del esquema corporal*. España: Ediciones CEAC.

LUNA CARMONA, María Teresa; RESTREPO de MEJIA, Francia. (2003). *Áreas de desarrollo humano. Unidad 1: perspectivas del desarrollo humano; unidad 2: neurodesarrollo*. Convenio CINDE – Universidad de Manizales.

LUNA CARMONA, Maria Teresa. (2003). *Áreas de desarrollo humano. Unidad 7: afectividad y moralidad. Unidad 8: lúdica y desarrollo humano. Unidad 9: el trabajo humano*. Convenio CINDE – Universidad de Manizales. Medellín, Noviembre de

LLINAS, R. (2003). *El cerebro y el mito del yo. El papel de las neuronas en el pensamiento y comportamiento humano*.

MARTÍNEZ Mendoza, Franklin. (S.f). *La estimulación temprana: enfoques, problemáticas y proyecciones*. Centro de referencia Latinoamericano para la educación preescolar.

MEDINA RUBIO, Rogelio; GARCÍA ARETIO, Lorenzo; RUIZ CORBELLA, Marta. (2001). *Teoría de la educación. Educación social*. Madrid: Universidad Nacional de educación a distancia.

MENESES, MONTERO, Maurenn y MONGE, ALVARADO, María. (2001). El juego en los niños: enfoque teórico. *Revista de la Universidad de Costa Rica*. 25 (2), páginas 113-124.

Ministerio de Educación Nacional. (1998). *Lineamientos Curriculares de Preescolar*. República de Colombia, Editorial Magisterio.

MORENO, Inés. (2005). *El juego y los juegos*. Buenos aires México: Editorial lumen hvmánitas..

MOYA LUQUE, Leonor. (1992). *Estimulación Temprana*. Armenia-Colombia: Universidad del Quindío.

MUÑOZ, Cecilia; PACHÓN, Ximena. (1991). *La niñez en el siglo XX*. Bogotá: Editorial Planeta.

NAVARRO, Ruben Edel. El concepto de enseñanza aprendizaje. <http://www.redcientifica.com/doc.doc200402170600.htm>. fecha de consulta: 20 de Abril de 2008

PAJA Burgoa, José. (1998). *La convención de los derechos de los niños*. Madrid: Editorial Técnos S.A

PAPALIA, Diane E. (1992). *Desarrollo humano*. México: McGraw-Hill Interamericana S.A.

“Pediatria.” Microsoft® Encarta® 2007 [DVD]. Microsoft Corporation, 2006.

Programa Saludar – Portal Educared: módulos de atención al niño enfermo. www.educared.org.ar. Fecha de consulta: jueves 9 de Agosto de 2007

SALINAS, María Eugenia. (Enero- Junio, 2003). Pedagogía y didáctica: un tránsito de la instrucción a la comprensión en pos de la formación humana. *Revista Ciencias Humanas*. 6. (1).

SANCHEZ ILEANA, Alfonso; GONZALES PÉREZ, Troadio. Procesos de enseñanza aprendizaje: algunas características y particularidades. <http://www.monografias.com/trabajos7/proe/proe.shtm>. Fecha de consulta: 20 de Abril del 2008

SARMIENTO Díaz, María Inés. (1985). *Estimulación temprana*. Bogotá: Universidad de Santo Tomás.

SCHAUB, Horst y ZENKE, Karl. (2001). *Diccionario Akal de pedagogía*. Madrid: Editorial ediciones Akal S.A.

SERRADAS FONSECA, Marian. (Septiembre, 2003). La pedagogía hospitalaria y el niño enfermo: Un aspecto más en la intervención socio-familiar. *Revista de Pedagogía*. 24, (71) páginas, 447-468

VIGOTSKY, Lev. (1979). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona Editorial Crítica.

ZAPATA, Vladimir. (1995). *Historia del niño*. Medellín.

ZULUAGA, Olga Lucía. (1987). *Pedagogía e Historia*. Bogotá: Editorial Foro Nacional por Colombia.

ANEXOS

PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN LÚDICO Y PEDAGÓGICO

PRESENTACIÓN

Este programa de intervención pedagógica, se realiza con el fin de favorecer la reestructuración del esquema corporal, de los/as niños/as entre los 4 y los 14 años de edad, hospitalizados/as en la sala de Oncología del Hospital Infantil San Vicente de Paúl, teniendo como punto de partida actividades que despierten una actitud lúdica en los/as niños/as, mediante un acto pedagógico, que permite que dicha reestructuración se convierta en un proceso agradable e instructivo para cada uno de ellos.

Cabe resaltar que al trabajar la reestructuración del esquema corporal, se hace necesario enfatizar sobre los dos componentes básicos de éste, el concepto y la imagen corporal, el primero se refiere al conocimiento que tiene la persona de su propio cuerpo, es decir, la diferenciación, identificación y localización tanto de las partes internas como externas, así como el funcionamiento de cada una de ellas; el segundo término alude a la manera como el ser humano se concibe así mismo y cómo se relaciona con los demás, a partir de cuatro aspectos fundamentales que son: autoestima, autoeficacia, autoimagen y autoconcepto. Otro de los componentes a tener en cuenta son las dimensiones del desarrollo humano: socio-afectiva, comunicativa, corporal, cognitiva, espiritual, ética y estética, aunque se hará mayor énfasis en la corporal y la socio-afectiva, por ser las que se relacionan más con los objetivos propuestos para dicho programa.

El programa de estimulación lúdico y pedagógico, obedeció al diagnóstico que se realizó con la población infantil hospitalizada, en la que se detectó la necesidad de diseñarlo y ejecutarlo para contribuir a la reestructuración de su esquema corporal en sus dos componentes: la imagen y el concepto corporal. Dentro de los aspectos más relevantes del diagnóstico se evidenciaron los cambios físicos que presenta el/la niño/a debido a los tratamientos médicos generados por la enfermedad y que alteran su imagen corporal, estos cambios son: la alopecia, los problemas de crecimiento y desarrollo, la pigmentación de la piel (petequias) producidas por los medicamentos, entre otros, los cuales crean sentimiento de vergüenza en ellos, aislándolos de las demás personas, reflejándose problemas de autoestima, autoimagen, autoeficacia, y autoconcepto repercutiendo en las relaciones que establece consigo mismo y con los demás. En relación al concepto corporal se pudo observar que algunos niños/as desconocen algunas de las partes del cuerpo y sus funciones, en especial los que se relacionan directamente con su enfermedad.

Otro de los aspectos observados, es que la mayoría de la población desconoce cuál es la enfermedad que tienen, sus causas y consecuencias, debido a que el personal médico no les informa sobre éstas y en muchas ocasiones los padres de familia tratan de ocultarles lo que sucede para no causarles angustia.

Además de lo mencionado anteriormente, la hospitalización genera en los menores alteraciones emocionales, debido a que interrumpe las actividades que cotidiana realiza como estudiar, compartir con lo amigos, la familia, para ingresar a un espacio desconocido, cumpliendo rutinas a las que no está acostumbrado, además interactuar con personas poco familiares que, en muchas ocasiones, no le informan de lo que allí sucede. Afectando con todo esto su calidad de vida, especialmente porque debe alejarse de la escuela como consecuencia de los

largos periodos de hospitalización, y en la mayoría de los casos interrumpir definitivamente sus estudios por las constantes recaídas y los cuidados que debe tener, lo cual tiene repercusiones en su desarrollo integral.

Dado lo anterior, el programa de estimulación lúdico y pedagógico beneficiará directamente al/la niño/a hospitalizado/a en la sala de Oncología, ya que al reestructurar su esquema corporal, modificará el concepto corporal, en la medida en que amplía sus conocimientos, y la imagen corporal debido a que fortalece las relaciones que establece a nivel interpersonal e intrapersonal.

OBJETIVOS

Objetivo General

Elaborar un programa de estimulación lúdico y pedagógico, con actividades enfocadas en la reestructuración del esquema corporal, del/la niño/a hospitalizado/a en la sala de oncología del Hospital Infantil San Vicente de Paúl.

Objetivos Específicos

- Describir las dificultades que tenga la población infantil hospitalizada en la sala de oncología, del Hospital Infantil San Vicente de Paúl, con relación a su imagen corporal.

- Favorecer la reestructuración del esquema corporal del niño/a hospitalizado en la sala de oncología, del Hospital Infantil San Vicente de Paúl, a través de un programa de estimulación lúdico y pedagógico.
- Realizar diferentes actividades lúdico-pedagógicas, que favorezcan la reestructuración de la imagen corporal del niño/a hospitalizado/a, en la sala de oncología del Hospital Infantil San Vicente de Paúl.
- Identificar las falencias con relación al concepto corporal, de la población infantil, hospitalizada en la sala de oncología del Hospital Infantil San Vicente de Paúl.
- Evaluar la ejecución del programa de estimulación lúdico y pedagógico.

UNIDADES TEMÁTICAS

Unidad: CONCEPTO CORPORAL

Temas:

- Conocimiento de la enfermedad
- Causas de la enfermedad
- Consecuencia que trae consigo la enfermedad
- Ubicación de la enfermedad
- Sintomatología de la enfermedad
- Tratamiento de la enfermedad

Indicadores de logro:

- El/la niño/a reconoce la parte del cuerpo que se encuentra afectada por la enfermedad.
- El/la niño/a comprende su situación de salud y puede hablar con cierta apropiación de su enfermedad.
- El/la niño/a reconoce las implicaciones, en el ámbito de lo emocional, corporal y social que trae su enfermedad.
- El/la niño/a acepta los cambios físicos que le causa su enfermedad y el tratamiento para ésta.
- El/la niño/a comprende porqué está en el hospital.

Actividades:

- Diálogos con los/as niños/as, con el fin de evidenciar qué tanto saben acerca de su enfermedad.
- Realización de esgrafiado de la figura humana.
- Realización de la silueta humana, ubicando en ella los órganos internos y externos.

- Realización de muñecos en plastilina, ubicando en qué parte del cuerpo se localiza la enfermedad.
- Dibujos de la familia y de la persona más significativa para ellos.
- Elaboración de títeres con bolsas de papel, con el fin de que los niños hablen de su enfermedad.
- Mostrar la silueta del cuerpo humano y mencionar los órganos internos y las funciones principales.

Recursos:

- Cartulina
- Crayolas
- Vinilos
- Pinceles
- Papel periódico
- Marcadores
- Plastilina de colores
- Plastilina casera
- Hojas de papel
- Lápices
- Bolsas de papel
- Papel globo
- Papel silueta
- Lana

- Enciclopedias
- Libros.

Unidad: IMAGEN CORPORAL

Temas:

- Sentimientos generados por su aspecto físico.
- Representación mental (autoconcepto).
- Autoimagen (sentimiento respecto al propio cuerpo).
- Inclusión de un objeto externo al propio cuerpo.

Indicadores de logro:

- El/la niño/a se reconoce cómo es, teniendo en cuenta su enfermedad.
- El/la niño/a se acepta cómo es, a pesar de haber sufrido cambios físicos.
- El/la niño/a reconoce y acepta que los aparatos a los cuales está conectado son una ayuda para el tratamiento de su enfermedad, y no un impedimento para continuar con su vida.

Actividades

- Mostrar por medio de enciclopedias, los órganos que se ven más afectados por la enfermedad, y dar una explicación clara acerca de su funcionamiento y qué le sucede cuando es atacado por el cáncer, el tumor o la leucemia.
- Realizar dibujos dirigidos y libres, con el fin de observar qué imagen tienen los/as niños/as de sí mismo y de las personas que se encuentran a su alrededor.
- Realizar un títere de papel, con el fin de que los/as niños/as representen cómo se sienten con la enfermedad que padecen.
- Realizar ejercicios de movimiento corporales, como por ejemplo, golpear con diferentes partes del cuerpo un globo, para identificar qué tanto dominio tienen de la bomba de infusión a la que se encuentran conectados.

Recursos:

- Libros y enciclopedias
- Bolsas de papel
- Lana
- Colbón
- Tijeras
- Papel globo, silueta,, crepe, cartulina
- Globos
- Grabadora y música infantil

Unidad: LOS SENTIDOS

Temas:

- La vista
- El olfato
- El tacto
- El oído

Indicadores de logro:

- El/la niño/a reconoce la importancia que tienen todos los sentidos para el reconocimiento del medio en el cual se encuentra.
- El/la niño/a identifica los objetos que son propios a un contexto específico, valiéndose de los sentidos a excepción de la vista.

Actividades

- Realizar discriminación auditiva, táctil y olfativa con el fin de que los/as niños/as reconozcan objetos que le son comunes al medio en el que se encuentran (olores como: alcohol, jarabe, lociones cremas de manos, jabón líquido, etc.; texturas como: algodón, gaza, harina, aserrín, arroz, gomina, entre otros, sonidos como: el producido por la bomba del medicamento cuando se descarga, sonidos de animales, instrumentos musicales, etc.).
- Realizar actividades en las que se mencionan conocimientos puntuales acerca de la función de cada uno de los sentidos.

- Rescatar la importancia de usar todos los sentidos, además de la visión, para reconocer los objetos que encuentran en el entorno.

Recursos

- Vendas para tapar los ojos
- Grabadora
- Alcohol
- Crema de manos
- Jabón líquido
- Jarabes
- Algodón
- Gasa
- Harina
- Plastilina
- Aserrín
- Arroz
- Sonidos de animales, instrumentos musicales
- Enciclopedias y libros

Unidad: LOS SISTEMAS

Temas:

- El sistema urinario.
- El sistema circulatorio.
- El sistema óseo.

- El sistema muscular.
- Incidencia de la quimioterapia como tratamiento de la enfermedad.

Indicadores de logro:

- El/la niño/a reconoce la ubicación de cada uno de los sistemas.
- El/la niño/a reconoce las importantes funciones de cada uno de los sistemas.
- El/la niño/a reconoce la importancia de la quimioterapia como parte del tratamiento para combatir la enfermedad.
- El/la niño/a reconoce qué órgano de su cuerpo se encuentra afectado por su enfermedad.

Actividades:

- Explicar la importancia de cada sistema dentro del buen funcionamiento de todo el organismo.
- Explicar las principales funciones de cada sistema.
- Mostrar, por medio de experimentos, las principales funciones de algunos de los sistemas.
- Explicar qué es la quimioterapia y cómo incide en la recuperación de la enfermedad.

- Mostrar, por medio de imágenes, la ubicación de cada uno de los sistemas buscando que los/as niños/as lo reconozcan en su propio cuerpo

Recursos:

- Enciclopedias y libros
- Rompecabezas de los sistemas.
- Plastilina casera
- Arcilla
- Material reciclable
- Vasos plásticos
- Hojas
- Lápiz y colores
- Vinilos
- Pitillos