

***LA REESTRUCTURACIÓN DEL ESQUEMA CORPORAL
DE LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS, MEDIANTE UN
PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN LÚDICO Y
PEDAGÓGICO***



**LA REESTRUCTURACIÓN DEL ESQUEMA CORPORAL DE LOS NIÑOS
HOSPITALIZADOS, MEDIANTE UN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN LÚDICO
Y PEDAGÓGICO**

**OLGA MERY MENESES CARDONA
MÓNICA ISABEL MORENO SOTO
DORA ELENA VALDERRAMA HIGUITA**

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE EDUCACIÓN
LICENCIATURA EN PEDAGOGÍA INFANTIL
MEDELLÍN
2008**

**LA REESTRUCTURACIÓN DEL ESQUEMA CORPORAL DE LOS NIÑOS
HOSPITALIZADOS, MEDIANTE UN PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN LÚDICO
Y PEDAGÓGICO**

**OLGA MERY MENESES CARDONA
MÓNICA ISABEL MORENO SOTO
DORA ELENA VALDERRAMA HIGUITA**

**Asesora
Ligia Carvajal Arboleda
Magíster en Educación Y Desarrollo Humano**

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE EDUCACIÓN
LICENCIATURA EN PEDAGOGÍA INFANTIL
MEDELLÍN
2008**

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Medellín, Junio de 2008

Dedicado a nuestras familias, que con su apoyo constante, su esfuerzo, dedicación, cariño y comprensión han hecho más fácil nuestro transitar por la vida y el logro de nuestros sueños y metas, pues con palabras de aliento nos han motivado a seguir adelante, a no desistir ante los obstáculos, a cumplir con responsabilidad y entusiasmo todas y cada una de nuestras labores, a vivir cada momento como si fuera el último, y a sentirnos alegres, ante el deber cumplido...

A ellos gracias.

MANIFESTAMOS NUESTROS AGRADECIMIENTOS:

Al Hospital Infantil San Vicente de paúl, por abrir sus puertas y permitirnos hacer parte de un equipo humano, cuyo objetivo principal es darle a los niños una atención de calidad; por darnos la posibilidad de compartir con ustedes nuestros conocimientos, al mismo tiempo que adquiriríamos otros, producto de una experiencia que además de aportar a nuestra formación profesional, nos hizo más fuertes como personas.

A los niños y niñas hospitalizados en la sala de Nefrología que abrieron sus corazones y nos permitieron entrar y compartir sus vidas.

A la profesora Ligia Carvajal Arboleda, por su dedicación, paciencia, acompañamiento y apoyo incondicional, y por permitirnos aprender de usted, no sólo conocimientos, sino también formas de vida, que hicieron de nosotras mejores personas.

A la Universidad de Antioquia y al programa de Licenciatura en Pedagogía Infantil, por brindarnos una educación de calidad y formarnos en el conocimiento y en la vida.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
1. JUSTIFICACIÓN	15
2. DIAGNÓSTICO HOSPITAL INFANTIL SAN VICENTE DE PAÚL.....	18
2.1 RESEÑA HISTÓRICA HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAÚL	18
2.1.1 Hospital infantil	19
2.1.2 Sala de nefrología pediátrica.....	20
2.2 DIAGNÓSTICO DE LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS EN LA SALA DE NEFROLOGÍA	21
2.3 ANÁLISIS DEL DIAGNÓSTICO.....	25
3. ANTECEDENTES.....	30
3.1. EN EL ÁMBITO LOCAL	30
3.2 EN EL ÁMBITO NACIONAL	33
3.3 EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL.....	33
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	35
5. OBJETIVOS	40
5.1. OBJETIVO GENERAL	40
5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	40
6. DISEÑO METODOLÓGICO	42
6.1. PARADIGMA.....	42

6.2 DISEÑO	44
6.3 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	46
6.4 POBLACIÓN PARTICIPANTE	47
7. MARCO LEGAL	48
7.1 CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA (1991)	48
7.2 CÓDIGO DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA, Ley 1098 de 2006.....	49
7.3 LEY GENERAL DE EDUCACIÓN, LEY 115 de 1994.....	53
7.4 DERECHOS DEL NIÑO HOSPITALIZADO	54
8. MARCO TEÓRICO	57
8.1 NIÑO	57
8.1.1 El niño a través de la historia	57
• Edad antigua	57
• Edad media	58
• Edad moderna.....	59
• Edad contemporánea	60
8.1.2 El niño en la actualidad	61
• El niño como sujeto de derechos	61
• El niño como ser integral.....	63
8.2 LÚDICA	67
8.2.1 Definición de lúdica	67
8.2.2 Definición de juego	68
• Clasificación de los juegos	69
8.2.3 Beneficios de la lúdica y el juego	71
8.2.4 La lúdica y el juego: encuentros y desencuentros.....	73
8.3. ESTIMULACIÓN.....	74
8.3.1 Definición de estimulación.....	74
• Estimulación precoz	74
• Estimulación temprana.....	75
• Estimulación adecuada	75
8.3.2 Conceptos que se relacionan con la estimulación.....	78
• Crecimiento	78
• Desarrollo.....	78
• Maduración	79

• Madurez	79
8.3.3 Áreas de la estimulación	80
• Área motora	80
• Área perceptivo-cognitiva.....	80
• Área del lenguaje	81
• Área social	82
8.4. EDUCACIÓN	83
8.4.1 Pedagogía	87
• Definición de pedagogía.....	87
• Proceso Enseñanza-Aprendizaje	88
8.5. PEDAGOGÍA HOSPITALARIA	93
8.5.1 Historia de la pedagogía hospitalaria	93
• Contexto Colombiano.....	96
8.5.2 Definición de Pedagogía Hospitalaria.....	98
8.5.3 Aulas Hospitalarias.....	101
8.5.4 Agentes que intervienen en la pedagogía hospitalaria.....	102
• El Pedagogo Hospitalario.....	103
• Los padres de familia	105
• Personal médico	106
8.5.5 El Niño Hospitalizado	108
8.6. ESQUEMA CORPORAL	109
8.6.1 Noción de cuerpo	109
8.6.2 Definición de esquema corporal	111
• Imagen corporal	113
• Concepto corporal.....	114
8.6.3 Elementos del esquema corporal	115
• Descubrimiento del cuerpo.....	115
• Toma de conciencia de las partes del cuerpo	116
• Control corporal.....	116
• Lateralidad	116
• Direccionalidad.....	117
• Comunicación gestual.....	117
8.6.4 Construcción del esquema corporal	117
• Sensoriomotriz (entre los 0 y los 2 años)	118
• Preoperatorio (entre los 2 y los 6-7 años)	119
• Operaciones concretas (entre los 6-7 y 11-12 años)	122
• Operaciones formales (entre los once 11-12 y 15 años).....	123
9. CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	125

9.1 ESTIMULACIÓN.....	126
9.2 ESQUEMA CORPORAL: VIVENCIAS Y EXPERIENCIAS	137
9.3 DESARROLLO	163
9.3.1 Subcategoría de Educación	167
9.3.2 Subcategoría Pedagogía Hospitalaria.....	177
9.3.3 Subcategoría de Enseñanza-Aprendizaje	186
9.4 CATEGORÍA DE NIÑO.....	190
10. RESULTADOS	196
11. RECOMENDACIONES.....	199
BIBLIOGRAFÍA.....	202
ANEXOS.....	210
IMÁGENES.....	210
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DE ESTIMULACIÓN LÚDICA Y PEDAGÓGICA	219
INDICE DE ILUSTRACIONES	
Ilustración 1 Exocuerpo	210
Ilustración 2 Endocuerpo	210
Ilustración 3 Imagen Corporal.....	211
Ilustración 4 Imagen Corporal.....	211
Ilustración 5 Imagen Corporal.....	211
Ilustración 6 Imagen Corporal.....	211
Ilustración 7 Dibujo con la mano no dominante	212
Ilustración 8 Dibujo con la mano no dominante	212
Ilustración 9 Objetos internos válvula	213
Ilustración 10 Objetos internos, catéter.....	213
Ilustración 11 Preconcepto del Sistema urinario.....	214
Ilustración 12 Preconcepto Sistema Urinario	214
Ilustración 13 Estructura del esquema corporal de una niña de 6 años.....	215
Ilustración 14.....	215
Ilustración 15.....	215
Ilustración 16.....	215
Ilustración 17.....	215
Ilustración 18.....	215

Ilustración 19 Esquema Corporal.....	216
Ilustración 20 Sistema Circulatorio.....	216
Ilustración 21 Sistema Digestivo	216
Ilustración 22 Ubicación de los riñones.....	216
Ilustración 23 Esquema Corporal en arcilla	217
Ilustración 24 Esquema Corporal en arcilla	217
Ilustración 25 Imagen Corporal Esgrafiado	217
Ilustración 26 Imagen corporal Plastilina	217
Ilustración 27 Esquema Corporal Rompecabezas	217
Ilustración 28 Sistema Urinario	218
Ilustración 29 Esquema Corporal Rompecabezas	218
Ilustración 30 Exocuerpo	218

RESUMEN ANALÍTICO EDUCATIVO (RAE)

TÍTULO

La reestructuración del esquema corporal de los niños hospitalizados, mediante un programa de estimulación lúdico y pedagógico.

TIPO DE DOCUMENTO

Trabajo de Grado.

AUTORES

Olga Mery Meneses Cardona

Mónica Isabel Moreno Soto

Dora Elena Valderrama Higueta

OBJETIVO

Determinar el impacto de un programa de estimulación lúdico y pedagógico, basado en la pedagogía hospitalaria, en el proceso de reestructuración del esquema corporal del niño hospitalizado entre los 5 y 13 años de edad de la sala de Nefrología del Hospital Infantil San Vicente de Paúl de la ciudad de Medellín.

ACCESO AL DOCUMENTO

Centro de Documentación Facultad de Educación

Biblioteca Universidad de Antioquia

PALABRAS CLAVES

Estimulación, Lúdica, Juego, Desarrollo, Educación, Pedagogía, Pedagogía Hospitalaria, Enseñanza – Aprendizaje, Niño, Esquema Corporal, Imagen Corporal, Concepto Corporal, Reestructuración.

PARADIGMA INVESTIGATIVO:

Cualitativo

DISEÑO INVESTIGATIVO:

Investigación Pedagógica

DISEÑO METODOLÓGICO:

1. Instrumentos de recolección de información:

- Observación Participante
- Entrevista a Profundidad
- Diario de Campo

2. Análisis de primer nivel:

- Categorización y Codificación
- Triangulación

3. Análisis de segundo nivel:

- Análisis

4. Resultados

5. Recomendaciones

INTRODUCCIÓN

En el presente proyecto se indaga cuál es el impacto de un programa de estimulación lúdico y pedagógico en la reestructuración del esquema corporal de los niños¹ hospitalizados en la sala de Nefrología del Hospital Infantil San Vicente de Paúl, en edades comprendidas entre los 5 y 13 años. Dicho proyecto está basado en la Pedagogía Hospitalaria y liderado por las maestras en formación del Programa de Licenciatura en Pedagogía Infantil de la Facultad de Educación de la Universidad de Antioquia, con una duración de año y medio.

A partir de las observaciones realizadas durante la etapa de diagnóstico y las conversaciones informales con los niños hospitalizados, se evidenció que dicha población presenta cambios en el aspecto físico y psicológico, debido a la enfermedad, a los tratamientos médicos y a la hospitalización; por tanto emergió la necesidad de que éstos reestructuran su esquema corporal para fortalecer la confianza en sí mismo, la autoestima, autoimagen y autoconcepto, los cuales son aspectos indispensables en la relación que establece consigo mismo, con los que le rodean y con las situaciones que atraviesa.

Este proyecto se llevó a cabo mediante un programa de estimulación lúdico y pedagógico, basado en la Pedagogía Hospitalaria, teniendo en cuenta las necesidades de la población y los factores que influyen en la reestructuración del esquema corporal, tales como: el conocimiento del endocuerpo y el exocuerpo; la percepción del propio cuerpo y las implicaciones de la hospitalización, favoreciendo aspectos formativos e instructivos, esenciales para su desarrollo integral.

¹ Para efectos de éste proyecto se hablará de niño para hacer referencia a niños y niñas.

1. JUSTIFICACIÓN

Durante el desarrollo infantil, el niño va experimentando cambios tanto en su cuerpo, como en sus estructuras cognitivas, debido a las experiencias que adquiere del medio y a la disposición hereditaria, estas experiencias son complejas de entender; es el caso de los niños hospitalizados en la sala de nefrología del Hospital Infantil San Vicente de Paúl, quienes desde edades muy tempranas deben afrontar su situación de enfermedad, síndrome nefrótico, la cual implica tratamientos médicos que alteran su imagen y concepto corporal a causa de las cirugías, los medicamentos y la separación de su entorno cotidiano (familiar, escolar, social), situación que es difícil de sobrellevar en la vida cotidiana.

Teniendo en cuenta lo anterior y según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2006), se puede entender la salud como el equilibrio entre lo psicológico, lo físico y lo espiritual, no es la ausencia de la enfermedad. Lo anterior sugiere que el pedagogo ha de ampliar el perfil profesional, para establecer un proceso de enseñanza aprendizaje que le permita al niño relacionarse de una forma armónica con su situación de salud.

Además, como es bien sabido el acto educativo atraviesa la existencia del ser humano teniéndolo en cuenta como ser integral, por lo que facilita su proceso de desarrollo. En esta medida el niño no sólo recibe educación cuando asiste a la escuela, sino que ésta debe estar presente en todos los momentos de su vida, en el caso de los niños hospitalizados, por ejemplo, para ayudarles a comprender y aceptar lo que sucede con su cuerpo, de tal manera que consigan reestructurar su esquema corporal, pues cuando lo logren, podrán adquirir nuevamente la confianza en sí mismos y por ende tener una autoestima, autoimagen y autoconcepto favorables, aspectos indispensables para relacionarse

adecuadamente consigo mismo, con los que les rodean y con las situaciones que atraviesen; en otras palabras, adquirirá poco a poco la resiliencia, característica necesaria para que una persona supere las dificultades que se le presentan y salga airoso de ellas.

Es necesario aclarar que dicho proyecto no sólo influye benéficamente en los niños, los cuales son los principales agentes del proceso, pues también está repercutiendo en las maestras en formación, así mismo, es importante para la Universidad de Antioquia, a nivel local y nacional.

A las maestras en formación les brinda la posibilidad de pensar el campo de la pedagogía de forma amplia, entendiendo así que el pedagogo puede demostrar que su labor no se limita a un aula de clase, sino que también brinda la posibilidad de educar integralmente a la infancia en todos aquellos lugares donde se encuentre. El Licenciado en Pedagogía Infantil, está en capacidad de iniciar o continuar un proceso formativo con los niños, que implique tanto la parte académica como el desarrollo humano, pues antes de proceder a realizar un trabajo desde el aspecto intelectual, lo primero que el niño debe hacer es relacionarse consigo mismo, esto implica el concepto y la imagen corporal, elementos que se desarrollaran ampliamente durante el presente proyecto investigativo.

Para la Universidad de Antioquia es importante este proyecto por ser una institución que promueve la investigación en diferentes ámbitos, permitiendo el desarrollo del conocimiento, así como la oportunidad de repercutir en la ciudad y en el país. Por lo tanto, le otorgará un reconocimiento a la Universidad, en tanto es el resultado de los conocimientos adquiridos en las diferentes áreas o espacios de conceptualización abordados en el programa de Licenciatura en Pedagogía Infantil.

En el ámbito local y nacional, fue importante desarrollar este proyecto investigativo, pues despierta el interés de conocer en qué consiste y cómo se implementa la pedagogía en el contexto hospitalario, específicamente la estimulación lúdica y pedagógica, la cual puede llevarse a cabo en los diferentes hospitales del país, de tal manera que se contribuya a la concepción de niño como un ser humano que siente, desea, se expresa y requiere de un acompañamiento pedagógico durante el periodo de hospitalización y después de este para la reestructuración de su esquema corporal.

2. DIAGNÓSTICO HOSPITAL INFANTIL SAN VICENTE DE PAÚL

2.1 RESEÑA HISTÓRICA HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN VICENTE DE PAÚL²

La historia del Hospital Universitario San Vicente de Paúl surge en el año 1913; cuando el señor Alejandro Echavarría, gestó la idea de fundar un hospital, apoyado por la iglesia, los industriales, los intelectuales y los médicos de la Escuela de Medicina de la Universidad de Antioquia.

El 4 de agosto de 1916 se inicia la construcción del hospital. Se comienza con la construcción de cinco pabellones: cirugía, clínica, enfermedades contagiosas y dos de medicina. Aun sin terminar las obras, se inaugura el 1º de enero de 1926; día en el cual ingresan los primeros enfermos, trabajadores del Ferrocarril del Antioquia.

El 10 de mayo de 1934 se abren las puertas del Hospital San Vicente de Paúl al servicio de la comunidad. Para esta fecha se hizo entrega del Edificio de Cirugía, el Pabellón de Clínica, dos edificios de Medicina, el pabellón de Cocina, el Edificio de Contagiosos, la Administración, el Pabellón de Maternidad y el Edificio de los Muertos.

En la actualidad los servicios médicos que presta el Hospital Universitario San Vicente de Paúl son: banco de sangre; cardiovascular y del tórax; cirugía general y subespecialidades; cirugía maxilofacial y estomatología; clínica del dolor; consulta externa adultos; enfermedad cerebrovascular; enfermería; epidemiología hospitalaria; ginecología y obstetricia; imaginología; laboratorio clínico; medicina

² La información que se da sobre la reseña histórica del Hospital Infantil San Vicente de Paúl, fue recuperada el 8 de marzo de 2007 y extraída de la página institucional: <http://www.elhospital.org.co>

física y rehabilitación; medicina interna y subespecialidades; medicina nuclear; nutrición y dietética; oncología; pediatría y subespecialidades; pensionado; policlínica; quemados; radioterapia; toxicología; trabajo social y trasplantes.

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. Realiza su tarea con sentido humano, enfoque integral, calidad y ética. Destina su esfuerzo económico para quienes, necesitando servicios, no pueden pagar por ellos. Participa en la formación del talento humano y en el desarrollo de investigación en salud con personas idóneas y comprometidas”.

VISION

“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”.

2.1.1 Hospital infantil

El pabellón infantil Clarita Santos fue fundado en 1940. En 1949 se vio la necesidad de construir un pabellón anexo al Hospital para mejorar la atención del niño enfermo, debido a que tanto en los servicios de urgencias como en consulta externa y hospitalización la demanda superaba la capacidad de servicio. Fue así como el pabellón infantil Clarita Santos dio origen al Hospital Infantil, el cual fue inaugurado el 11 de marzo de 1961. En 1987 comenzó a operar el Policlínico Infantil dedicado a urgencias infantiles. El Hospital Infantil ofrece servicios de atención integral a niños menores de 14 años de edad, en las modalidades de

atención ambulatoria y de hospitalización. Presta los servicios asistenciales de: urgencias, cuidado crítico, hospitalización, cirugía pediátrica y consulta externa. Está conformado por aula hospitalaria, quirófanos, consultorios, sala de reuniones, laboratorio, sala de espera, puesto de vacunación, unidad de atención al usuario, lactancia materna, trabajo social, consulta externa (varios consultorios), puesto de enfermería, departamento de pediatría y puericultura, y las salas de nefrología, hemato-oncología, aislados, lactantes 1 y 2, urgencias, unidad de cuidados intensivos e intermedios y pediatría general.

Atiende pacientes que hacen parte de las Empresas Promotoras de Salud, Administradoras del Régimen Subsidiado, Pólizas de Seguros, Fondo de Protección Escolar, pacientes vinculados y particulares. La atención a estos es brindada por especialistas de alta calidad científica y humana, acompañados por un equipo de trabajo: enfermeras, auxiliares de enfermería y un equipo logístico que garantiza una excelente atención.

El servicio de hospitalización cuenta con un aula hospitalaria, la cual desarrolla actividades pedagógicas con los niños hospitalizados de las diferentes salas, y bajo la coordinación de la pedagoga hospitalaria, del personal de la Facultad de Educación de la Universidad de Antioquia y del personal de enfermería del hospital.

2.1.2 Sala de nefrología pediátrica

La sala de nefrología pediátrica del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, fue fundada en 1970. Actualmente se encuentra ubicada en el cuarto piso, conformada por doce habitaciones, para un total de 14 pacientes. Los servicios que ofrece son: tratamiento clínico de enfermedades funcionales metabólicas y estructurales del sistema nefrourológico, tratamiento de las insuficiencias renales

mediante diálisis y trasplantes, manejo médico adecuado de las alteraciones metabólicas y la corrección quirúrgica de los defectos de las vías urinarias.

Los pacientes que acceden a los servicios de la Unidad Renal Pediátrica buscan una adecuada solución a su enfermedad. Esto es posible debido a que dicha unidad cuenta con un grupo de profesionales capacitados en la resolución de problemas asociados a la enfermedad; estos profesionales son:

Médico especialista en nefrología: se encarga de la evaluación del paciente, establece un diagnóstico y prescribe el tratamiento, además supervisa y evalúa los procesos y define los pronósticos. De igual manera se encarga de realizar los procedimientos diagnósticos como son: biopsia renal, colocación de catéteres centrales para hemodiálisis, implantación de catéter para diálisis peritoneal aguda, hemofiltraciones, urodinamias, así mismo realiza la evaluación y seguimiento de los pacientes con trasplante renal. Además, cuenta con un grupo de cirujanos pediátricos especialistas en urología infantil.

Trabajadores sociales: este grupo de trabajo se encarga de apoyar al paciente y a su familia en la readaptación integral, orienta al usuario para un mejor aprovechamiento de los recursos socioeconómicos del medio.

2.2 DIAGNÓSTICO DE LOS NIÑOS HOSPITALIZADOS EN LA SALA DE NEFROLOGÍA

Los niños que se encuentran hospitalizados en la sala de nefrología del Hospital Infantil San Vicente de Paúl oscilan entre los 0 meses y los 14 años de edad, presentan enfermedades relacionadas principalmente con el aparato urinario, tales como insuficiencia renal, infecciones urinarias, síndrome nefrótico, síndrome nefrítico, trasplante de riñón, entre otras, aunque también atiende a aquellos

niños que presentan otro tipo de enfermedades, las cuales son cubiertas principalmente por el SISBEN y Entidades Promotoras de Salud (EPS), y en menor cantidad por Aseguradoras del Régimen Subsidiado (ARS), entidades de medicina prepagada, pólizas de seguros y quienes requieran estos servicios de manera particular. Dichas entidades cubren un alto porcentaje del costo de la hospitalización, el cual oscila ente 2 días hasta 8 meses aproximadamente.

La población hospitalizada en ésta sala, proviene en su mayoría de los diferentes barrios de la ciudad de Medellín, el área Metropolitana, municipios del departamento de Antioquia (incluyendo sus zonas rurales) y otros departamentos del país y en menor cantidad de otros países; de igual manera, predominan los estratos socioeconómicos uno y dos.

Con respecto al tipo de familia a la que pertenecen éstos niños, se encuentran especialmente las de tipo nuclear, conformada por la madre, el padre y los hijos y las familias extensas, formada por tres o más generaciones. La escolaridad de los padres³ fluctúa entre educación básica, media académica hasta media técnica; predominando más los últimos grados de educación básica. Esto junto con el nivel socioeconómico influye en el comportamiento con los hijos, predominando dos tipos de relación: algunas madres demuestran afecto e interés por el proceso de recuperación de sus hijos, manifestado a través de abrazos, besos, palabras tiernas o caricias, brindándole un acompañamiento durante todo o gran parte del tiempo que permanecen hospitalizados; dicho acompañamiento consiste en ayudarle a realizar actividades básicas como por ejemplo comer, bañarse o ir al baño; ejecutar acciones que contribuyen a bajar los niveles de angustia, estrés, temor, ansiedad, entre otras, como son juegos, lecturas y conversaciones, o interesándose también en las actividades propuestas por las maestras en formación que asisten a la sala; de igual manera, están pendientes de los

³ Para efectos del presente proyecto se hablará de padres o padres de familia, haciendo referencia tanto al padre como a la madre.

procesos médicos y procuran informarse sobre el diagnóstico para brindar una mejor atención a sus hijos. Otras por el contrario, aunque permanecen en la sala con el niño, demuestran poco interés hacia éste, evidenciado en las diferentes actividades que realiza en el hospital como son: ver televisión, conversar con las otras madres, dormir, jugar con el celular, aprovechar el momento de asistencia de las maestras en formación para salir de la sala a fumarse un cigarrillo o hablar por teléfono, además se les escucha expresiones como: *“cuando será que se duerme para poderme ir”*⁴, manifestando con esto cansancio y aburrimiento por permanecer gran parte del día en el hospital, lo que lleva a pensar que existen otras responsabilidades en el hogar o fuera de él; finalmente están las madres que por diferentes motivos como el trabajo, la asistencia a los demás hijos o la distancia de la vivienda no pueden acompañar permanentemente a los niños durante la estadía en el hospital, por lo que éstos permanecen solos constantemente.

En cuanto a la escolaridad de los pacientes que se encuentran en la sala de nefrología se puede decir que la mayoría cursan los grados comprendidos entre preescolar y quinto de primaria, presentándose con frecuencia situaciones académicas irregulares, generadas por el estado de salud de los niños y el tipo de enfermedad, pues muchos de ellos permanecen hospitalizados durante varias semanas y algunos regresan periódicamente por constantes recaídas o para continuar el tratamiento, retrasando sus estudios o provocando deserciones escolares, pues según testimonios de algunas madres, los docentes de las instituciones, a pesar de que algunas madres informan dicha situación, no muestran interés en las condiciones de salud del estudiante para ayudarlo en el proceso académico y prevenir la desescolarización, por lo que las consecuencias de esta irregularidad van desde atrasarse en los temas o perder el año escolar, hasta el abandono de la escuela. Esto lleva a que algunos de ellos se demoren en su proceso académico, como es el caso de una niña de 12 años de edad que

⁴ Testimonio de una de las madres, obtenido mediante una charla informal.

se encuentra cursando 4º grado de básica primaria, otra de 13 años que aún no ha comenzado su proceso escolar, y otra que no es recibida en instituciones educativas porque como la niña lo dice *“la profesora no me puede cambiar el pañal, porque soy directa”*⁵.

Por lo anterior, los niños hospitalizados en la sala de Nefrología del Hospital Infantil San Vicente de Paúl, presentan dificultades con respecto al conocimiento corporal, pues la mayoría no reconocen, localizan ni diferencian los órganos externos e internos del cuerpo y sus funciones, impidiéndoles hablar con propiedad acerca de éstos y dar cuenta de ellos en diferentes actividades.

De igual forma sucede con la enfermedad, pues algunos conocen sólo el nombre de ésta y los síntomas que presentaron, pero desconociendo las causas científicas, esto se evidenció en expresiones como: *“La coca-cola me dañó el riñón”*, *“Yo me comí una panelita y después fue que me dijeron que tenía un riñón malo”*, *“El riñón se me dañó porque jugué mucho fútbol”*⁶, además, ignoran las consecuencias de ésta en su cuerpo, los cuidados que deben tener para conservar la salud, los tratamientos médicos necesarios para controlarla y la forma cómo se ve afectada su vida cotidiana. Así mismo, manifiestan disgusto con su cuerpo, evidenciado en expresiones como: *“Nada de mi cuerpo me gusta”*, *“No me gusta nada de mí”*, *“A mi me da pena que me vean tan hinchada, es que parezco un globo”*, *“Qué pereza uno tan peludo”*⁷.

Por otro lado, en diferentes actividades en las que tienen que socializarse, dar sus opiniones, hablar de sí mismos, solucionar problemas, modelar en plastilina, entre otras, algunos se muestran tímidos e inseguros, buscando constantemente la aprobación de sus padres o la ayuda de éstos para la realización de las mismas, pues manifiestan no ser capaces de hacerlo solos, evidenciándose que a unos les

⁵ Testimonio de una de las niñas.

⁶ Respuestas de entrevista.

⁷ Respuestas de entrevista.

da dificultad relacionarse con sus semejantes y expresarse verbal y corporalmente, esperado con frecuencia que les digan qué hacer.

2.3 ANÁLISIS DEL DIAGNÓSTICO

A partir del diagnóstico anteriormente mencionado, se analizaron algunos aspectos que se consideraron relevantes para los fines del proyecto.

La escolaridad de los padres fluctúa entre educación básica, media académica hasta media técnica; predominando más los últimos grados de educación básica, esto junto con el nivel socioeconómico influye en el comportamiento y relación con los hijos; es decir, los padres actúan de manera diferente con éstos durante su hospitalización, pues algunos demuestran afecto e interés por el proceso de recuperación manifestado a través de abrazos, besos, palabras tiernas, caricias; acompañan al niño durante todo el tiempo que permanece en el hospital o gran parte de éste, ayudándole en lo que necesite como ir al baño, estar pendiente de los procesos médicos que debe seguir, jugando, informándose sobre el diagnóstico; además se interesan por las actividades propuestas por las maestras en formación que asisten a la sala.

Sin embargo, hay padres que, si bien permanecen en la sala con sus hijos, no demuestran interés hacia éstos, pues se dedican a otro tipo de actividades diferentes a un acompañamiento adecuado como las mencionadas anteriormente, éstas son: ver televisión, conversar, dormir, jugar con el celular, aprovechar el momento de asistencia de las maestras en formación para salir de la sala a fumarse un cigarrillo o hablar por teléfono, además se les escucha expresiones como: *“cuando será que se duerme para poderme ir”*⁸, manifestando con esto cansancio y aburrimiento por permanecer gran parte del día en el hospital.

⁸ Testimonio de una de las madres, obtenido mediante una charla informal.

Dichos comportamientos de los padres influyen en la reestructuración del esquema corporal del niño hospitalizado, pues los que experimentan esas manifestaciones de cariño demuestran mayor seguridad y confianza al interactuar con las demás personas, fortaleciendo así su imagen corporal, al mismo tiempo que la dimensión socio-afectiva, en tanto logra fortalecer aspectos importantes como son la autoimagen, el autoconcepto, la autoestima y la autoeficacia, creando una manera propia de vivir, sentir, expresarse y relacionarse con los otros, consigo mismo y con los objetos; caso contrario cuando éstos manifiestan pocas expresiones de afecto, así como un mínimo acompañamiento, lo que produce en el niño inseguridad, aumento en los niveles de estrés, angustia, temor, entre otros.

En cuanto a la escolaridad de los pacientes que asisten a la sala de nefrología se puede decir que la mayoría cursan los grados comprendidos entre preescolar y quinto de primaria; sin embargo su situación académica es irregular debido a su estado de salud, pues muchos de ellos permanecen hospitalizados durante varias semanas y algunos regresan periódicamente, retrasando sus estudios, lo que sumado al poco interés de los docentes por las condiciones de salud del estudiante, genera como consecuencia irregularidades y atrasos académicos o abandono de la escuela. Lo anterior, influye significativamente en el tipo de relaciones que estos niños establecen consigo mismo y con los otros, al mismo tiempo que se afecta su proceso cognitivo.

En este sentido es importante anotar que aunque el niño está pasando por una situación estresante no hay que olvidar que continúa con su desarrollo, basado en siete dimensiones: socio-afectiva, corporal, cognitiva, comunicativa, ética, estética y espiritual, las cuales están interrelacionadas, siendo necesario continuar con su proceso académico y de socialización procurando siempre su desarrollo integral, pues de lo contrario se generarían en éste efectos desfavorables, como es el caso de una niña de 6 años, que debido a diversas enfermedades ha presentado

atraso en su desarrollo físico y cognitivo, pues a los cinco años aprendió a caminar, y a los seis años aun no realiza actividades tales como armar rompecabezas, seguir la secuencia de un cuento, hacer inferencia, predicción, entre otros.

Por otra parte, la hospitalización y los tratamientos de su enfermedad generan transformaciones en el niño a nivel físico, es así como su esquema corporal cambia considerablemente⁹: con respecto a la imagen al presentar los siguientes cambios: aumento del vello corporal, baja estatura, edema corporal, malformaciones óseas y cicatrices por intervenciones quirúrgicas; ésto hace que su imagen sea o no de su agrado, que se sienta mal consigo mismo y por ende con su grupo social afectando las relaciones interpersonales e intra-personales, además, se ha podido observar cómo algunos niños consideran que los cuerpos extraños insertados en su físico hacen parte de la figura del cuerpo humano, es el caso de una de las niñas hospitalizadas quien tiene una válvula en su cabeza y asume que todas las personas también la tienen.

Y con respecto al concepto corporal, que según Arenas (1999, p. 64), *“constituye el conocimiento intelectual que una persona tiene de su propio cuerpo... También se incluye el conocimiento que el niño tiene de las funciones que realizan las diferentes partes del cuerpo”*, se pudo evidenciar que algunos niños no nombran, localizan, identifican, diferencian y asignan funcionamiento a algunas partes de su cuerpo a nivel interno y externo; lo anterior se observó al preguntar con respecto a dichas partes, encontrando respuestas como: *“No se”, “No me pregunte eso que yo no se”, “¿Por dentro? (...) yo no se que tengo...serán como se llaman, las tripas”, “El ombligo sirve para tener hijos”, “Los tobillos sirven para jugar fútbol”*.¹⁰

⁹ El concepto corporal y sus dos componentes Imagen y Concepto, se abordarán más ampliamente en el marco teórico.

¹⁰ Respuestas de entrevista.

Con relación al conocimiento que los niños tienen acerca de su enfermedad, se encontró que la mayoría de éstos no tiene claridad con respecto al significado de ésta, por lo tanto no comprenden sus causas, consecuencias, tratamientos y cuidados que deben tener, pues la información es obtenida principalmente por lo que escuchan de los médicos y las enfermeras, quienes al hablarles de la enfermedad no profundizan o no son lo suficientemente claros para que ellos entiendan, mientras los padres con frecuencia la minimizan restándole importancia o evaden hablarles de ella para no preocuparlos o porque no entienden la problemática y no saben cómo explicarla.

Además de lo anterior, la hospitalización genera en el niño cambios en el aspecto emocional y personal debido a que se interrumpen las actividades que habitualmente realiza, como son estudiar, jugar, compartir con los amigos y relacionarse con la familia; además hace que el niño se retraiga, sea tímido, se eleven sus niveles de estrés, pues ingresa a un espacio desconocido, con personas que no le son familiares (médicos, enfermeras y todo el personal del hospital), quienes llegan frecuentemente a interrumpir sus actividades para darle una pastilla, aplicarle una inyección, tomarle la presión, entre otras, además lo hacen sin ninguna explicación, como si él tuviera conocimiento del porqué está allí; generando angustia, miedo, inconformidad; así lo plantea Sierra (s.f.) al retomar los aportes de Campo, Molinello y Escallón (1997) *“la vulnerabilidad del niño aumenta al presentarse un trastorno de adaptación caracterizado por síntomas ansiosos y depresivos como respuesta al dolor, al medio ambiente institucional, a los procedimientos médicos y quirúrgicos y a la separación del núcleo familiar”*.

Estas alteraciones afectan su calidad de vida y recuperación haciendo que ésta sea más prolongada, al mismo tiempo su comportamiento y actitud varía, evidenciado durante las actividades coordinadas por las maestras en formación de la Universidad de Antioquia, pues aunque todos participan, lo hacen de manera

distinta, dependiendo de su estado anímico, de la aceptación personal, de la autoconfianza, de la forma como se auto-perciben, de interactuar con el otro, consigo mismo y con los objetos, entre otros; además se observa que con dichas actividades, los niños salen de la rutina y reposo que genera el hospital, pues ellos mismos argumentan: *“Es aburrido estar hospitalizado porque nos alejan de los hermanos y no nos dejan jugar ni salir”*¹¹.

De acuerdo a lo dicho anteriormente, se concluye que el desarrollo de los niños se da a través de sus diferentes dimensiones, por lo tanto si una de ellas está afectada, las otras también lo estarán, ya que éstas se interrelacionan. Por ello se considera que el tema investigativo será la estimulación lúdica y pedagógica como medio para reestructurar el esquema corporal del niño hospitalizado, teniendo en cuenta la Pedagogía Hospitalaria, ya que ésta propende por su desarrollo integral, involucrando en el proceso a todos los agentes que intervienen directamente con el niño, especialmente al Pedagogo Hospitalario por ser éste quien continúa con su proceso educativo y formativo.

¹¹ Testimonio de una niña mediante charla informal.

3. ANTECEDENTES

Para abordar el presente proyecto, es necesario rastrear algunas investigaciones que sobre el tema se ha escrito, las cuales servirán como soporte teórico y permitirán conocer los proyectos que se han llevado a cabo sobre la estimulación lúdica y pedagógica en el ámbito hospitalario, con el fin de identificar la existencia de dicho concepto y su evolución.

Ahora bien, durante la búsqueda no fue posible encontrar trabajos realizados con el enfoque de la estimulación lúdica y pedagógica, ni investigaciones que trabajen la reestructuración del esquema corporal partiendo de dicho enfoque, pero sí se encontraron temas relacionados con la Pedagogía Hospitalaria teniendo en cuenta la estimulación como tema central. Por lo tanto algunos de estos trabajos serán mencionados a continuación, ya que son pertinentes para éste proyecto, debido a que abordan términos que pueden enriquecerlo.

3.1. EN EL ÁMBITO LOCAL

En los hospitales que atiende población infantil de la ciudad de Medellín, algunos tienen programas dirigidos a la recreación de los niños /as, que apuntan a que el paciente pediátrico pueda ocupar su tiempo de ocio en actividades lúdicas. Algunos de estos hospitales son: Hospital General de Medellín, La Clínica Noel, Hospital Pablo Tobón Uribe. No se tiene conocimiento de investigaciones pedagógicas hospitalarias realizadas allí.

En el Hospital Universitario San Vicente de Paúl de la ciudad de Medellín, a partir del año 2000, la Facultad de Educación de la Universidad de Antioquia se vincula

al programa de atención educativa al niño hospitalizado, donde se hace énfasis no sólo en lo lúdico sino también en lo pedagógico. Algunas de las investigaciones que se han llevado a cabo en dicho hospital son:

- *“Los niños hospitalizados ante las relaciones con el personal de salud”* Astrid Elena Mazo (2006). En esta investigación se afirma que el personal hospitalario procura un reestablecimiento de la salud de los niños, pero el concepto que tienen de la salud está supeditado al organismo, olvidando que éste es un completo bienestar, físico, mental, social y emocional, perdiendo de vista al niño como un ser integral.
- Otro de los trabajos rastreados, se titula *“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”* Montoya y Sánchez (2006); quienes dicen que la pedagogía hospitalaria posibilita la continuación del proceso formativo en los niños/as hospitalizados a través del juego y las habilidades creativas. Pues le permite a éstos asimilar esta nueva experiencia como una posibilidad para consolidar su autoconcepto, autoeficacia y autoestima, estos a su vez permiten establecer procesos sociales, cognitivos y afectivos, favorables para su desarrollo.
- Baena, Giraldo Taborda y Giraldo Álvarez (2004) *“Estrategias de acompañamiento pedagógico para el niño y la niña hospitalizados que regulan las reacciones de miedo, ansiedad y agresividad”*, plantean que uno de los grandes aportes en la humanización del proceso de hospitalización y enfermedad del niño y los beneficios para reducir el tiempo de recuperación es el del acompañamiento pedagógico, permeado por la pedagogía hospitalaria, la cual brinda secuencia al proceso escolar y disminuye el síndrome hospitalario. Así mismo afirman que las estrategias pedagógicas

utilizadas, parecen no tener una exclusividad en la regulación de reacciones del niño, éstas depende más bien de aspectos como la edad, las condiciones de salud, la escolaridad y el contexto de este. Todas ellas reúnen dispositivos formativos y lúdicos que posibilitan un aprendizaje atrayente, significativo, simbólico y ayudan a regular las reacciones de ansiedad, miedo y agresividad que presentan los niños/as al pasar por estas situaciones.

- Otro de los trabajos seleccionados fue el de Álvarez Cuadros (2002), *“Acompañamiento lúdico-pedagógico al aula hospitalaria en el pabellón infantil del Hospital Universitario San Vicente de Paúl”*, establecen que las actividades lúdico - pedagógicas contribuyen a reducir el periodo de hospitalización del niño, ya que el sistema inmunológico y defensivo es estimulado por ellas, mejorando el estado físico, mental y anímico. Además la presencia de maestros dentro del hospital crea un ambiente agradable contrarrestando así la monotonía de la hospitalización, permitiendo una mayor adaptación a su nueva condición.
- Por último, la investigación realizada por Ibarbo, Quiceno y Cárdenas (2001), *“Modelo de acompañamiento lúdico pedagógico para el niño hospitalizado”*, quienes plantean que: el aula es una alternativa de vida hospitalaria para los niños, niñas y acompañantes, como un espacio agradable y alegre que busca aliviar el alma, favorecer la socialización, expresar sus emociones y ser escuchados; además a través del juego y el aprendizaje pueden mostrar lo que son como seres sociales a pesar de estar en un medio extraño como es el hospital.

Como no se evidencia el tema de estimulación lúdica y pedagógica, es preciso entonces abordar este término, observando su influencia en el contexto

hospitalario, específicamente en el proceso de adaptación del niño hospitalizado en la sala de nefrología del Hospital Infantil San Vicente de Paúl.

3.2 EN EL ÁMBITO NACIONAL

En algunos hospitales del país se llevan a cabo programas de lectura, pintura, juegos y demás actividades lúdicas y recreativas. Uno de ellos es el programa de “Palabras que acompañan” de la marca Dolex y el laboratorio GlaxoSmithKline, 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, a través de la Terapia de la Risa, en la salud emocional del niño hospitalizado, expuesto al desequilibrio que conlleva dicha hospitalización.

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

3.3 EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL

Algunas de las investigaciones que se han realizado a nivel Internacional son:

- *“Los niños en los hospitales de Castilla y León: disposición y organización de espacios, tiempos y juegos en la hospitalización infantil”, de Ana María Ullán, (2004, Madrid). Dichos investigadores evalúan la calidad de las unidades pediátricas hospitalarias públicas de Castilla y León, para establecer las posibilidades que ofrecen a los niños hospitalizados de*

desarrollar actividades de juego y creatividad; teniendo en cuenta que dichas actividades constituyen un elemento importante de la calidad de vida de los niños/as enfermos y hospitalizados, al mismo tiempo que suponen un recurso muy significativo para la humanización de los Servicios Sanitarios

- Otro de los trabajos referenciados es de Serradas (2002). “*La acción educativa como alternativa en la reducción de la ansiedad en el niño hospitalizado*”. Investigación realizada 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. 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. Se observó ampliamente la intranquilidad y nerviosismo de los padres ante la enfermedad de su hijo, lo que conlleva a la necesidad de prestar algún tipo de orientación familiar dentro de la institución hospitalaria con el fin de proporcionar a los padres una información clara y concisa sobre la enfermedad de sus hijos, lo que conduce a un mejor control sobre la situación y una mayor cooperación con el personal médico y sanitario. Análisis posteriores de los resultados de la investigación, con el propósito de indagar si la ansiedad expresada por los niños está relacionada con la de sus padres, puso de manifiesto que no existe ninguna relación que haga afirmar esta dependencia, lo que conlleva a rechazar la idea del contagio emocional.

Dado lo anterior, se considera pertinente realizar esta investigación, debido a que se abordará una problemática que hasta el momento no se ha pensado, considerándose por esto novedosa.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para abordar el planteamiento del problema se hará un análisis de los aspectos más relevantes del diagnóstico observados en las primeras visitas a la sala de Nefrología del Hospital Infantil San Vicente de Paúl de la ciudad de Medellín, que dan cuenta de aspectos que hacen necesario un proceso de reestructuración del esquema corporal en los niños hospitalizados

Según los datos obtenidos, la escolaridad de las madres alcanza principalmente la educación básica, lo que relacionado con el nivel socioeconómico que oscila entre el estrato 1 y 2, influye en el comportamiento y el tipo de relación que establecen con sus hijos, pues algunas demuestran afecto e interés en el proceso de recuperación, favoreciendo la reestructuración del esquema corporal del niño hospitalizado, pues los que experimentan manifestaciones de cariño demuestran mayor seguridad y confianza al interactuar con las demás personas, fortaleciendo también su imagen corporal, al mismo tiempo que la dimensión socio-afectiva, en tanto logra fortalecer aspectos importantes como la autoimagen, el autoconcepto, la autoestima y la autoeficacia, creando una manera propia de vivir, sentir, expresarse y relacionarse con los otros, consigo mismo y con los objetos; caso contrario cuando éstas manifiestan pocas expresiones de afecto, así como un mínimo acompañamiento, lo que produce en el niño inseguridad, aumento en los niveles de estrés, angustia, temor, entre otros.

Ahora bien, es pertinente anotar que el paciente pediátrico también se angustia por los procedimientos médicos, por las rutinas y horarios a los que no está acostumbrado; además durante las observaciones se evidenció que el personal médico no les comunica sobre los tratamientos a seguir (aplicar inyecciones, toma de medicamentos, sangrado, aplicación de catéter, entre otros), a pesar de que uno de los derechos del niño hospitalizado es: *“Derecho a recibir información*

permanente, adecuada a su edad e inteligencia, con respecto a sus condiciones de salud, exámenes, procedimientos, tratamiento y pronóstico de su enfermedad” (Durán Strauch, 2004, p. 19); así, la falta de información genera angustia y malestar no sólo en los niños sino también en sus familias.

Como se mencionó anteriormente, los niños tienen como acompañantes a las maestras en formación de la Universidad de Antioquia, quienes asisten tres veces a la semana y realizan actividades lúdico pedagógicas dentro de la sala; y el personal de enfermería, que establece varias formas de interacción con ellos: algunos se interesan por aquellos que permanecen solos en el hospital cuando requieren atención especial, brindándoles ayuda pertinente, otros por el contrario, se limitan a cumplir con su labor (aplicar inyecciones, dar las pastillas en la hora exacta, tomar la presión, tomar muestras de orina, entre otras); además, los niños se acompañan entre sí, aunque se observa poco contacto entre ellos, pues la mayoría presenta cercanía sólo con el compañero con quien comparte el cuarto, por lo general la relación entre todos se da en las sesiones dirigidas por las maestras en formación, ya que mediante las actividades se abre paso al compartir y socializar con todos los presentes.

En cuanto a la escolaridad de los pacientes que se encuentran en la sala de nefrología se puede decir que algunos no han ingresado a la escuela y otros cursan grados entre preescolar y quinto de primaria, presentando situaciones académicas irregulares como atrasos en los temas, pérdida del año escolar y abandono definitivo de la escuela, todo esto debido a su estado de salud, a los largos periodos de hospitalización y al desinterés por parte de los docentes de las instituciones, lo que impide la continuidad de sus estudios y afecta el desarrollo cognitivo. Por lo tanto, la hospitalización y los tratamientos, hacen que se interrumpan las actividades que habitualmente el niño realiza, como son estudiar, jugar, compartir con los amigos y hasta relacionarse con su familia, pues no son frecuentes las visitas de familiares; además hace que el niño se retraiga, sea

tímido con quienes le rodean y que se eleven sus niveles de estrés, pues ingresa a un espacio desconocido, con personas que no le son familiares (médicos, enfermeras y todo el personal del hospital), generando angustia, miedo, inconformidad.

Por otra parte, los niños con enfermedades renales, debido a los tratamientos médicos manifiestan cambios en su estructura física, afectando la imagen corporal, pues el presentar aumento del vello corporal, baja estatura, edema corporal, malformaciones óseas y cicatrices por intervenciones quirúrgicas, genera inconformidad con su imagen corporal e influye en sus relaciones interpersonales e intra-personales. Estas alteraciones afectan su calidad de vida y recuperación haciendo que ésta sea más prolongada, al mismo tiempo que su comportamiento y actitud cambia, esto se evidenció durante las actividades coordinadas por las maestras en formación de la Universidad de Antioquia; pues aunque todos participan, la forma de interactuar en la sesión variaba.

En este sentido es importante anotar que aunque el niño está pasando por una situación estresante, no hay que olvidar que continúa con su proceso de desarrollo, basado en siete dimensiones: socio-afectiva, corporal, cognitiva, comunicativa, ética, estética y espiritual, las cuales están interrelacionadas entre sí, por lo tanto se debe seguir con su proceso formativo e informativo, en pro de su desarrollo integral, reconociendo la importancia de la experimentación, la reflexión y la interacción social y con su entorno en dicho proceso, de tal manera que pueda reestructurar su esquema corporal, comprender y aceptar su realidad y vivir con ella.

Si se tiene en cuenta que en todo lugar se aprende, el hospital se convierte en un espacio para potenciar la capacidad socio-afectiva del individuo, desarrollando así potencialidades indispensables para la formación integral. El ser humano, como ser social, se construye y complementa gracias a un otro que le sirve de apoyo, lo

cual permite que en momentos de angustia, el sujeto se exprese y fortalezca con el fin de superar la crisis y continuar su proceso como ser humano, en este caso, cuando el niño posee la oportunidad de contar con su familia y con otros agentes (docentes, personal hospitalario, maestras en formación, niños hospitalizados) que lo acompañan durante la hospitalización y después de ésta, se genera un ambiente de confianza y apoyo, a través del cual el niño puede comunicar o expresar lo que siente, piensa y desea, beneficiando así el proceso de reestructuración del esquema corporal.

Es cierto que la hospitalización es estresante para el niño, sin embargo no se pueden dejar de lado las consecuencias que esto trae para la familia, pues ésta también se ve afectada, ya que su estabilidad emocional recae, presentan mayor ansiedad, tristeza y preocupación; además se deben modificar, de alguna manera los roles familiares, sobre todo en aquellos pacientes que vienen de otros municipios o departamentos del país, lo que implica que la madre debe alejarse cierto tiempo del cuidado de los otros hijos y las responsabilidades del hogar. Las que viven en la ciudad de Medellín, que llegan al hospital todos los días en la mañana, afirman que el tiempo que permanecen en los hogares no es suficiente para cumplir con sus obligaciones, generando así mayor angustia, de un lado, por la necesidad de permanecer en el hospital junto a su hijo, y de otro por el deseo de estar en casa cumpliendo con sus otros deberes.

De acuerdo a lo dicho anteriormente, es posible concluir que el desarrollo de los niños hospitalizados es afectado en sus diferentes dimensiones, ya que éstas están interrelacionadas, por lo tanto si una de ellas está afectada, las otras también lo estarán. Por ello se considera que el tema investigativo será la estimulación lúdica y pedagógica, como eje central, el cual permitirá la reestructuración del esquema corporal del niño hospitalizado, pues durante la fase de diagnóstico, se evidenció que el niño debido a los cambios físicos generados por su enfermedad, por la desescolarización, el no acompañamiento de los

padres, personal médico y de enfermería y los largos periodos de hospitalización, se le dificulta estructurar en forma adecuada el concepto y la imagen corporal. De ahí que el propósito es abordar la siguiente pregunta: ¿Cuál es el impacto de un programa de estimulación lúdico y pedagógico, basado en la Pedagogía Hospitalaria, en el proceso de reestructuración del esquema corporal del niño hospitalizado entre los 5 y 13 años de edad, diseñado, ejecutado y evaluado por las maestras en formación de la Universidad de Antioquia, en la sala de Nefrología del Hospital Infantil San Vicente de Paúl de la ciudad de Medellín?

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el impacto de un programa de estimulación lúdico y pedagógico, basado en la Pedagogía Hospitalaria, en el proceso de reestructuración del esquema corporal del niño hospitalizado entre los 5 y 13 años de edad de la sala de Nefrología del Hospital Infantil San Vicente de Paúl de la ciudad de Medellín.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

5.2.1 Diseñar un programa de estimulación lúdico y pedagógico, basado en la Pedagogía Hospitalaria, para contribuir a la reestructuración del concepto corporal del niño hospitalizado.

5.2.2 Diseñar un programa de estimulación lúdico y pedagógico, basado en la Pedagogía Hospitalaria, para contribuir a la reestructuración de la imagen corporal del niño hospitalizado.

5.2.3 Aplicar un programa de estimulación lúdico y pedagógico, basado en la Pedagogía Hospitalaria a los niños hospitalizados para contribuir a la reestructuración del concepto corporal.

5.2.4 Aplicar un programa de estimulación lúdico y pedagógico, basado en la Pedagogía Hospitalaria a los niños hospitalizados para contribuir a la reestructuración de la imagen corporal.

5.2.5 Evaluar cualitativamente el programa de estimulación lúdico y pedagógico, basado en la Pedagogía Hospitalaria, estableciendo su influencia en la reestructuración del esquema corporal del niño hospitalizado.

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1. PARADIGMA

De acuerdo al planteamiento del problema y los objetivos propuestos, es pertinente abordar, para el presente proyecto investigativo, algunos parámetros del paradigma cualitativo, propuesto por Cursio (2002).

- *“Fenómenos sociales, culturales, ambientales para obtener patrones humanos, comportamientos y relaciones de interacción”*: El Hospital Infantil San Vicente de Paúl, escenario donde se realiza la práctica pedagógica obedece a un espacio donde es posible evidenciar fenómenos sociales y culturales, así como interacciones entre la diversa población que allí asiste. Dichas interacciones se pueden dar entre el personal hospitalario y los padres; el personal hospitalario y los niños; los padres y los niños; los padres entre sí; el personal hospitalario entre sí y los niños entre sí.
- *“La realidad existe pero se comprende parcialmente”*: En el contexto hospitalario se presentan situaciones y experiencias de una cotidianidad real, sin embargo dicha realidad se comprende parcialmente, pues no es absoluta, ya que ésta es interpretada por cada sujeto de diferente manera; en este caso las investigadoras como todo ser humano, observan un contexto de manera subjetiva, pues su mirada está influenciada por un saber específico que apunta a sus intereses profesionales y personales, pretendiendo descubrir procesos y significados de la experiencia humana o fenómenos que ocurren durante el tiempo investigativo.

- “*Descripción, documentación, análisis de patrones, creencias, experiencias en contextos particulares*”: En este proyecto se describen las experiencias vividas durante las sesiones en las que se interviene pedagógicamente en el contexto hospitalario, con el fin de obtener datos pertinentes para luego ser confrontados con la documentación consultada.
- “*Incluye más de lo que excluye, comprensiva*”: Porque se tiene en cuenta todo lo observado durante las sesiones, así como las expresiones verbales de todos los agentes, para comprender las situaciones del contexto. En conclusión, se pretende obtener la mayor información posible de lo que ocurre en el ámbito hospitalario.
- “*Descubre procesos y significados de la experiencia humana o fenómenos*”: Dado el tiempo de la investigación, es posible evidenciar durante ésta aspectos que den cuenta de procesos y significados de las experiencias de cada agente participante.
- “*Desarrollo de significados y comprensión de lo que se ve, con formas de observación y participación*”: Es pertinente la comprensión de significados y experiencias dentro del contexto hospitalario, a partir de la observación y participación de las maestras en formación, para implementar la del proceso de adaptación del niño hospitalizado, y ello se logra inicialmente , con la observación participante
- “*En directa y continua interacción, participación de la gente*”: Durante el proyecto se trabajará conjuntamente con los agentes involucrados en dicho proceso, por lo tanto es necesaria una relación bidireccional que permita la participación de todos.

- “*Dialógica, interpretativa y cambiante*”: La práctica pedagógica en el Hospital Infantil, brinda la posibilidad de interpretar la realidad a través del diálogo entre la teoría y la práctica, con el fin de realizar una propuesta que genere cambios positivos en los agentes involucrados.
- “*Flexible. Se mueve con la gente, la situación del evento o los contextos*”: El presente proyecto es flexible en tanto que no existe rigidez en la planeación del mismo, pues es claro que el objeto de estudio son seres humanos, complejos e impredecibles que cambian permanentemente la situación en un contexto, por lo que se debe tener en cuenta dichos cambios a la hora de llevarlo a cabo.
- “*El instrumento es el investigador, utiliza instrumentos para estudios de campo*”: A lo largo del proceso el instrumento clave es el investigador, ya que mediante su intervención es posible la recolección de datos pertinentes para la investigación, en el contexto hospitalario; éste a su vez utiliza otros instrumentos como la entrevista, la observación, el diario de campo, entre otros.

6.2 DISEÑO

El diseño metodológico, propuesto para este proyecto investigativo será la investigación pedagógica, la cual alude a una indagación constante, crítica y creativa de los procesos educativos; además, brinda componentes que permiten desarrollar los objetivos propuestos. Para este tipo de diseño se han retomado algunos planteamientos de Flórez (2001) y Ramírez (1998).

- “*Relación entre teoría y práctica*”: para llevar a cabo esta investigación se retoman aportes teóricos que son llevados a la práctica, en este caso al

contexto hospitalario, con el fin de comprobar dicha teoría, refutarla o replantearla; por lo tanto durante este proceso investigativo se presenta una interacción constante entre estos dos componentes.

- *“No existe el método preestablecido”*: es decir, que la investigación pedagógica es flexible, en la medida que le permite al investigador hacer variaciones de acuerdo a las situaciones que se presenten. Es por ello que el proceso llevado a cabo en esta investigación cambia de acuerdo a las necesidades de la población
- *Tiene intencionalidad y precisa de sistematicidad*: para la realización de esta investigación se tienen en cuenta propósitos y fines específicos como es la reestructuración del esquema corporal del niño hospitalizado, por tanto tiene una intencionalidad; además es organizada, planeada y sistematizada, lo que permite tener un orden y coherencia en su desarrollo.
- *“Fundamentada en la interpretación de experiencias”*: para el desarrollo de esta investigación se tienen en cuenta las experiencias de los niños hospitalizados y la manera como expresan su realidad; a partir de estas manifestaciones las maestras en formación analizan e interpretan el fenómeno estudiado.
- *“Leer y enriquecer la rutina docente desde otras perspectivas”*: desde este punto de vista el acto educativo se puede dar desde cualquier contexto en el cual el ser humano vive y establece relaciones con el otro; por tanto el programa de estimulación lúdico y pedagógico favorece la práctica docente porque se pueden hacer lecturas de otras realidades en espacios diferentes a la institución escolar, como es el caso del Hospital Infantil San Vicente de Paúl, donde los niños que allí convergen pueden continuar con su proceso educativo y formativo.

- “*Respaldada por estrategias y guiada por preguntas claves*”: para realizar esta investigación, las maestras en formación se formularon una pregunta que es la que direcciona todo el proceso y se abordan diferentes estrategias para dar respuesta a ésta.
- “*Práctica docente como ejercicio de investigación cotidiana*”: el docente debe ser un investigador constante para enriquecer, de esta forma, su práctica educativa, por tanto las maestras en formación de la Facultad de Educación de la Universidad de Antioquia, escogieron el Hospital Infantil San Vicente de Paúl como escenario para realizar su práctica y proyecto pedagógico, cualificando así su formación. En dicho proyecto se realizó un diagnóstico, en el cual se problematizó una situación específica que se relacionó con el desarrollo humano del niño hospitalizado.
- “*Contextualizada en una estructura cognitiva y opera en una experiencia práctica*”: las maestras en formación, quienes dirigen este proyecto investigativo, parten de los conocimientos adquiridos para contextualizarlos en el hospital, lugar donde se lleva a cabo la práctica pedagógica.

6.3 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Acorde al paradigma y al diseño de investigación se precisaron como técnicas de recolección de información:

6.3.1 Observación participante: A partir de la pauta de observación se registraron aspectos relevantes durante la realización de la propuesta de intervención pedagógica, planteada por las investigadoras.

6.3.2 Diario de campo: sirvió como base para el registro de los datos más significativos con relación a la pregunta de investigación.

6.3.3 Entrevista a profundidad: Se aplicó a la población que hacía parte de la muestra, con el fin de obtener información que diera cuenta de aspectos claves para la elaboración del proyecto. Las entrevistas fueron abiertas, lo que permitió el diálogo informal, la escucha y la observación atenta.

6.4 POBLACIÓN PARTICIPANTE

132 Niños y niñas entre los 5 y 13 años de edad, con enfermedades renales, hospitalizados en la Sala de Nefrología del Hospital Infantil San Vicente de Paúl de la ciudad de Medellín.

7. MARCO LEGAL

En el siguiente apartado se presentarán algunos artículos de La Constitución Política de Colombia, el Código de Infancia y Adolescencia, la Ley General de Educación, y los Derechos del Niños Hospitalizados, los cuales apuntan a establecer la educación como un derecho fundamental de los niños, así mismo propenden por el desarrollo integral de éstos, independiente de la situación en la que se encuentren, caso particular de la población hospitalizada.

7.1 CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA (1991)

Artículo 44: “Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separado de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia.

La familia, la sociedad y el Estado tienen la obligación de asistir y proteger al niño para garantizar su desarrollo armónico e integral y el ejercicio pleno de sus derechos. Cualquier persona puede exigir de la autoridad competente su cumplimiento y la sanción de los infractores.

Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás”.

Artículo 49: “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”.

Artículo 67: “La educación es un derecho de la persona y un servicio público que tiene una función social; con ella se busca el acceso al conocimiento, a la ciencia, a la técnica, y a los demás bienes y valores de la cultura.

El estado, la sociedad y la familia son responsables de la educación, que será obligatoria entre los 5 y los 15 años de edad.”

Artículo 70: “El Estado tiene el deber de promover y fomentar el acceso a la cultura de todos los colombianos en igualdad de oportunidades, por medio de la educación permanente y la enseñanza científica, técnica, artística y profesional en todas las etapas del proceso de creación de la identidad nacional”.

De acuerdo con lo anterior, queda claro que es un derecho esencial del niño el que se promueva su desarrollo integral a través de la educación, siendo éste un asunto que debe ser liderado por las diferentes entidades y en ellas los individuos, so pena de sanción sino se cumple éste. Se señala como elemento básico el que se debe garantizar la promoción, prevención y recuperación de la salud, por el tema que se trabaja en este proyecto de investigación.

7.2 CÓDIGO DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA, Ley 1098 de 2006

Artículo 7: “PROTECCIÓN INTEGRAL. Se entiende por protección integral de los niños, niñas y adolescentes el reconocimiento como sujetos de derechos, la garantía y cumplimiento de los mismos, la prevención de su amenaza o vulneración y la seguridad de su restablecimiento inmediato en desarrollo del principio del interés superior”.

Artículo 8: “INTERÉS SUPERIOR DE LOS NIÑOS, LAS NIÑAS Y LOS ADOLESCENTES. 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”.

Artículo 10 “CORRESPONSABILIDAD. 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”.

Artículo 17: “DERECHO A LA VIDA Y A LA CALIDAD DE VIDA Y A UN AMBIENTE SANO. Los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho a la vida, a una buena calidad de vida y a un ambiente sano en condiciones de dignidad y goce de todos sus derechos en forma prevalente. La calidad de vida es esencial para su desarrollo integral acorde con la dignidad de ser humano. Este derecho supone la generación de condiciones que les aseguren desde la concepción cuidado, protección, alimentación nutritiva y equilibrada, acceso a los servicios de salud, educación, vestuario adecuado, recreación y vivienda segura dotada de servicios públicos esenciales en un ambiente sano”.

Artículo 27: “DERECHO A LA SALUD. 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”.

Artículo 28: “DERECHO A LA EDUCACIÓN. Los niños, las niñas y los adolescentes tienen derecho a una educación de calidad. Esta será obligatoria por parte del Estado en un año de preescolar y nueve de educación básica”.

Artículo 29: “DERECHO AL DESARROLLO INTEGRAL EN LA PRIMERA INFANCIA. 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”.

Artículo 36: “DERECHOS DE LOS NIÑOS, LAS NIÑAS Y LOS ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD. 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.

Además de los derechos consagrados en la Constitución Política y en los tratados y convenios internacionales, los niños, las niñas y los adolescentes con discapacidad tienen derecho a gozar de una calidad de vida plena, y a que se les proporcionen las condiciones necesarias por parte del Estado para que puedan valerse por sí mismos e integrarse a la sociedad. Así mismo:

1. Al respeto por la diferencia y a disfrutar de una vida digna en condiciones de igualdad con las demás personas, que les permitan desarrollar al máximo sus potencialidades y su participación activa en la comunidad.
2. Todo niño, niña o adolescente que presente anomalías congénitas o algún tipo de discapacidad, tendrá derecho a recibir atención, diagnóstico, tratamiento

especializado, rehabilitación y cuidados especiales en salud, educación, orientación y apoyo a los miembros de la familia o a las personas responsables de su cuidado y atención. Igualmente tendrán derecho a la educación gratuita en las entidades especializadas para el efecto”.

Artículo 41: “OBLIGACIONES DEL ESTADO. El Estado es el contexto institucional en el desarrollo integral de los niños, las niñas y los adolescentes. En cumplimiento de sus funciones en los niveles nacional, departamental, distrital y municipal deberá:

- Asegurar los medios y condiciones que les garanticen la permanencia en el sistema educativo y el cumplimiento de su ciclo completo de formación.
- Garantizar un ambiente escolar respetuoso de la dignidad y los derechos humanos de los niños, las niñas y los adolescentes y desarrollar programas de formación de maestros para la promoción del buen trato.
- Erradicar del sistema educativo las prácticas pedagógicas discriminatorias o excluyentes y las sanciones que conlleven maltrato, o menoscabo de la dignidad o integridad física, psicológica o moral de los niños, las niñas y los adolescentes.
- Atender las necesidades educativas específicas de los niños, las niñas y los adolescentes con discapacidad, con capacidades excepcionales y en situaciones de emergencia.
- Diseñar y aplicar estrategias para la prevención y el control de la deserción escolar y para evitar la expulsión de los niños, las niñas y los adolescentes del sistema educativo.

- Prestar especial atención a los niños, las niñas y los adolescentes que se encuentren en situación de riesgo, vulneración o emergencia”.

Artículo 42: “OBLIGACIONES ESPECIALES DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS. Para cumplir con su misión las instituciones educativas tendrán entre otras las siguientes obligaciones:

- Facilitar el acceso de los niños, niñas y adolescentes al sistema educativo y garantizar su permanencia.
- Organizar programas de nivelación de los niños y niñas que presenten dificultades de aprendizaje o estén retrasados en el ciclo escolar y establecer programas de orientación psicopedagógica y psicológica”.

Al respecto, conviene decir que cuando se reconoce al niño como sujeto social de derecho, se requiere que todas las personas que lo rodean mancomunadamente, orienten sus esfuerzos al cuidado y protección de éste, de tal forma que su vida sea digna en la medida en que se armoniza su corporeidad, la psiquis y su dimensión espiritual.

Finalmente, algunos niños hospitalizados se pueden considerar como un ser con discapacidad, dado que su enfermedad puede ocasionar limitaciones para asumir su cotidianidad, en estos casos se les ha de brindar condiciones de igualdad para desarrollar al máximo sus potencialidades; cumpliéndose así su derecho a ser atendido como un ser íntegro.

7.3 LEY GENERAL DE EDUCACIÓN, LEY 115 de 1994

Artículo 46: “Integración con el servicio educativo. La educación para 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”.

Artículo 48: “Aulas especializadas: Los Gobiernos Nacional, y de las entidades territoriales incorporarán en sus planes de desarrollo, programas de apoyo pedagógico que permitan cubrir la atención educativa a las personas con limitaciones. El Gobierno Nacional dará ayuda especial a las entidades territoriales para establecer aulas de apoyo especializadas en los establecimientos educativos estatales de su jurisdicción que sean necesarios para el adecuado cubrimiento, con el fin de atender, en forma integral, a las personas con limitaciones”.

Dado que el niño hospitalizado presenta limitaciones de diferente índole, el Hospital Infantil San Vicente de Paúl y la Universidad de Antioquia, se han asociado para tratar de subsanar algunas de ellas, a través del diseño de los trabajos de grado de las estudiantes pertenecientes a la facultad de educación; dichos trabajos de grado son operativizados a través de los proyectos de intervención pedagógica, los cuales buscan apoyar la formación integral del niño hospitalizado.

7.4 DERECHOS DEL NIÑO HOSPITALIZADO¹²

- 1- “Ser hospitalizado durante el menor tiempo posible.
- 2- Ser atendido, tanto en urgencias como en hospitalización y cirugía en espacios separados de los adultos.

¹² Estos derechos fueron retomados de la Sociedad colombiana de pediatría. (Durán Strauch , 2004)

- 3- Ser hospitalizados con personas de su misma edad.
- 4- Estar acompañados por sus padres o cuidadores todo el tiempo.
- 5- Tener oportunidad de juego, recreación y educación de acuerdo con su edad y condiciones de salud.
- 6- Ser cuidado por personal capacitado, cuyo entrenamiento y habilidades les permita responder a las necesidades físicas y emocionales de los niños.
- 7- Recibir atención personalizada, trato digno, amable, comprensivo y respetuoso.
- 8- Que sus padres y ellos mismos reciban información permanente acorde con su edad y entendimiento, con respecto a las condiciones de salud, exámenes, procedimientos y tratamientos.
- 9- Recibir información y preparación previa acordes con su nivel de comprensión a todo procedimiento, sea diagnóstico o curativo.
- 10- Que sean tomadas todas las precauciones para mitigar el estrés y el dolor físico y emocional.
- 11- Ser informado, verbalmente y por escrito, desde el momento de su ingreso, de sus derechos y deberes durante la hospitalización.
- 12- Que sus opiniones sean escuchadas y tenidas en cuenta durante toda la hospitalización.
- 13- Cuando estén en situación crítica tienen derecho a estar separados de la contemplación de otros niños y, de ser posible, en compañía de su familia.
- 14- A que a sus padres y a ellos mismos se le solicite permiso para la realización de procedimientos de investigación, exámenes educativos o informativos y no terapéuticos. Así como a negarse a la realización de dichos procedimientos”.

En consecuencia, el Hospital Infantil San Vicente de Paúl en atención a estos derechos ha dispuesto del aula hospitalaria para que en asocio con la Universidad de Antioquia, se adelanten procesos que favorezcan el desarrollo integral del niño hospitalizado; además de propiciar espacios para que los niños compartan entre

ellos, apoyando sus procesos de socialización, a través de las acciones pedagógicas que en ellas se adelantan y que son lideradas por las maestras en formación del Programa de Licenciatura en Pedagogía Infantil.

8. MARCO TEÓRICO

8.1 NIÑO

8.1.1 El niño a través de la historia¹³

El niño siempre ha existido a lo largo de la historia, por lo que sería absurdo decir que existe el hombre pero no el niño, pues como bien se sabe, la primera etapa de todo ser humano es la niñez; sin embargo esto no quiere decir que el concepto de niño haya sido relacionado desde sus inicios con la etapa primaria del individuo, pues en las diferentes culturas y sociedades, este concepto ha estado basado en el ideal de hombre que se quiere formar, en la demanda de la sociedad y en el deseo de la familia, especialmente el de la madre; por lo tanto, dicho concepto ha sido una construcción social que ha evolucionado hasta nuestro tiempo y lo seguirá haciendo por el resto de la existencia, debido a que esta etapa no sólo es fundamental para el desarrollo de la persona, sino también de la sociedad, además, el ser humano es una construcción permanente.

A continuación se hará un breve recuento histórico del concepto de niño, con el fin de evidenciar las diferentes concepciones que se han tenido de éste y cómo influyen en el lugar que ocupa en cada sociedad.

❖ **Edad antigua:** En la edad antigua se tenía predilección por el sexo masculino, pues era visto como la fuerza de la sociedad y la perpetuidad del nombre familiar. Es así, que desde su nacimiento hasta los siete años el niño crecía y se desarrollaba en el seno familiar, a partir de esta edad el Estado se hacía cargo de su educación, teniendo en cuenta que el único objetivo era formar

¹³ La información acerca del niño a través de la historia, fue recogida de José Paja Burgoa (1998).

a sus ciudadanos con espíritu militar; por lo tanto éstos eran separados de su hogar para ser llevados a internados con el propósito de formar hombres para la guerra, desarrollando mediante la educación, la virilidad y el espíritu combativo del menor a base de golpes, por lo que la formación era sobre todo física, mientras que la enseñanza intelectual estaba relegada prácticamente al olvido. Las niñas por su parte, tenían que entrenar sus cuerpos para poder engendrar hijos fuertes, además los sentimientos amorosos, la delicadeza y ternura, propias del sexo femenino, se ignoraban, permitiendo así que las uniones matrimoniales obedecieran únicamente al mejoramiento de la raza.

Por otra parte, el abandono era una práctica común que se llevaba a cabo, tanto en familias ricas como pobres, por diferentes circunstancias, principalmente cuando los niños nacían deformes o monstruosos, en este caso, los padres tenían el derecho de abandonarlos, muriendo de hambre y frío o eran recogidos por alguien que los criaba para comerciar con ellos, convirtiendo a las niñas en prostitutas y empleando a los niños para la mendicidad, otra de las causas de abandono era cuando los padres no tenían los recursos económicos suficientes para hacerse cargo de ellos. Así como se practicaba el abandono infantil, también se realizaban otras prácticas como el infanticidio y el aborto, llevadas a cabo de manera más sutil o secreta.

❖ **Edad media:** En esta época, algunos padres empezaron a confiar la educación de sus hijos a determinados monasterios, los cuales seguían como sistema pedagógico la memorización de la Biblia. Estas prácticas Cristianas cambiaron la concepción de niño como un ser naturalmente inclinado al mal y al pecado, a una nueva idea basada en una revalorización del menor a la luz de las enseñanzas de Cristo, según las cuales éste debía ser admirado e imitado por su sencillez, inocencia y humildad.

Es importante resaltar que en la Edad Media, buena parte de las disposiciones sobre los niños se basaban en el derecho canónico. Curiosamente en muchos aspectos este derecho suponía una prolongación o adaptación del derecho Romano; muestra de ello es, por ejemplo, la determinación cronológica del concepto de niño, que abarca desde su nacimiento hasta la pubertad; es decir, hasta los catorce años para los varones y hasta los doce para las mujeres. Esta definición permitía en la práctica una clara división de la vida de él en dos etapas: la primera se denominaba infancia y comprendía desde su nacimiento hasta los siete años, mientras que la segunda era conocida con el nombre de niñez y finalizaba a los catorce años. Esta diferenciación gozaba de gran importancia en tanto que el comienzo de la niñez implicaba, el posible acceso a los diversos estados legalmente reconocidos (matrimonio, estado clerical y religioso) y a los sacramentos o a determinados derechos. Sin embargo, cuando los niños podían vivir sin el cuidado de sus madres, entraban a formar parte de la sociedad adulta, vestían y trabajaban como adultos, además asistían a la guerra con los adultos.

❖ **Edad moderna:** La vida de los niños, en la Edad Moderna dependía básicamente de la clase social a la que pertenecían. En las clases bajas, los niños a los siete u ocho años se incorporaba al grupo de los adultos, ayudando a sus padres en sus respectivos oficios. Se podría decir que la evolución de la vida del menor estaba caracterizada por un estrecho contacto con el mundo de los adultos; cuando cumplía los diez o doce años, era enviado a otras familias para prestar servicio doméstico o para ser aprendiz de algún artesano que se encargaba de su educación y adiestramiento.

A diferencia de ello, las clases altas tenían prácticas diferentes con los niños, los cuales, al nacer eran entregados a nodrizas que los amamantaban y cuidaban, su única obligación era el respeto a la autoridad paterna y el aprendizaje de la doctrina católica. Al cumplir los siete años de edad recibía una enseñanza rigurosa de las letras y de la religión.

Desde finales de la Edad Media hasta el siglo XVII se fue perdiendo la costumbre de enviar a los hijos con otras familias, para entrar a formar parte de la vida cotidiana de sus padres, quienes empezaron a responsabilizarse de su educación, de su salud, de su futuro, entre otras. Sin embargo ellos continuaban siendo un instrumento destinado a mejorar la posición social de su familia, mediante el matrimonio o la profesión. Sólo a partir del siglo XVIII la familia comienza a reflejar la aceptación de los niños en su realidad, con sus penas y alegrías, preocupándose por la igualdad de todos ellos.

A finales del siglo XVII se presencia lo que Philippe Ariés denomina “el descubrimiento de la infancia”. La familia se vuelve más afectuosa, lo que permitió que se empezara a conceder importancia a la educación del menor, pues el aprendizaje fue desplazado paulatinamente a la escuela, y los niños se fueron separando del mundo de los adultos, recibiendo un trato particularizado.

❖ **Edad contemporánea:** En el transcurso del siglo XIX algunos estados europeos impusieron por ley la escolarización obligatoria, abarcando desde los seis hasta los doce o catorce años. Gracias a esto, muchos niños disfrutaron de una formación elemental.

Más tarde, apareció la revolución industrial incorporando a los niños a la fuerza de trabajo, impidiéndoles así acceder a la educación; debido a ello, algunos gobiernos dictaron leyes que minimizaban las jornadas laborales para los menores y se establecieron edades mínimas para el acceso al trabajo. Otro hecho relevante en esta época, es que las familias comenzaron a reflexionar sobre las causas de muerte en los niños, como consecuencia de ello y con la finalidad de reducir la mortalidad infantil, en 1880 se crea la pediatría y numerosas instituciones especializadas en el tratamiento de las enfermedades infantiles, por lo que a mediados de la década del noventa, muchas de las grandes ciudades de

América disponían al menos de un hospital infantil y en 1912, se establece el *United Status Children`s Bureau*, certificando así que la preservación de la vida del niño era una prioridad.

8.1.2 El niño en la actualidad

❖ **El niño como sujeto de derechos:** Para esta época, los niños empiezan a considerarse socialmente como personas distintas a los adultos, pues era razonable que debido a su vulnerabilidad gozaran de un amparo especial, sin embargo fue sólo hasta el siglo XX que se acordaron medidas internacionales para la protección de los menores. Es así como “*el 20 de noviembre de 1959, la Asamblea General de la ONU adoptó una resolución titulada “Declaración de los Derechos del Niño”, en la que se proclamaban diez principios que ampliaban el contenido de la declaración de Ginebra de 1924*” (Paja, 1998, p. 55), pero aunque la Asamblea General de las Naciones Unidas recomendó a los Estados miembros la introducción de dichos principios en sus legislaciones nacionales, muchos de esos Estados demostraron no estar todavía dispuestos a comprometerse.

Mas adelante, “*en 1979 el gobierno polaco presentó una convención de los derechos del niño (una reproducción de la declaración de los derechos del niño de 1959) con la posibilidad de que se transformara dicha declaración en regla vinculante*” (Paja, 1998, p. 55); la de que los Estados parte tomaran estos derechos como un compromiso dotado de obligatoriedad, sólo se da en 1989 con la convención internacional de los derechos del niño, la cual, a diferencia de otros instrumentos internacionales de derechos humanos, “*combina en un solo cuerpo legal, derechos civiles y políticos con derechos económicos, sociales y culturales, considerándolos como componentes complementarios y necesarios para asegurar la protección integral del niño*” (UNICEF, s.f., p. 13). Se establecen así los siguientes derechos:

1. Disfrutará de todos los derechos enunciados en la declaración.
2. Gozará de una protección especial y dispondrá de oportunidades y servicios que le permitan desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal.
3. Derecho a un nombre y a una nacionalidad.
4. Gozar de los beneficios de la seguridad social.
5. El niño físico o mental o socialmente impedido deberá recibir tratamiento, educación y cuidado especial.
6. Para el desarrollo de su personalidad necesita amor y comprensión, siempre que sea posible. Deberá crecer al amparo y responsabilidad de sus padres y en un ambiente natural. No separar al niño de su madre.
7. Derecho a recibir educación, que será gratuita y obligatoria al menos en las etapas elementales. Debe disfrutar plenamente de juegos y recreaciones.
8. Debe en todas las circunstancias figurar entre los primeros que reciban protección o socorro.
9. Debe ser protegido contra toda forma de abandono, crueldad y explotación. No será objeto de ningún tipo de trata y no deberá permitirse al niño trabajar antes de una edad adecuada.
10. El niño debe ser protegido contra prácticas que puedan fomentar la discriminación racial, religiosa o de cualquier otra índole.

Con lo anterior, se evidencia claramente cómo en la actualidad gracias a la convención, se reconoce al niño como sujeto social de derechos, otorgándole participación en todos aquellos asuntos que interesan a su propia vida. En el caso de los niños hospitalizados, con frecuencia deben abandonar la escuela debido a su situación de salud, atentando contra el derecho a la educación, a la recreación y al desarrollo integral, los cuales están consignados en la anterior convención; por este motivo, las maestras en formación de la Facultad de Educación de la Universidad de Antioquia, al desarrollar las actividades pedagógicas en la sala de

nefrología, favorecen el ejercicio de éstos derechos, al mismo tiempo que promueven la reestructuración de su esquema corporal.

❖ **El niño como ser integral:** como ya se ha mencionado, el niño en la actualidad es un sujeto de derechos; sin embargo, esta descripción sería incompleta si se dejan de lado los autores que han estudiado la etapa de la niñez durante años aportando teorías que, poco a poco, han ido aclarando la compleja cuestión del concepto de niño, por lo tanto gracias a dichos personajes, es posible afirmar que hoy en día es entendido como un ser humano en desarrollo que atraviesa varias etapas a lo largo de su existencia, entre ellas la niñez, la cual es una etapa significativa porque en ella se establecen las relaciones necesarias con el medio y con las personas que le rodean, quienes le aportan estímulos para adquirir conocimientos necesarios y desenvolverse autónomamente, construyendo sus estructuras cognitivas, gracias a los diferentes estímulos que recibe del entorno a lo largo de su vida, dicha idea es complementada por Tucker (1979, p. 134), quien afirma que

(...) socialmente, el niño es un ente receptor de diferentes influencias de acuerdo con la cultura dentro de la cual ha nacido y, en particular, según sean los caminos y modos en que dichas influencias han sido ejercidas sobre él por sus padres y cuidadores.

En el presente proyecto investigativo, se va a estimular al niño hospitalizado en la sala de nefrología del Hospital Infantil San Vicente de Paúl, para que reestructure su concepto e imagen corporal, favoreciendo el establecimiento de relaciones más armónicas consigo mismo y con el medio; para ello, las maestras en formación fortalecerán las diferentes dimensiones del desarrollo humano, por medio de una intervención pedagógica, que no se limita solo a lo cognitivo, sino que va más allá, concibiéndolo como un ser integral.

Aunque los seres humanos se desenvuelven en una sociedad determinada, esto no significa que sean semejantes o iguales; por el contrario, se advierte que todo

ser humano es una estructura compleja, única e irreplicable que se desarrolla plenamente teniendo en cuenta siete dimensiones que se relacionan entre sí, las cuales son planteadas por el Ministerio de Educación Nacional [MEN] (1998, pp. 34 - 40) éstas son:

- Dimensión socio-afectiva: hace evidente la importancia que tiene la socialización y la afectividad en el desarrollo armónico e integral en los primeros años de vida, juega un papel fundamental en el afianzamiento de su personalidad, autoimagen, auto-concepto y autonomía, esenciales para la consolidación de su subjetividad, las relaciones que establece con el otro creando su manera personal de vivir, sentir y expresar emociones y sentimientos frente a los que lo rodean, la manera de actuar, disentir y juzgar sus propias actuaciones y las de los demás y al igual que la manera de tomar sus propias determinaciones.
- Dimensión corporal: *“En la acción del niño se articulan toda su afectividad, todos sus deseos, todas sus representaciones, pero también todas sus posibilidades de comunicación y conceptualización”* por tanto, cada niño posee una expresividad corporal que lo identifica y debe ser respetada, pues sus acciones tienen una razón de ser. Al referirnos a la dimensión corporal no es posible mirarla sólo desde el componente biológico, funcional y neuromuscular, en busca de una armonía en el movimiento y en su coordinación, sino incluir también las otras dimensiones, recordando que el niño actúa como un todo poniendo en juego su ser integral.
- Dimensión cognitiva: para entender las capacidades cognitivas del niño, hay que centrarse en lo que éste sabe y hace en cada momento, su relación y acción con los objetos del mundo y la mediación que ejercen las personas de su contexto familiar, escolar y comunitario, para el logro de conocimientos en una interacción en donde se pone en juego el punto de

vista propio y el de los otros, se llega a acuerdos, se adecuan lenguajes y se posibilita el ascenso hacia nuevas zonas de desarrollo.

- Dimensión comunicativa: está dirigida a expresar conocimientos e ideas sobre las cosas, acontecimientos y fenómenos de la realidad; a construir mundos posibles; a establecer relaciones para satisfacer necesidades, formar vínculos afectivos, expresar emociones y sentimientos.
- Dimensión estética: juega un papel fundamental, ya que brinda la posibilidad de construir la capacidad profundamente humana de sentir, conmoverse, expresar, valorar y transformar las percepciones con respecto a sí mismo y al entorno, desplegando todas sus posibilidades de acción.
- Dimensión espiritual: el espíritu humano crea y desarrolla mediante las culturas y en las culturas un conjunto de valores, de intereses, de aptitudes y actitudes de orden moral y religioso con el fin de satisfacer la necesidad de trascendencia que lo caracteriza.
- Dimensión ética: la formación ética y moral en los niños, una labor tan importante como compleja, consiste en abordar el reto de orientar su vida. La manera como ellos se relacionarán con su entorno y con sus semejantes, sus apreciaciones sobre la sociedad y sobre su papel en ella, en fin, aprender a vivir.

Teniendo en cuenta las dimensiones anteriormente mencionadas, es preciso aclarar que la dimensión en la que enfatizará el proyecto será la corporal, debido al objetivo de este trabajo, el cual es la reestructuración del esquema corporal de los niños hospitalizados, sin embargo, debido a la integralidad del ser humano cuando se estimula una de sus dimensiones, las demás también se verán afectadas.

Partiendo de lo anterior, se debe tener en cuenta que el ser humano como ser integral, se desarrolla durante toda su existencia y para ello es necesario que se lleve a cabo el acto educativo, pues como ya se sabe la educación es una acción que sirve como facilitadora del desarrollo integral, es por ello que debe estar presente en todos los ámbitos en los que se desenvuelva el ser humano, siendo esta una de las razones por las cuales la educación está estipulada como uno de los derechos fundamentales del niño.

Además, la educación tal como lo plantea Pachón (1987, p. 45), “*debe ser armónica, en el sentido de lograr un desarrollo integral que abarque todos los aspectos del ser humano: físico, social, mental, profesional, espiritual*”; en el caso de los niños hospitalizados en la sala de nefrología del Hospital infantil San Vicente de Paúl, se encuentra que aunque en Colombia la educación es un derecho, tal parece que ésta, sólo se obtiene en el ámbito escolar, es decir, cuando el niño asiste a una determinada institución educativa. Pero, si anteriormente se afirmaba que el acto educativo debe transversalizar la vida del ser humano en todos los contextos y circunstancias en los que se encuentre, entonces ¿Qué sucede en el ámbito hospitalario cuando el niño, por razones de salud no puede asistir a su escuela? Es una pregunta que involucra directamente al Estado, por ser quien se encarga de propiciar las condiciones necesarias para que cada persona acceda a la educación; pero también involucra a los docentes que continúan creyendo que su labor se limita solamente a la planta física de la escuela.

Es así como en muchos países no sólo se reconoce la necesidad de la pedagogía hospitalaria, sino que también se lleva a cabo, reconociendo con ésto que ésta tiene una proyección social, que va más allá de la transmisión de conocimientos impartidos en una institución, pues como lo afirma Pachón (1987, p. 43),

“educación es (...), toda palabra, gesto, acto, situación que ayude al niño a descubrir sus valores para cultivarlos, y sus limitaciones para superarlas”

En muchas ocasiones se habla de que los niños son el futuro del país, pero vale la pena cuestionar la palabra futuro, pues si se entiende éste como el futuro, entonces ¿se debería esperar hasta el futuro para actuar o responder a las demandas de los niños? Eso no parece ser muy razonable, por lo tanto, se debe mirarle como un presente que requiere atención adecuada, teniendo en cuenta la etapa en la que se encuentre, así como también es necesario velar por el cumplimiento de sus derechos, pues de esto dependerá no sólo la garantía de una niñez integral, sino también el desarrollo y progreso de nuestro país. Pero para ello es necesario que la sociedad reconozca la educación como un proceso social, cultural y político ininterrumpido y relacional, cuya finalidad es la promoción del desarrollo humano a través del abordaje de sus diferentes dimensiones.

8.2 LÚDICA

8.2.1 Definición de lúdica

Llanto, tristeza, angustia, ansiedad, impotencia...son sólo algunas de las sensaciones que puede generar ver a un niño 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, Ángel (2001, p. 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 distención 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. Dado lo anterior, 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.

Teniendo en cuenta lo anterior, es posible afirmar que en algunos momentos, los niños hospitalizados manifiestan una actitud lúdica pese a su estado de salud, ya que, aunque la mayoría de ellos son conscientes de su enfermedad, reflejan una actitud positiva, evidenciada en el goce, la alegría, el humor, durante el período de hospitalización. A su vez, las maestras en formación, realizan actividades que promueven dicha actitud a través de la pintura, las rondas, la música, los juegos didácticos y recreativos, entre otros; actividades que se complementan con el diálogo y la disposición de las maestras en formación hacia los niños.

8.2.2 Definición de juego

Seguramente todos hemos jugado en algún momento de nuestra existencia, pues el juego es inherente al ser humano, sin embargo esto no implica tener claridad sobre su significado.

Huizinga (1938), citado por Cañeque (1993, p. 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, p. 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, p. 101).

Partiendo de lo anterior, el juego como acción se presenta para el ser humano como una herramienta que le brinda la posibilidad de expresar sentimientos, pensamientos, deseos, conocimientos, emociones y demás, apoyado en la imaginación, lo que le permite jugar al “como sí”, adoptando personajes de su realidad; por esto, las maestras en formación de la Universidad de Antioquia, en el presente proyecto, aprovecharán las bondades del juego para hacer que el niño se exprese manifestando su interior, sus limitaciones y potencialidades, con el fin de orientarlas y lograr que las actividades sean placenteras y que lleven al niño a reconocer sus cambios y limitaciones para que reestructure su esquema corporal.

❖ **Clasificación de los juegos:** Díaz (1993), retomado por Meneses y Monge (2001, p. 122), propone una clasificación de los juegos a partir de las cualidades que desarrollan, siendo estas:

- 1- Juegos sensoriales: desarrollan los diferentes sentidos del ser humano. Se caracteriza por ser pasivos y promover un predominio de uno o más sentidos en especial.
- 2- Juegos motrices: buscan la maduración de los movimientos en los niños.

- 3- Juegos de desarrollo anatómico: estimulan el desarrollo muscular y articular del niño.
- 4- Juegos organizados: refuerzan el canal social y emocional. Pueden tener implícita la enseñanza.
- 5- Juegos predeportivos: incluyen todos los juegos que tienen como función el desarrollo de las destrezas específicas para los diferentes deportes.
- 6- Juegos deportivos: su objetivo es la competencia.

Para efectos del presente proyecto, se retomarán los juegos sensoriales, motrices y organizados, pues éstos permiten desarrollar cualidades específicas en los niños, relacionadas con los componentes del esquema corporal, ya que le permiten expresar emociones, sentimientos, pensamientos, entre otros, al mismo tiempo que experimentan y exploran con los elementos que tienen a su alrededor, generándole nuevas posibilidades de aprendizaje, de movimiento, de socialización y de reencuentro consigo mismo.

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. Es así como a través de estos juegos los niños hospitalizados logran valorar su cuerpo, pues es mediante los sentidos que se relacionan con el medio, percibiendo la información que éste le proporciona y que, al ser asimilada amplía sus estructuras cognitivas, adquiriendo nuevos conocimientos, lo cual es importante porque de acuerdo a esto el niño deja ver su grado de autoestima, autoconcepto, autoimagen y autoeficacia en la relación que establece consigo mismo y con los demás.

Otro de los juegos a tener en cuenta es el motriz, por lo que éste permite el perfeccionamiento del movimiento, mediante actividades pertinentes a cada edad.

Además estos juegos permiten la relación del niño 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 de organización favorece además del desarrollo físico, el desarrollo cultural y emocional del niño, permitiendo que maneje la frustración, la rabia, la ansiedad e incorpore la norma, se proteja a sí mismo y defienda sus derechos, además le brinda la posibilidad de interactuar con sus pares y compartir con ellos sus experiencias, aprendiendo de éstas, enriqueciendo su aprendizaje y desarrollando su lenguaje en todas las expresiones posibles.

Con lo anterior, se puede afirmar que el juego sirve como herramienta para el pedagogo ya que aporta a los estudiantes un conocimiento importante y significativo, haciéndolo agradable y eficaz para el niño. Es por ello que las maestras en formación que llevan a cabo el programa de estimulación lúdico y pedagógico en el Hospital Infantil San Vicente de Paúl, recurren al juego en sus diversas modalidades, para que dicho proceso de reestructuración del esquema corporal sea realizado por medio de estrategias llamativas para los niños, sin dejar de lado la intención pedagógica y por ende, el desarrollo de su integralidad.

8.2.3 Beneficios de la lúdica y el juego

Cuando se ve a un niño jugar, es posible que algunas personas piensen que el tiempo invertido en dicha actividad es un tiempo muerto, sin tener en cuenta o conocer las muchas ventajas que el juego ofrece al ser humano, pues éste permite el desarrollo integral del sujeto.

Muchos autores hablan acerca de los beneficios que brinda el juego; Vigostky, (citado por Jiménez, C., 1997, p. 15), 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 niño pone a prueba sus conocimientos y adquiere otros mediante las múltiples experiencias que el juego le proporciona. De igual manera, es concebido por Arenas (1999, p. 25) 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 niños hospitalizados 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, p. 61) de la realidad externa, constituyéndose así en un elemento terapéutico.

Está claro que el juego es importante en el desarrollo 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"* (Ángel Dinello, 2001, p. 181), pues lo lúdico se desarrolla en lo colectivo, y es precisamente en la socialización, en la interacción con otros, que el niño 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, p. 25),

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 la persona tenga la oportunidad de desarrollar y poner en práctica valores, habilidades y destrezas a nivel individual y colectivo.

8.2.4 La lúdica y el juego: encuentros y desencuentros

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 planteadas por Ángel (2001) y Huizinga (s.f) respectivamente, se encuentra que la primera hace referencia a una actitud manifiesta en cualquier actividad que realice 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 Ángel (2001, p. 126), *“la conciencia lúdica como un proceso de autoexpresión 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 ésta, 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, si no a los procesos de relación que deben existir entre la corporalidad y la conciencia biosocial”* (Ángel, 2001, p. 133), es así como la lúdica se puede presentar en cualquier actividad que realice el ser humano, sin ser necesariamente un juego; es decir, si el sujeto quiere, 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.

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.

8.3. ESTIMULACIÓN

8.3.1 Definición de estimulación

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 tipos, como son la estimulación precoz, la temprana y la adecuada. A continuación se definirá cada una, estableciendo las diferencias que hay entre ellas y complementándolas.

❖ Estimulación precoz:

Se entiende por estimulación precoz una serie de actividades efectuadas directa o indirectamente con el niño desde la más temprana edad posible, dirigidas a proveerle la mayor cantidad de oportunidades de interacción efectiva y adecuada con el medio ambiente, humano y físico, con el fin de estimular su desarrollo y en áreas específicas, tales como el desarrollo sensorio-motor, el desarrollo del lenguaje, etc., y favorecer su desarrollo en general (Sarmiento, 1984, p. 35-36).

Este tipo de estimulación se realiza con el niño antes y/o después de su nacimiento hasta que éste cumpla un año de vida generalmente, proporcionándole una serie de estímulos que buscan la adquisición de diferentes habilidades y destrezas a nivel físico y psíquico; sin embargo dicha estimulación se practica sin tener en cuenta las necesidades y el momento de su desarrollo. Inicialmente se pensó que era pertinente propiciar en él la aparición de ciertas conductas motrices

más rápido que otros, para beneficiar procesos psicológicos superiores y la aparición de éstos, alterando el tiempo normal de desarrollo.

❖ **Estimulación temprana:**

Sonia Bralig, define estimulación temprana como un conjunto de acciones determinantes a proporcionar al niño las experiencias que este necesita desde su nacimiento para desarrollar al máximo su potencial psicológico. Esto se logra a través de la presencia de personas y objetos en cantidad y oportunidad adecuada y en el contexto de situaciones de variada complejidad que generen en el niño un cierto grado de interés y actividad, condición necesaria para lograr una relación dinámica con su medio ambiente y un aprendizaje efectivo (Sarmiento, 1984, p. 37).

Dicha estimulación, es realizada con los niños que tienen algún riesgo biológico o social, tales como pobreza, desnutrición, enfermedad, condiciones ambientales y poco salubres, entre otros, durante sus primeros años de vida con el fin de aminorarlos, ofreciéndole continuamente oportunidades para relacionarse con el mundo que lo rodea, tanto a nivel familiar, social como educativo, *“implicando técnicamente no sólo la estimulación sensorial, afectiva y motriz, sino los demás aspectos que implica el desarrollo multilateral y armónico de los niños”* (Martínez Mendoza, s.f., p. 8).

❖ **Estimulación adecuada:** *“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, p. 7). Favoreciendo el desarrollo integral del ser humano y propiciando momentos adecuados para llevar a cabo la estimulación, dándole importancia a la etapa de maduración en la que se encuentra el niño, al lugar donde se va a realizar la estimulación, al tiempo de duración, y a la relación que se establece entre la persona que estimula y a quien se estimula, posibilitando el proceso de enseñanza-aprendizaje.

De acuerdo a lo anterior, se puede concluir que aunque existen diferentes tipos de estimulación se evidencia un objetivo común entre ellas, el cual apunta al desarrollo integral del ser humano mediante estímulos proporcionados por el ambiente y las personas que le rodean.

Por lo tanto, si se habla de que el ser humano debe adquirir determinadas características como habilidades, conocimientos, destrezas, conductas, entre otras, para vivir o desenvolverse adecuadamente en su medio, es necesario, entonces, que desde los inicios de su existencia factores externos y personas que lo rodean, le propicien estímulos que permitan desarrollar su plasticidad cerebral para potenciar sus estructuras biológicas y cognitivas a fin de lograr la apropiación de dichas características que son necesarias para su adecuado desarrollo. Cuando se habla de plasticidad cerebral, se 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 Mendoza, s. f., p. 1-2).

La asimilación de los estímulos que se le proporcionan al niño, se debe a las conexiones neuronales que se forman debido al contacto que éste tiene con el medio exterior, dando lugar a estructuras funcionales en el cerebro, necesarias para el aprendizaje, por lo tanto, la plasticidad cerebral requiere de la sinapsis entendida como *“sistema de comunicación y transmisión de impulsos entre el axón de una neurona y las dendritas o cuerpo celulares de otras neuronas. Esta relación es de tipo contigüidad y no continuidad”* (Guillen del Castillo, 2002, p. 85).

Un claro ejemplo de lo anterior, es la estimulación que se les brinda a los niños hospitalizados en la sala de nefrología, quienes a pesar de alejarse de su cotidianidad e ingresar a un contexto diferente, logran, por medio de ésta un nivel

de adaptación que les permite continuar con su vida en el nuevo ambiente, afrontando 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 niño, 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 5 y los 14 años de edad, pues como lo afirma Álvarez (2004, p. 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.

Por otra parte, es preciso resaltar que, para que la estimulación sea efectiva y promueva el desarrollo es necesario tener en cuenta los siguientes aspectos:

- El niño a quien se estimula: su edad y disposición para recibir la estimulación.
- El sujeto o mediador: su disposición emocional y anímica, para brindar la estimulación, debe tener claro el objetivo que quiere alcanzar.
- Las condiciones bajo las cuales se estimula: distribución del espacio, los objetos y las condiciones ambientales.

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, como un

espacio lúdico, que posibilita una relación afectiva entre ambos, igual que la formación de estructuras cognitivas.

8.3.2 Conceptos que se relacionan con la estimulación

Como es bien sabido, la estimulación abarca la integralidad del ser humano, por lo tanto el concepto de estimulación, dado su propósito, presenta relación con términos tales como:

- ❖ **Crecimiento:** *“Aumento gradual en magnitud de un organismo de sus partes; también, aumento análogo en la magnitud o amplitud de una función”* (Sarmiento Díaz, 1984, p 78), es decir, que el crecimiento se evidencia en el aumento de tamaño de la estructura corporal, tanto en el exocuerpo (extremidades superiores, extremidades inferiores, tronco, cabeza), como en el endocuerpo (cerebro, corazón, pulmones, riñones 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”* (Sarmiento Díaz, 1984, p. 78), para complementar, Sarmiento agrega que el desarrollo presenta unas características generales tales como: sigue un orden, pasa de actividades generales a específicas, es continuo, se produce con velocidades diferentes y existe una correlación en el desarrollo; por lo tanto éste alude a una secuencia de cambios constantes que se presentan en el ser humano a nivel multidimensional, de ahí que el desarrollo se relacione directamente con el crecimiento, pues debe existir un balance o equilibrio entre ambos para que el individuo no presente dificultades en su estructuración física y cognitiva.

- ❖ **Maduración:** *“Es un cambio cualitativo y complejo que hace posible que una estructura empiece a funcionar en niveles progresivamente superiores”* (Sarmiento Díaz, 1984, p. 78). Es esa transformación que conduce a la madurez, es decir, los cambios de estructuras debido a la herencia, al desarrollo fisiológico (funcionamiento de los órganos) y anatómico (estructura corporal), y a la estimulación que el medio y las personas que lo rodean le propician en cada etapa por la que atraviesa.

- ❖ **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”* (Sarmiento Díaz, 1984, p. 79), 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 integral 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. Es el caso de los niños hospitalizados en la sala de nefrología, quienes debido a su condición de salud, a los largos períodos de hospitalización, y a la escasa estimulación, debido a los

dos aspectos anteriores, presentan un crecimiento, desarrollo y maduración más lento. Cabe resaltar el caso de una niña de 6 años, que debido a las diversas enfermedades ha presentado atraso en su desarrollo físico y cognitivo, pues a los cinco años aprendió a caminar, y a los seis años aún no realiza actividades tales como armar rompecabezas, seguir la secuencia de un cuento, hacer inferencia, predicción, entre otros.

8.3.3 Áreas de la estimulación¹⁴

❖ Área motora:

Orientada a conseguir por parte del niño el control sobre su propio cuerpo, lo que implica tanto el establecimiento del tono muscular adecuado como de las reacciones equilibratorias, al mismo tiempo que la comprensión de las relaciones espacio-temporales, todo lo cual le va a permitir desplazarse sin peligro por el espacio circundante. (Cabrera & Sánchez, 2002, p. 60-61).

Al estimular al niño en el área motriz, no sólo se están potenciando los movimientos de las diferentes partes del cuerpo, sino que también se está estimulando la capacidad cerebral, por medio de la cual aprende a hacer consiente e intencionados sus movimientos, brindándole la posibilidad de interactuar con su medio, para conocerlo y desenvolverse en él, logrando la percepción de su cuerpo como una estructura independiente de lo que lo rodea.

❖ 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

¹⁴ Cabrera y Sánchez (2002)) hablan de áreas de la estimulación, El MEN, en sus Lineamientos curriculares de preescolar habla de dimensiones, ambos términos aluden al desarrollo humano que se da desde la infancia.

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 & Sánchez, 2002, p. 61);

el cuerpo es una herramienta a través de la cual el niño percibe, explora, manipula, indaga, experimenta, aprende e interactúa con el medio de forma cada vez más compleja, logrando adquirir conocimientos necesarios para desarrollar sus estructuras cognitivas. Para que un sujeto aprenda significativamente, el conocimiento debe pasar por el cuerpo para asimilarlo, acomodarlo y adaptarlo a las estructuras preestablecidas.

❖ **Área del lenguaje:** *“La estimulación se encamina a conseguir desde las primeras manifestaciones del pre-lenguaje (vocalizaciones simples, balbuceos, etcétera) hasta la completa comprensión por parte del niño...con la posibilidad de expresarse a través de éste” (Cabrera & Sánchez, 2002, p. 62).* De acuerdo a esto, Piaget (1969) afirma, que lo más importante del lenguaje es que la persona pueda utilizar, a partir de él, representaciones e imágenes mentales para aprender sobre aspectos de la realidad. Esta área tiene un papel muy importante en el desarrollo del sujeto, debido a que es la herramienta más próxima y más propia que le permite expresar sus emociones, pensamientos, ideas, conocimientos, así como interactuar y desenvolverse en su medio, entendiendo que el lenguaje se manifiesta tanto de forma verbal como no verbal, este último se puede evidenciar por medio de la expresión corporal (gestos, miradas, movimientos, actitudes, ademanes, mímicas, gesticulaciones, señas, muecas), y la expresión gráfica (dibujos, lenguaje escrito, entre otras). Es así como el lenguaje se convierte en un instrumento de contacto social, y por medio de sus funciones cognoscitivas y comunicativas el niño puede alcanzar un estado superior de conocimiento, pues éste se convierte en una forma de acceder al mundo que lo rodea.

❖ 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 & Sánchez, 2002, p. 62-63).

El ser humano es por naturaleza un ser social, pues nace en una comunidad que le proporciona normas, tradiciones, costumbres, entre otras, que interiorizadas y llevadas a la práctica, le permiten desarrollarse y vivir en sociedad. Todos esos aprendizajes se adquieren primero en el entorno familiar y posteriormente, con los pares y adultos que lo rodean; al respecto, Vigostky (trad., 2000, p. 93) plantea que *“Una operación que inicialmente representa una actividad externa se reconstruye y comienza a suceder internamente”*, dándose un aprendizaje a nivel interpersonal e intra-personal, por lo tanto, es necesario que el niño interactúe con el otro para apropiarse del conocimiento que le brinda dicha relación, y lograr así el desarrollo de sus estructuras cognitivas.

La estimulación entonces, pretende abarcar todas las dimensiones del ser humano, a través de actividades que potencializan cada una de ellas, sin embargo, como el ser humano es una totalidad, al tratar de estimular una en específico se están desarrollando las demás. Por lo tanto, aunque el objetivo de este proyecto se relaciona directamente con la dimensión corporal, en las planeaciones y sesiones se evidencia progreso en las demás, debido a que en las actividades el niño tiene la posibilidad de enfrentarse a diferentes situaciones, logrando fortalecerlas.

Con respecto a lo anterior cabe señalar el caso de una niña hospitalizada, quien en las primeras sesiones realizaba una representación del esquema corporal de

forma fragmentada, y luego de una serie de actividades corporales cuyo objetivo apuntaba a la localización, diferenciación e identificación de las partes del cuerpo, la niña comienza a reestructurar la representación corporal con mayor coherencia. Es posible afirmar que dicho conocimiento se logró debido a la intervención pedagógica de las maestras en formación, quienes usan el lenguaje como herramienta para desarrollar las diferentes actividades y transmitir conocimiento, permitiendo que los niños se expresen de diferentes formas, posibilitando también espacios de socialización para el intercambio de conocimientos, habilidades, aptitudes, destrezas, experiencias, entre otras.

8.4. EDUCACIÓN

A través de la historia, se ha evidenciado que toda sociedad ha tenido un ideal de hombre determinado por su contexto histórico y social, para lograrlo se ha valido de diferentes métodos educativos que lo forman de acuerdo a lo que la sociedad demanda; cuando se habla de un ideal se *“Tiene un significado equivalente a criterios para actuar y pensar.”* (Sarramona, 1985, p. 75). Por lo tanto, la educación que se imparte está regida por la concepción del mundo y de la vida, es decir, se educa desde una filosofía de vida a través de la cual se reflexiona y se procede.

De acuerdo a lo anterior se puede afirmar que la educación ha estado presente desde los inicios de la humanidad, pues el ser humano como ser social requiere ser educado, y *“es por medio de la educación como los hombres y las mujeres hacen suyo el bagaje de conocimientos, tradiciones, costumbres y prácticas que caracterizan a las sociedades”* (Díaz & Quiroz, 2005, p. 2). Así la educación es inherente a este y sólo existe y se desarrolla en el contexto social en el que se desenvuelven los individuos.

Dado lo anterior, la pedagogía *“ve la educación como un proceso y como un resultado no acabado que se transforma, se mejora y se desarrolla permanentemente mediante la investigación y la práctica reflexiva de los educadores”* (Díaz & Quiroz, 2005 p. 67), pues mediante la problematización que el docente hace de su labor y su cotidianidad, da lugar a la transformación de su quehacer pedagógico por medio de procesos educativos e intencionados, respaldados en la acción investigativa, propiciando la interacción entre estudiantes y docentes, aportando al desarrollo humano, fin principal de la educación.

Una de las características particulares del ser humano es que al nacer depende exclusivamente de otro que le garantice su supervivencia, pues aunque nace con disposiciones, aptitudes y posibilidades que debe desarrollar, éstas, en un principio dependen del adulto, así, retomando las palabras de Medina, García y Ruiz (2001) *“el ser humano es el animal que más prolonga su infancia, y a mayor complejidad social mayor prolongación de la dependencia de los adultos, ya que debemos aprender mayor número de conductas válidas para la integración de esa sociedad”*, por tanto, debe alcanzar un desarrollo adecuado para desenvolverse en ésta, el cual es gradual y depende de las oportunidades que el medio le proporcione. Por ello, necesita desarrollar sus capacidades para poder enfrentarse al mundo, lo cual se logra a través de la educación que adquiere a lo largo de su existencia.

La educación, entonces, puede entenderse como *“Todo proceso permanente dirigido a la optimización de la persona en el ser, el conocer, el hacer y el convivir”*. (Medina et al., 2001, p. 39). Es proceso porque es una secuencia de acciones que implica a la persona a nivel interpersonal e intrapersonal, de manera constante, con el fin de alcanzar el desarrollo pleno. Es permanente porque está presente a lo largo de la vida, permitiendo ordenar las diferentes etapas y prepararse para pasar de una a otra, perfeccionándose al desarrollar plenamente sus capacidades

y alcanzar la madurez en cada una de las etapas de la vida. Dado que el ser humano es un ser social debe aprender a vivir con los demás, con el fin de entender la diversidad humana, ponerse en el lugar del otro y solucionar conflictos; debe aprender a conocer, pues es la capacidad de comprender el mundo que lo rodea para vivir con dignidad, fortalecer sus potencialidades y comunicarse; además, aprender a hacer, ya que se relaciona con el desarrollo de competencias generales y específicas para afrontar diversas situaciones y problemas y trabajar en equipo; por último, debe aprender a ser para desarrollar un pensamiento autónomo, crítico y de juicios propios para establecer por sí mismos las acciones pertinentes para cada circunstancia de la vida. Todo lo anterior contribuye al desarrollo integral de cada persona, y a la formación de un pensamiento crítico y autónomo.

Dado lo anterior, el acto educativo implica guiar a cada ser humano en su proceso formativo, con el fin de que logre investigar y conocer su realidad, valorando críticamente lo que ha aprendido a lo largo de su vida; es a esto a lo que apuntan las maestras en formación de la Universidad de Antioquia, cuando, por medio de las diferentes estrategias pedagógicas proporcionan que los niños hospitalizados conozcan su realidad y aprendan a vivir con ella y de igual forma, a desenvolverse en su medio a pesar de su condición de salud.

Siguiendo esta línea, toda educación cobra sentido cuando alcanza la formación de cada sujeto, y esta es una acción propia y específica de cada uno consigo mismo. La formación entonces,

(...) es un "proceso en constante desarrollo y progresión "que va más allá de la habilidad y la destreza y por lo tanto más allá del desarrollo de capacidades o talentos específicos. La formación, dice, no consiste en ser más hábil o más diestro, consiste sí, en apropiarse por entero, en hacer parte del ser, aquello por lo cual y a través de lo cual el hombre se forma". Cuando se logra esta apropiación, el hombre puede ser capaz de ver de otra manera, puede ser capaz de ver de manera más abarcante (Gadamer,

1991, citado en Giraldo & Quintero, 2005, p. 46).

Al respecto conviene decir que la formación es la esencia del ser humano, de ahí que lo más importante para toda persona sea formarse, pues ésta se convierte en la integralidad del ser, debido a que no se refiere únicamente al ámbito institucional, sino que alude a los procesos que se llevan a cabo en los diferentes contextos sociales.

Además de la formación, otro aspecto relevante en el proceso educativo es la instrucción, pues “*alude a la apropiación de conocimientos, hábitos, habilidades de carácter cognoscitivo*” (Díaz & Quiroz, 2005, p. 4); es decir, es un proceso mediante el cual se transmiten los conocimientos generales e indispensables para que el ser humano se desenvuelva en diferentes circunstancias y contextos sociales. Por lo tanto, la instrucción hace parte de la educación, ya que por medio de ella es posible establecer un intercambio de conocimientos entre personas que aportan al desenvolvimiento de ellas en las diferentes situaciones de su vida, logrando que adquieran conocimientos de manera significativa; para esto es pertinente reconocer que

(...) el niño no es un ser pasivo y sin carácter, al que el maestro puede formar arbitrariamente. El niño no es nunca un mero objeto de enseñanza, sino que es siempre un ser activo e independiente, orientado por conceptos personales, deseos, sentimientos y reflexiones (Tomaschewsky, 1966, p. 20),

comprendiendo que es un ser único, por lo que se debe tener en cuenta su desarrollo madurativo, físico y espiritual, así como su ritmo de aprendizaje, pues éste como ser cognoscente es capaz de apropiarse los conocimientos a sus estructuras preexistentes y modificarlas.

8.4.1 Pedagogía

❖ Definición de pedagogía

La Pedagogía estudia la educación como un fenómeno social influenciado por factores culturales, políticos, económicos, religiosos, entre otros, que intervienen en el desarrollo de las dimensiones del ser humano, debido a esto y teniendo en cuenta que dicho desarrollo es permanente, se hace necesario que la pedagogía cumpla con su proyección social en todos los contextos donde se desenvuelve la persona, como el escolar, el familiar, el hospitalario, el social, entre otros.

Por otro lado, la pedagogía investiga la influencia que tienen en la educación factores tales como el medio social, económico y las necesidades que se presentan en una comunidad, con el fin de pensar y diseñar dicha educación, logrando, de esta manera, articular la pedagogía con los procesos sociales, conservando a su vez valores materiales, espirituales, sociales y la adaptación de éstos a nuevas condiciones, pues como lo afirma Chávez (1998), citado por Díaz y Quiroz (2002, p. 31), *“Por la naturaleza de su objeto de estudio, la pedagogía se caracteriza por su proyección social, su orientación humanística y su carácter transformador”*. Como proyección social, debe verse reflejada no sólo en las instituciones educativas, sino también en los diferentes contextos donde se desenvuelve el ser humano, siendo uno de ellos el entorno hospitalario, espacio donde se le brinda a los niños la posibilidad de continuar con su proceso educativo y formativo, teniendo en cuenta que éste es continuo y permanente durante la existencia del ser humano. En éste sentido, se amplía el perfil ocupacional del Licenciado en Pedagogía Infantil, debido a que la pedagogía le brinda la oportunidad de desempeñar su rol en diferentes contextos, enriqueciendo tanto su formación personal como profesional.

En consecuencia, para efectos de este proyecto, el concepto de pedagogía se

entenderá como la reflexión sistemática y permanente que se hace del proceso de educación del ser humano en los campos formativo e instructivo, a través del desarrollo de sus diferentes dimensiones, así mismo, este concepto se redimensiona en la medida en que las reflexiones y los análisis parten de las investigaciones y de la sistematización de experiencias que se hacen en las prácticas pedagógicas, por tanto se reevalúa la forma de pensar y de proceder frente al acto educativo, que ha de realizarse en todos los contextos sociales. Caso este, que se ha presentado en el Hospital Infantil San Vicente de Paúl, donde las maestras en formación de la Universidad de Antioquia realizan su trabajo de grado, lo cual ha permitido explorar los campos de la pedagogía en algunos espacios no convencionales como es el aula hospitalaria, donde se reflexiona el acto educativo por considerarse este espacio como escenario apropiado para que los niños continúen con su proceso formativo. De igual manera, la actividad pedagógica se convierte en el eje central de la reflexión de todo maestro, por lo que se requiere de éste capacidad para aceptar sus propias falencias y conocimientos para gestar sus propios cambios.

❖ **Proceso Enseñanza-Aprendizaje**

Como ya se ha mencionado, el fin de la educación es formar seres humanos autónomos, con capacidad para responder por sus actuaciones y poder dirigir su propia conducta; para ellos es fundamental el proceso de enseñanza-aprendizaje que se lleve a cabo.

- Enseñanza:

El proceso de enseñanza consiste, fundamentalmente, en un conjunto de transformaciones sistemáticas de los fenómenos en general, sometidos estos a una serie de cambios graduales, cuyas etapas se producen y suceden en un orden ascendente, de aquí que se deba considerar como un proceso progresivo y en constante movimiento, con un desarrollo dinámico

en una transformación continua. Como consecuencia del proceso de enseñanza tiene lugar cambios sucesivos e ininterrumpidos en la actividad cognoscitiva del individuo. (Sánchez Lleana y González Pérez. s.f).

Para que se establezcan estos cambios es fundamental que dicho proceso esté organizado y orientado para que el ser humano pueda potenciar sus habilidades y capacidades para enfrentar situaciones nuevas y apropiarse de la realidad, mediante la adquisición gradual de conocimientos; por tanto la enseñanza debe tener propósitos claros que orienten el proceso formativo de los estudiantes. Es así como en el presente proyecto pedagógico se evidencia un objetivo preciso en el proceso de enseñanza que direcciona las actividades llevadas a cabo con los niños hospitalizados, para que éstos puedan reestructurar su esquema corporal, facilitándoles vivir en sociedad.

Ahora bien, en el proceso de enseñanza se deben tener en cuenta elementos como los contenidos y los métodos para ser aplicados en dicho proceso, según las necesidades de los niños, de tal forma que contribuyan a su educación integral. Los primeros son entendidos como *“lo que se enseña, es decir, los conceptos, hechos, datos, habilidades, hábitos, operaciones, procedimientos, actitudes, sentimientos”*. Para llevar a cabo los contenidos en el presente proyecto las maestras en formación dan a conocer conceptos tales como la imagen y el concepto corporal, los cuales apuntan a desarrollar el objetivo propuesto, la reestructuración del esquema corporal. Además, es importante tener en cuenta que los contenidos se deben dirigir a la construcción de las dimensiones y las metas del desarrollo humano, como la autoestima, autonomía, creatividad, salud, y solidaridad, necesarias para su formación, las cuales se realizan a través de un trabajo activo que se ha venido realizando con los niños de la sala de nefrología del hospital San Vicente de Paúl, donde se efectúa la práctica y el proceso de investigación.

El método es considerado *“La forma de organizar y de orientar la actividad*

cognoscitiva, a través de diferentes acciones y actividades desde la enseñanza, en procura de la construcción de aprendizajes de contenidos instructivos, desarrolladores y educativos por parte de los estudiantes". Con este se puede destacar la importancia que tiene la participación activa del estudiante en su proceso de aprendizaje, además del papel del maestro, concebido como un acompañante de dicho proceso. En este sentido, lo que se pretende con los niños hospitalizados, en la sala de nefrología, es que ellos incorporen a su estructura el nuevo aprendizaje, y para lograrlo se parte del método de indagación, donde ellos expresan verbal y gestualmente los preconceptos que tienen sobre su esquema corporal, partiendo de éstos para orientar el proceso formativo y de instrucción, logrando así la modificación de sus estructuras cognitivas, tal y como lo expresa Ausubel (s.f) al afirmar que lo más importante para el proceso de aprendizaje de un niño es lo que él ya sabe.

- *Aprendizaje: "actividades de los estudiantes para procurar avances en el orden de lo instructivo, en el desarrollo intelectual y físico y a nivel educativo. Es el proceso dirigido a la formación de conocimientos, hábitos, habilidades, sentimientos, pensamientos, convicciones, actitudes y valores" (p. 34).*

El aprendizaje, entonces, es el proceso mediante el cual se adquieren conocimientos y valores a través de la enseñanza y la experiencia, necesarios para que el ser humano se desenvuelva en la vida diaria. En la historia se han destacado diferentes teóricos que han dado aportes significativos a la teoría del aprendizaje, entre ellos están Piaget, Vigotsky y Ausubel, representantes de la teoría constructivista, cada uno de ellos considerando dicho proceso desde su propia perspectiva, por lo tanto se retoman estos autores en el presente proyecto, debido a que se complementan entre sí, aportando teorías importantes, claras y precisas para la comprensión del proceso de aprendizaje de las personas.

Piaget basa su teoría en el equilibrio cognitivo, planteando que *“El contraste entre la información previa y la nueva, suele generar desequilibrios cognitivos cuando se presentan incompatibilidades entre lo “conocido” por el sujeto y lo “nuevo” que aprende”* (Díaz & Quiroz, 2001, p. 14). Para que se de el equilibrio cognitivo es necesario que el sujeto elabore procesos de asimilación y acomodación con la nueva información que recibe, de tal forma que se genere un nuevo aprendizaje; por asimilación, entonces, se entiende la incorporación de nueva información que llega del exterior a las estructuras cognitivas ya establecidas en un sujeto, y por acomodación, a la modificación de los esquemas y las estructuras cognitivas respecto a la nueva información que recibe, favoreciendo de ésta manera, *“su proceso de adaptación a las condiciones de un ambiente nuevo”* (Díaz & Quiroz, p.15).

En este sentido, puede decirse que algunos niños hospitalizados aún no han asimilado su situación y les cuesta reconocer algunas partes de su cuerpo y sus funciones, al igual que los diversos dispositivos médicos que han sido incorporados a él, dando cuenta de dificultades en la estructuración del concepto y la imagen corporal, produciéndose además, desequilibrios cognitivos cuando se les proporciona información relacionada con la estructura corporal, para generar así procesos de asimilación y acomodación que conducen a nuevos conocimientos.

Por otra parte, para Vigostky, el desarrollo cognitivo se da a través de los aprendizajes que realiza el sujeto en la interacción con la cultura, con los demás y con los objetos. En este sentido, uno de sus aportes más destacados es el concepto de Zona de Desarrollo Próximo, el cual establece

“(...) la distancia entre el nivel real de desarrollo, determinado por la capacidad [que tiene el niño] de resolver independientemente un problema, y el nivel de desarrollo potencial, determinado a través de la resolución de

un problema bajo la guía de un adulto o en colaboración con otro compañero más capaz” (trad., 2000, p. 133),

en otras palabras, son aquellas acciones que el niño realiza con la ayuda de otros, con el propósito de desarrollar habilidades y conocimientos no construidos aún, es en este momento donde intervienen los “agentes culturales” para lograr potenciar la formación integral del niño y que adquiera los conocimientos necesarios para interactuar en su entorno; estos aprendizajes, según Vygotski, se adquieren primero en el contexto social y luego en el escolar, siendo allí donde se asimilan los conocimientos científicos.

Contextualizando lo anterior en el ambiente hospitalario, los agentes culturales serían, en primera instancia, las maestras en formación, quienes mediante las diversas actividades que realizan, proporcionan al niño procesos formativos e instructivos, que junto con las experiencias que poseen le ayudan a reestructurar su esquema corporal; desde lo instructivo a partir de los nuevos conocimientos que adquieren con respecto al cuerpo, y desde lo formativo, a partir de la aceptación de sí mismo y de la relación que establece con el otro y consigo mismo, permitiéndole la reestructuración de su imagen y concepto corporal; en segunda instancia, otros niños hospitalizados, con quienes tienen la oportunidad de compartir experiencias, temores y deseos, lo que les permite aprender y hacer que su situación sea más fácil, al comprender que como él, hay muchos que lo entienden por vivir condiciones semejantes.

Por último, Ausubel (s.f.) habla del aprendizaje significativo, en el cual *“las ideas se relacionan sustancialmente con lo que el alumno ya sabe. Los nuevos conocimientos se vinculan, así, de manera estrecha y estable con los anteriores”* (De Zubiría, 1994, p. 122), en este aprendizaje el estudiante tiene la posibilidad de entender la información que se le está enseñando, analizarla, reflexionarla y acomodarla a los conocimientos previos, pues ellos son importantes para que la persona no retenga el conocimiento de una manera aislada o fraccionada, sino

más bien significativa o productiva, logrando así hacer efectivos dichos conocimientos en su vida cotidiana.

Dado lo anterior, las teorías del aprendizaje apuntan a la adquisición de un nuevo conocimiento, habilidades o capacidades, esto se relaciona con el aprender a conocer, a ser, a hacer y a vivir juntos, lo que le posibilita comprenderse a sí mismo, a los demás y al mundo que lo rodea, para poder influir en su propio entorno y participar de todas las actividades que se le presentan. *“Las experiencias a las que se refiere el aprendizaje están unidas a percepciones e informaciones del mundo circundante, se refiere a cogniciones, emociones y conductas”* (Schaub & Zenke, 2001, p. 14). De esta manera el aprendizaje se vincula con el aspecto cognitivo y emocional, y cuando hay cambios en estos aspectos son posibles de evidenciar en la manera como el sujeto actúa y se comporta en las situaciones cotidianas.

Concluyendo, la intervención educativa al ser intencionada y planificada, apunta a que el estudiante pueda desarrollar las capacidades que le permitan construir su identidad y vivir en sociedad, por lo tanto, para que éste alcance dichas capacidades, requiere de un proceso interactivo entre enseñanza-aprendizaje, este último depende tanto del estudiante como de las ayudas del docente, de tal forma que aprenda y progrese de acuerdo a su capacidad cognitiva y emocional.

8.5. PEDAGOGÍA HOSPITALARIA

8.5.1 Historia de la pedagogía hospitalaria

La Pedagogía Hospitalaria, según Grau y Ortiz (2001) se remonta a las intervenciones que se realizaban con niños que presentaban deficiencias

mentales, en las cuales era importante, tanto, la atención médica como la educativa. A estas intervenciones se les denominaba tratamiento médico-pedagógico, y se originó en los asilos-hospitales, surgiendo luego los asilos-escuelas “...donde los niños recibían cura médica, nutrición, educación física y todo tipo de ayuda...en un intento de llevar a cabo un tratamiento multiprofesional” (Grau & Ortiz, 2001, p. 21). Posteriormente, en Francia, a finales de la primera guerra mundial (1914-1918), se crean políticas encaminadas a proteger la salud infantil, como consecuencia del contagio de algunas enfermedades como la tuberculosis, creando escuelas al aire libre y dando inicio a las aulas y la pedagogía hospitalaria. Poco después, en 1920, en algunos países europeos, grupos de pediatras se interesaron por la educación de sus pacientes hospitalizados, creando programas para ello.

Sin embargo, como lo plantea Serradas (2003, p. 457), es a partir de la segunda guerra mundial (1939-1945), que se instauran en los hospitales las primeras escuelas de carácter oficial, liderada por pediatras y psicólogos quienes se interesaron por la situación que vivían los niños en los centros hospitalarios, pues éstos sufrían alteraciones psicológicas debido a los largos períodos que permanecían hospitalizados y, por lo tanto, alejados de su cotidianidad. Es así como los hospitales infantiles empiezan a interesarse por la educación de esta población.

Tiempo después, según Lizasoaina (2005, p. 190), en 1961 se crea en el Reino Unido la “Asociación Nacional para el Bienestar del Niño Hospitalizado”, con el fin de alcanzar los objetivos planteados en favor del paciente pediátrico, los cuales apuntaban a que éstos permanecieran con sus padres durante el tiempo de hospitalización, a que estuvieran cuidados por personal calificado y, por último, a ofrecerles actividades educativas y lúdicas. Para 1984 esta asociación publica una carta favoreciendo a los niños hospitalizados, la cual fue enviada al Parlamento Europeo, quienes la amplían, dando lugar en 1986 a la Carta Europea

de los Derechos del Niño Hospitalizado, que consta de 15 derechos, entre los cuales se destacan:

- *“Derecho a proseguir con su formación escolar durante el ingreso al hospital, y a beneficiarse de las enseñanzas de los profesionales de la educación y del material didáctico que las autoridades educativas pongan a su disposición.*
- *Derecho a disponer, durante su permanencia en el hospital, de juguetes adecuados a su edad, libros y medios audiovisuales.*
- *Derecho a poder recibir estudios en caso de hospitalización parcial (hospitalización diurna) o de convalecencia en su propio domicilio”.*¹⁵

Para efectos del presente proyecto se retoman estos derechos, ya que plantean que los niños en situación de hospitalización deben continuar con su proceso académico y formativo, en este sentido, las maestras en formación de la Universidad de Antioquia a través de un programa de estimulación lúdico y pedagógico, pretenden continuar con dicho proceso.

Para 1988 se aprueba en Holanda, otra carta basada en la anterior (derechos del niño hospitalizado), pero enfatizando en el derecho que tiene éste a la educación y reconociendo la labor que cumple el pedagogo hospitalario en dicho espacio, así mismo, se promueven investigaciones en torno a la pedagogía hospitalaria.

Cabe señalar cómo el interés de las personas por mejorar la estadía de los niños hospitalizados ha llevado a que se promulguen leyes que favorezcan el desarrollo integral de éstos, pues, a pesar de estar en este tipo de instituciones pueden seguir con su desarrollo humano, el cual no se limita únicamente al aspecto biológico, también es considerado como un proceso gradual que se da a partir de la interacción de las personas con el medio para adquirir aprendizajes significativos, dando inicio así a la pedagogía hospitalaria, pretendiendo que los

¹⁵ Estos derechos del niño hospitalizado se retomaron de Lizasoaina (2005, p. 190)

pacientes hospitalizados continúen con su educación, considerada como uno de los derechos fundamentales.

❖ **Contexto Colombiano:** Si bien la Pedagogía Hospitalaria se inicia en los países europeos, no se puede desconocer la labor que han realizado otros países, en este caso Colombia, y aunque aquí, dicha pedagogía no esté respaldada legalmente, se han llevado a cabo algunos adelantos en beneficio del niño hospitalizado. Es así como la Sociedad Colombiana de Pediatría, encargada de ofrecer una mejor calidad de vida para los niños del país y velar por su atención integral, convoca al Ministerio de Salud, directores de clínicas y hospitales y a médicos y pediatras a vigilar porque en todas las instituciones hospitalarias se respeten los derechos de los niños hospitalizados, los cuales están dirigidos a prestar atención adecuada y oportuna a los menores que ingresan a centros hospitalarios. Estos derechos son:

15-“Ser hospitalizado durante el menor tiempo posible.

16-Ser atendido, tanto en urgencias como en hospitalización y cirugía en espacios separados de los adultos.

17-Ser hospitalizados con personas de su misma edad.

18-Estar acompañados por sus padres o cuidadores todo el tiempo.

19-Tener oportunidad de juego, recreación y educación de acuerdo con su edad y condiciones de salud.

20-Ser cuidado por personal capacitado, cuyo entrenamiento y habilidades les permita responder a las necesidades físicas y emocionales de los niños.

21-Recibir atención personalizada, trato digno, amable, comprensivo y respetuoso.

22-Que sus padres y ellos mismos reciban información permanente acorde con su edad y entendimiento, con respecto a las condiciones de salud, exámenes, procedimientos y tratamientos.

- 23-Recibir información y preparación previa acordes con su nivel de comprensión a todo procedimiento, sea diagnóstico o curativo.*
- 24-Que sean tomadas todas las precauciones para mitigar el estrés y el dolor físico y emocional.*
- 25-Ser informado, verbalmente y por escrito, desde el momento de su ingreso, de sus derechos y deberes durante la hospitalización.*
- 26-Que sus opiniones sean escuchadas y tenidas en cuenta durante toda la hospitalización.*
- 27-Cuando estén en situación crítica tienen derecho a estar separados de la contemplación de otros niños y, de ser posible, en compañía de su familia.*
- 28-A que a sus padres y a ellos mismos se le solicite permiso para la realización de procedimientos de investigación, exámenes educativos o informativos y no terapéuticos. Así como a negarse a la realización de dichos procedimientos". (Durán, 2004, p. 30).*

Algunos de estos derechos los han tenido en cuenta las maestras en formación con los niños hospitalizados, destacando de ellos el juego, la recreación y la educación como factores que propician su desarrollo integral, lo cual se lleva a cabo a partir de las actividades propuestas, procurando siempre el bienestar del menor y partiendo de sus necesidades e intereses; además, el juego proporciona en éste el deseo de aprender y en algunas ocasiones puede ser placentero; por ellos las maestras se valen de esta herramienta para informarles acerca de su enfermedad, cumpliéndose así otros de sus derechos.

Si bien, la Pedagogía Hospitalaria pretende que el niño hospitalizado continúe con su proceso educativo, en Colombia se da una variación, pues la atención que se le brinda al menor se relaciona más con intervenciones recreativas, cuyo propósito es que los niños tengan momentos de esparcimiento y diversión. Es así como se han creado programas encaminados a la utilización del tiempo libre; un ejemplo de esto es el programa de la Fundación Mediclaun, Payasos Hospitalarios, que se encargan de visitar a los niños hospitalizados para brindarles alegría mediante el

juego, la risa y la imaginación. Otro de los programas que se ofrecen es el de Dolex: Palabras que Acompañan, el cual lleva esparcimiento a los niños a través de la lectura y la música. Sin embargo, en la ciudad de Medellín, en el Hospital Infantil San Vicente de Paúl, se realizan proyectos pedagógicos que le brindan al niño la oportunidad de continuar con su proceso educativo y formativo, al mismo tiempo que le ayuda a minimizar los efectos producidos por la hospitalización procurando con todo esto su desarrollo integral.

Uno de estos proyectos es liderado por las maestras en formación de la Facultad de Educación de la Universidad de Antioquia, quienes a través de un programa de estimulación lúdico y pedagógico, pretenden evidenciar el impacto que ésta tiene en la reestructuración del esquema corporal de los niños hospitalizados en la sala de nefrología del Hospital Infantil San Vicente de Paúl, pues debido a la enfermedad que padecen, van experimentando cambios a nivel físico, emocional, psicológico, cognitivo, social y afectivo, que afectan la imagen y el concepto que tienen de su cuerpo; es por ello que se hace necesario desarrollar el proyecto mediante la aplicación de actividades con una intencionalidad pedagógica que estimule dicha reestructuración.

8.5.2 Definición de Pedagogía Hospitalaria

Como es sabido, la pedagogía reflexiona el acto educativo, el cual se lleva a cabo en cualquier contexto donde se desenvuelve el ser humano, es por esto que la acción educativa no se reduce exclusivamente al ámbito escolar. Uno de estos contextos es el hospital, por lo tanto es pertinente hablar allí de pedagogía hospitalaria, la cual se constituye en una parte especial de la pedagogía y se define como

Las acciones educativas que se llevan a cabo para atender a niños en edad escolar, aquejados de alguna enfermedad que les obliga a ingresar en el

hospital, durante largas temporadas...y que tratan de evitar el retraso escolar del niño y, sobre todo, facilitar un apoyo psicológico para hacer frente al problema en cuestión. (Fernández, Cáceres & Aznar, 2006, p. 299).

Se trata entonces de prevenir, en lo posible, los efectos negativos que causa el proceso de hospitalización y evitar la desescolarización. Fernández, Cáceres y Aznar (2006), retoman a Lizasoain (2005), para referirse a los objetivos de la pedagogía hospitalaria, los cuales apuntan a:

Proporcionar apoyo emocional al niño, normalizar su vida, disminuir la ansiedad, mejorar su adaptación y ajuste a la hospitalización, mejorar la calidad de vida del niño hospitalizado, fomentar la actividad, procurando que el niño ocupe provechosamente su tiempo libre; cultivar la natural alegría infantil y las relaciones sociales, evitar la pérdida del hábito intelectual, atender a la formación del carácter y la voluntad del niño, en el sentido de apelar a su esfuerzo y animarle al trabajo; proporcionar autoconfianza y seguridad al niño, y favorecer su readaptación, una vez abandone el hospital (p. 230).

Lo que se pretende es que por medio de la Pedagogía Hospitalaria y la interacción de los agentes que intervienen en ella, se le brinde al niño la posibilidad de un ambiente similar a su medio natural, en procura de su adecuado desarrollo, teniendo en cuenta las necesidades asistenciales que requiere (servicio médico, educativo, psicológico, terapéutico, social). En este sentido, para autores como Grau y Ortiz (2001, p. 25), dicha pedagogía se articula con la educación especial, en la medida en que los niños con problemas de salud son considerados estudiantes con necesidades educativas especiales, pues la enfermedad disminuye los niveles de energía y concentración, influyendo significativamente en las estructuras cognitivas, así como en el desarrollo físico y social. Por lo tanto se requiere de una atención adecuada que contrarreste los efectos de la hospitalización, la separación del entrono familiar y escolar, la incertidumbre por el diagnóstico, entre otros, por ello, el pedagogo hospitalario debe tener en cuenta las necesidades de dicha población para brindarle una vida lo más natural posible.

Serradas (2003) sigue los planteamientos de Grau (2001) al considerar la Pedagogía Hospitalaria como una ramificación de la educación especial; sin embargo, argumenta que ésta va más allá de la atención que se le brinda al niño hospitalizado, pues *“la pedagogía hospitalaria...abarca 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”* (Serradas, p. 457), por eso no se limita únicamente a impartir asignaturas y conocimientos, sin ningún sentido, sino que se relaciona más con la salud, con la esencia del ser humano, con el desarrollo de sus dimensiones, por lo tanto, siguiendo a la misma autora, se ofrece más como una pedagogía vitalizada, de la vida y para la vida.

De ahí que las maestras en formación que asisten a la sala de nefrología del Hospital Infantil San Vicente de Paúl, reflexionan más sobre la importancia que tiene para los niños apropiarse de sus procesos formativos, que de adquirir conocimientos específicos, por eso el proceso de enseñanza-aprendizaje que se imparte va más allá de una simple instrucción, éste le debe permitir interactuar con su realidad, proporcionando desarrollos tanto a nivel personal como intelectual. Y como ya se ha mencionado, los procesos formativos que se llevan a cabo en este proyecto se relacionan directamente con la reestructuración de la imagen corporal de éstos, pues debido a las intervenciones médicas y las consecuencias de la enfermedad (síndrome nefrótico), se hace necesario la reestructuración del esquema corporal para que se de un equilibrio emocional y puedan reconocer su nueva imagen.

Al respecto conviene citar a Alves, Ortiz y Serradas (2004, p. 230), quienes plantean que *“Las emociones y los estados mentales se reflejan en el cuerpo, el dolor tiene un componente emocional y existe un mecanismo...entre ansiedad-enfermedad-ansiedad, de forma que los propios niños establecen ciertas*

conexiones entre sus imágenes mentales y su cuerpo como algo natural”, es así como a partir de estos mecanismos y de las experiencias que el medio proporciona, se construyen conocimientos que permiten actuar sobre una nueva realidad de manera más compleja, logrando transformarla. Es el caso de los niños hospitalizados, que poco a poco van estructurando su imagen corporal a medida que van interiorizando su nueva situación.

Con lo dicho hasta aquí, la Pedagogía Hospitalaria se establece como un modo particular de entender la educación, pues el hecho de implementar procesos formativos y educativos en el ámbito hospitalario, utilizando diferentes estrategias didácticas, hace que la estadía del niño en este espacio sea más humanizada, en la medida que procura prevenir los efectos negativos que causa la hospitalización por ingresar a un lugar desconocido, al cual debe incorporarse imponiéndole reglas con las que no está de acuerdo por desconocer los beneficios que esto trae para su salud, además de estar rodeado de personas poco familiares. Por tanto, es necesaria la labor que cumple el pedagogo hospitalario en dicho escenario, pues con su saber puede contribuir a que el pequeño recupere el equilibrio emocional que ha perdido, así mismo, es el mediador de los procesos ya mencionados.

8.5.3 Aulas Hospitalarias

Como ya se ha mencionado, la educación como proceso social se da en cualquier contexto donde se desenvuelva el ser humano, por tanto el hospital obedece a uno de ellos, y dentro de éste el Aula Hospitalaria es considerada el espacio donde los niños pueden acceder para continuar con su proceso formativo y educativo. Se pueden definir como *“Las unidades escolares surgidas dentro del hospital, cuyo objetivo principal es la atención escolar de los niños hospitalizados”* (Fernández et al., 2006, p. 235). Se crearon ante la necesidad de reducir las

circunstancias adversas a las que se veían sometidos los niños que ingresaban a centros médicos, de ahí que las primeras aulas hospitalarias se fundaron de manera espontánea y las actividades que allí se realizaban estaban enfocadas más a distraer y entretener a los niños, que a continuar con su desarrollo integral. Posteriormente, ante la preocupación de algunos médicos por el largo tiempo que permanecían los niños en dicho lugar, generando además, la pérdida del año escolar, se decide seguir con los programas que se llevaban a cabo en los colegios, con variaciones de acuerdo a las particularidades de cada niño.

Por lo tanto, algunas de las funciones del aula, según Grau y Ortiz (2001, p. 44) van encaminadas a: Compensar el retraso académico; ocupar el tiempo libre; promover la independencia y confianza del niño en el medio hospitalario; compartir sus preocupaciones y problemas, animándolos para que tengan una actitud positiva hacia la enfermedad; mejorar su estabilidad psíquica debido a situaciones de ansiedad y miedo y brindar apoyo emocional. Dado lo anterior, el objetivo de las Aulas Hospitalarias será promover los procesos formativos y educativos en los niños a través de actividades lúdicas, para lo cual se debe contar con diferentes recursos como material didáctico, libros, juegos educativos, rompecabezas, juguetes, masas, pinturas, colores, medios audiovisuales, informáticos, entre otros. Además los niños tienen la oportunidad de alejarse un poco de la tensión que les produce la hospitalización, realizando actividades propias para su desarrollo y formación, que orientadas desde lo pedagógico les permite comprender la labor del personal médico y los tratamientos que les realizan.

8.5.4 Agentes que intervienen en la pedagogía hospitalaria

Cuando un niño se enfrenta a un proceso de hospitalización debe tener a su alrededor personas idóneas que ayuden en su recuperación. Como agente principal está el pedagogo hospitalario, persona fundamental en este proceso,

especialmente para que continúe con la formación y educación de éstos; seguidamente la familia, pues son ellos los llamados a interactuar con el menor para que entienda la situación por la que está pasando; así mismo el personal médico debe apoyar, desde su saber, la estadía del paciente pediátrico.

A continuación se dará a conocer la función que deben cumplir cada uno de estos agentes para que la estadía del niño en el hospital sea más gratificante.

❖ **El Pedagogo Hospitalario:** Como ya se ha mencionado, la acción educativa se imparte en todo contexto donde interactúa el ser humano, en este sentido el pedagogo no limita su quehacer al ámbito escolar, es por eso que uno de los espacios donde puede ejercer su labor es en el medio hospitalario, lugar donde puede continuar con los procesos formativos y educativos de los niños hospitalizados, procurando siempre su desarrollo integral. Algunas de las características que debe tener dicho agente, según Grau y Ortiz (2001, p. 12) son: versatilidad, flexibilidad, capacidad de adaptación, empatía, sentido del humor, ser polivalente, recursivo, entre otras. Dichas características permiten que el niño pueda afrontar con mayor facilidad su proceso de hospitalización, y que la ruptura con su entorno sea mínima, además le ayudará al pedagogo a:

- *“Preparar al enfermo para reducir el impacto del desconcierto y conflicto que genera el ingreso en el medio hospitalario; reducir el estrés derivado de la hospitalización...”*
- *Orientar la acción educativa para desarrollar las potencialidades intelectuales y personales del sujeto (con el fin de que sus rendimientos no se vean mermados) y que su estabilidad emocional, sus valores, su sentido del humor no se resientan.*
- *Intervenir en el contexto familiar para obtener su colaboración y para que la situación tenga el menor impacto posible en los sistemas de referencia familiar, escolar, social (...). (Grau & Ortiz, 2001, p. 12).*

Con lo anterior, la tarea del Pedagogo Hospitalario no se limita exclusivamente a atender las necesidades del niño, sino que también debe trabajar con la familia del paciente, para ayudarlos a desarrollar habilidades que les permitan enfrentar su nueva situación, y a partir de éstas favorecer la recuperación del menor. Las intervenciones educativas que realiza deben estar dirigidas a la búsqueda de la autonomía, la socialización, la comunicación, para esto debe disponer de una variedad de estrategias y materiales didácticos, que le proporcionen un ambiente más agradable al niño dentro del hospital, al mismo tiempo le facilita el proceso de aprendizaje, el cual debe partir de actividades lúdicas y recreativas teniendo en cuenta la individualidad y necesidad de cada uno. En este sentido, las maestras en formación dirigen el aprendizaje mediante actividades como lectura de cuentos, manualidades, juegos dirigidos, pintura, dibujo, modelado, entre otras, las cuales promueven la expresión y comunicación, permitiéndole entender su estado de salud y la aceptación de su imagen corporal, al mismo tiempo que promueven el desarrollo integral de los niños, además es bien sabido que el juego representa para éste un acto recreativo y llamativo y será más agradable aprender jugando, de ahí que toda actividad lúdica en el hospital tiene una intención educativa.

El Pedagogo Hospitalario debe tener contacto permanente con la familia del niño hospitalizado, los docentes de la institución educativa a la cual asiste éste y el personal médico con el fin de que su labor sea más significativa y pueda contribuir con el desarrollo integral del menor. Retomando a Fernández et al. (2006, p. 232), estos agentes le brindan información pertinente, la cual debe tener en cuenta a la hora de realizar las intervenciones. Los padres de familia informan sobre el entorno escolar y familiar en el que se desenvuelve el niño, así como del proceso de enseñanza-aprendizaje que ha llevado; el personal médico da cuenta del tiempo de hospitalización, la disponibilidad y movilidad con el fin de que pueda incluirlo en las intervenciones a realizar; y con los docentes establece una comunicación que le facilita continuar con el proceso de enseñanza del estudiante

y reportar los avances que éste ha tenido durante el tiempo de permanencia en el hospital.

En este orden de ideas Polaina y Lizasoain (1992, p. 50) plantean que el papel del Pedagogo Hospitalario se debe basar en:

- *“Continuar con el proceso normal de enseñanza y aprendizaje del paciente.*
- *Conseguir que el niño hospitalizado sea un sujeto activo.*
- *Desarrollar la individualidad de cada paciente.*
- *Tratar las necesidades, problemas y temores específicos que el niño sufre”.*

Sin embargo, la función del Pedagogo no se limita exclusivamente a escolarizar al niño, va más allá de impartir conocimientos, debe estar dispuesto para ayudarlo en los momentos de angustia, depresión, ansiedad, ira, tristeza, entre otros, por los que pasa éste al ser alejado de su cotidianidad como es la escuela, la familia y los amigos, por no entender que los tratamientos médicos y la estadía allí es lo mejor para su recuperación, además, en muchas ocasiones no le informan sobre el acontecer en dicho lugar. Es en este momento donde debe intervenir el Pedagogo para bajar los niveles de estrés a los que se ve expuesto el menor, recuperando el equilibrio emocional y la autonomía que ha perdido a causa de la hospitalización. Con todo esto el niño hospitalizado ve en el Pedagogo a una persona que comprende su situación, que atiende sus necesidades, que está dispuesto a escucharlo, permitiendo así que la relación que se establece entre ellos esté basada en la confianza, el amor y el afecto entre ambos, posibilitando que el proceso de recuperación sea más rápido, logrando encontrar un nuevo sentido a su realidad.

❖ **Los padres de familia:** La familia es el soporte fundamental para todo niño y mucho más para el que se encuentra hospitalizado, pues es primordial la ayuda

que ésta le brinda en su proceso de recuperación. Es importante aclarar que si bien, la presencia de la familia mejora la calidad de vida del niño hospitalizado, ésta no debe asumir un comportamiento pasivo, todo lo contrario, debe manifestar una actitud positiva para llevar ánimo al niño y ganas de recuperarse, deben conocer a fondo la enfermedad que éste padece para poder resolver todas sus inquietudes, tener constante comunicación con el personal médico para saber la evolución de la enfermedad, tener contacto con los docentes del niño para evitar la desescolarización, brindarle un ambiente lo más natural posible, basado en el juego, la lúdica, la recreación, el aprendizaje, entendiendo que a pesar de la situación que está viviendo tiene las mismas necesidades básicas, emocionales, cognitivas y sociales (Ochoa & Polaina, 1999, pp. 147-161), de ahí que es aconsejable que los padres tengan un trato normal con los niños.

❖ **Personal médico:** Se tiene claridad que la pedagogía hospitalaria intenta minimizar los efectos negativos que conllevan la enfermedad, y por tanto la hospitalización de los niños. Para lograrlo, Serradas (2002, p. 457) plantea que es necesaria la orientación que el personal sanitario le brinde a la familia en relación a la actitud que deben asumir ante la situación del menor, favoreciendo el estado anímico de éste. De ahí que los médicos deben informar a los padres de familia sobre el diagnóstico de su hijo, el tratamiento a seguir, el tiempo que posiblemente permanezca hospitalizado, las repercusiones de la enfermedad. En esta misma línea Grahan (1998), retomado por Serradas (2002, p. 458) sostiene que *“la mayor necesidad con las que se encuentran las familias es la de la información: una información adecuada y suficiente, que les ayude a comprender qué es lo que está pasando (...)”*. Dado que es ésta la que se responsabiliza del cuidado del menor, se le deben ofrecer intervenciones educativas que hagan parte de la rutina del personal médico, las cuales deben centrarse en:

- *“La formación que reciben los padres sobre la enfermedad (etiología, síntomas, curso o pronóstico), y en el procesamiento de la misma. Es necesario ayudar a la familia a anticiparse a los cambios en el estilo de vida*

que requiera la enfermedad, aumentando con ello la capacidad de afrontamiento.

- *Apoyo psicológico y afectivo” (Serradas, 2002, p. 458).*

Si bien, el personal médico debe brindar apoyo a la familia, es fundamental el acercamiento que tenga con el niño para bajar los niveles de estrés y angustia. A su vez, estarán encargados de prepararlos para las intervenciones quirúrgicas, dar explicaciones sobre los diferentes tratamientos médicos, ayudarle a que exprese los sentimientos que le causa estar hospitalizado, brindarle un ambiente cálido, entre otros. Una de las formas para lograr esto es a través del juego y la lúdica; para Grau y Ortiz (2001, p. 43), el personal de enfermería debe valerse del juego como estrategia de trabajo, ya que éste facilita la interacción terapéutica, el conocimiento de la enfermedad, ayuda a contrarrestar el miedo y la ansiedad, proporcionándole aumento en la autoestima y mejorando la expectativa de su recuperación. Sin embargo, no debe ser solamente el personal de enfermería quienes deben valerse de la lúdica y el juego, sino todos los agentes que intervienen con el niño hospitalizado, especialmente el pedagogo por ser éste quien posee el saber pedagógico, por lo tanto comprende mejor la situación por la que pasa el menor, brindándole un acompañamiento más integral.

Concluyendo, los tratamientos médicos no son los únicos factores que ayudan a que el paciente se recupere, es necesaria la intervención que hacen estos tres agentes para procurar un desarrollo afectivo, social, espiritual y educativo de los niños hospitalizados. De ahí que la labor no se puede centrar en uno solo, pues es fundamental la colaboración entre la familia, el hospital y el pedagogo para que el niño se sienta acompañado y pueda afrontar más fácilmente su nueva realidad.

8.5.5 El Niño Hospitalizado

La hospitalización de un niño altera su ritmo de vida, cambia lo que hasta ese momento le era cotidiano, es decir, pasa de estar rodeado de su familia, sus amigos y la escuela, a estar en un entorno desconocido y estresante como es el hospital, acoplándose a dinámicas, horarios y rutinas que no considera favorables, así como a personas desconocidas (médicos, enfermeras) que constantemente están interviniendo con él, bien sea para dar medicamentos o aplicar procedimientos médicos que le resultan molestos y que en muchas ocasiones carecen de una conversación previa entre el médico y el niño para explicarle el porqué y para qué de dichos procedimientos.

Otra de las modificaciones en la vida del niño es la suspensión temporal (en algunos casos total) de la escolaridad, lo que provoca alteraciones en su ritmo de aprendizaje, es el caso de los niños de la sala de nefrología del Hospital Infantil San Vicente de Paúl, pues debido a los constantes ingresos al hospital muchos padres de familia optan por retirarlos de la institución educativa para evitar la pérdida del año, coartándole así uno de sus derechos fundamentales, la educación. Pero esta situación se puede agravar en muchos casos, cuando las secuelas de la enfermedad y los efectos secundarios de los tratamientos influyen directamente en la capacidad de aprendizaje de los niños, afectando sus estructuras cognitivas.

Por lo tanto, los cambios que se suscitan en el ritmo de vida del niño, producidos por la enfermedad y la hospitalización, generan alteraciones de comportamiento “(...) que pueden considerarse patológicos y con suficiente potencia como para generar conductas inadaptadas en el futuro” (Serradas, 2002, p. 449), algunas de estas conductas pueden ser dependencia, ansiedad, estrés, depresión, nerviosismo, rabia y culpabilidad, que se ven reflejadas en la relación que

establece el niño consigo mismo y con el otro, pues debido a su enfermedad se pueden sentir diferentes, alterando el significado que tienen de sí mismos.

Ahora bien, para mejorarle la calidad de vida se debe tener en cuenta la acción educativa, la cual *“se asienta sobre la complejidad de las fases de recuperación por las que pasa el niño enfermo: ingreso, estancia y alta; así como en la complejidad de las personas que están implicadas dentro del contexto familiar, hospitalario o social”* (Grau & Ortiz, 2001, p. 15), es decir, que la labor pedagógica que se da al interior del contexto hospitalario debe tener en cuenta todas las etapas por las que éste pasa, para que a partir de ellas pueda desarrollar sus potencialidades a nivel cognitivo, académico, afectivo y social, de igual manera debe haber una constante interacción y comunicación entre todas las personas que le rodean, para que ellos puedan contribuir a su estabilidad emocional, su recuperación y su felicidad.

El Pedagogo por su parte debe aprovechar el entorno que rodea al niño, en este caso el hospital, para propiciar en ellos aprendizajes significativos dirigidos a una finalidad, además, se reitera que todo lugar es favorable para adquirir conocimiento. Así lo afirman Polaino y Lizasoain (1992, p. 50) al manifestar que la experiencia de ser hospitalizado ofrece al niño la oportunidad de aprender sobre su funcionamiento corporal y autocuidado de la salud.

8.6. ESQUEMA CORPORAL

8.6.1 Noción de cuerpo

Hablar de cuerpo, remite a pensar la existencia del ser humano a través del tiempo en las diferentes culturas y momentos históricos, pues este concepto ha

evolucionado paulatinamente, debido a las prácticas culturales y a los aportes de los diferentes pensadores, como por ejemplo Descartes (Importancia del cuerpo en la educación, s.f., p. 9), quien consideró la mente y el cuerpo como dos reinos separados; dicho planteamiento, ha tenido influencia en la filosofía, la medicina y la educación, entre otras, llevando a que la mente se perciba separada de otros aspectos como los sentimientos, las sensaciones y las emociones; a su vez, en la antigua Grecia el cuerpo respondía a unos ideales de belleza para lo cual era necesario cultivarlo, haciéndolo visible a los ojos del otro con libertad; en la Edad Media, se creía que a través del cuerpo, era posible alcanzar la salvación del alma y en los inicios del capitalismo, se tenía una concepción de cuerpo fragmentado, es decir, *“una suma de partes, donde cada [una] tiene vida en sí misma, tiene importancia por su especialidad y puede estudiarse separadamente de las demás”* (Importancia del cuerpo, p. 10), es el caso de la medicina, la cual toma el cuerpo como una cuestión de múltiples especialistas y analistas, estudiando cada órgano de forma independiente, de ahí que existan diferentes especialistas tales como el cardiólogo, el nefrólogo, el ortopedista, entre otros.

Contrario a lo planteado en el párrafo anterior, en la actualidad, el cuerpo es tomado como una totalidad, pues aunque se fragmenta para su estudio, y sus partes cumplen funciones específicas, se interrelacionan y trabajan conjuntamente, constituyendo una unidad y funcionando como un todo articulado, a tal punto, que si una se afecta, el organismo en general se verá afectado, por tanto, el ser humano se concibe como un ser integral conformado por dimensiones tales como la cognitiva, estético-artística, comunicativa, corporal, ética, espiritual y socio-afectiva, de ahí que cualquier acto que se realice con éste tiene influencia en toda su estructura, incluido el acto educativo.

8.6.2 Definición de esquema corporal

Para que el ser humano pueda adquirir conocimientos acerca del mundo que lo rodea, es indispensable que establezca una conexión con su entorno, a fin de obtener las experiencias necesarias para la construcción de sus estructuras psíquicas, físicas y cognitivas, que le permitirán un mayor y más adecuado desempeño en su vida cotidiana; para lo anterior, el cuerpo como generador de movimiento y facilitador de aprendizajes, se convierte en una herramienta que le sirve de vínculo entre su mundo interno y el mundo externo, sin embargo para que la persona pueda establecer dicho vínculo, es necesario que haya estructurado de forma apropiada su esquema corporal.

Arenas (1999), define el esquema corporal 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”* (p. 64), es decir que puede entenderse como el conocimiento del cuerpo a nivel general, lo que permite además del reconocimiento de sus partes, establecer relaciones con el espacio, los objetos y el otro, a partir de las múltiples posibilidades de movimiento e interacción que puede realizar, pues en éste convergen además del desarrollo físico, todas aquellas construcciones que el niño hace con respecto a su cuerpo desde el punto de vista cognitivo, relacionado con el conocimiento de las partes internas y externas y sus funciones; y socio-afectivo, de acuerdo a la percepción que tiene de sí mismo, lo cual va a incidir en la forma de interactuar con el otro y con el mundo.

Dado lo anterior, el esquema corporal, concibe al ser humano como unidad, pues no se centra en la esfera de lo físico, sino que abarca las demás dimensiones del desarrollo, rechazando entonces *“la vieja concepción del hombre dividido en cuerpo y alma, y lo acoge como una integralidad, una totalidad donde todas y cada una de las partes interactúan permanentemente en el ámbito de un ser bio-*

psíquico-social” (Arenas, 1999, p. 62), de ahí que si un niño no logra estructurar su esquema corporal, tendrá dificultades a nivel social (interacción con el otro), de lenguaje (proceso de lecto-escritura), de conocimiento y percepción de sí mismo (sentimientos con respecto al valor de su cuerpo), de movimiento, de habilidades para desempeñarse en diferentes situaciones, entre otras.

En este orden de ideas, puede decirse que aunque el esquema corporal se desarrolla desde el nacimiento hasta los 11 – 12 años de edad, *“no es un órgano permanente e inmutable, sino una síntesis hecha a cada instante y con caracteres diferentes en función de la acción que se emprenda”* (Jiménez, F., 2001, p. 8), pues está sometido a una permanente reestructuración, debido a la constante evolución de las estructuras físicas, psíquicas y cognitivas del niño y de acuerdo a los diversos estímulos que recibe del medio y que percibe a través de sus sentidos generándole diferentes posibilidades de movimiento y aprendizaje. Es el caso de los niños hospitalizados en la sala de nefrología del Hospital Infantil San Vicente de Paúl, quienes dada su condición de salud, se ven sometidos a una serie de intervenciones médicas como cirugías que dejan marcas en su cuerpo y a largos tratamientos con diferentes medicamentos que alteran su apariencia física, provocando, por ejemplo, el crecimiento abundante del vello corporal, todo lo anterior acompañado de largos periodos de hospitalización, generan ambientes estresantes y una limitación en los estímulos que no permiten o retardan el desarrollo de sus dimensiones, es por ello que el proyecto de estimulación lúdico y pedagógico, se dirige a la reestructuración de su esquema corporal, favoreciendo la relación que establezca consigo mismo, con el otro y con el mundo y la adquisición de nuevos conocimientos.

Para lograr lo anterior, las maestras en formación que lideran este proyecto, parten de los dos componentes del esquema corporal como son la imagen y el concepto corporal, como base para la planeación y ejecución de las diferentes actividades que se realizan en cada una de las sesiones.

❖ **Imagen corporal:** Al hablar de imagen corporal, se hace referencia a la forma como el ser humano se concibe en relación a sí mismo y a los demás; Arenas, la define como “(...) *la experiencia subjetiva de la percepción de su propio cuerpo y sus sentimientos respecto a él*” (Arenas, 1999, p. 63), Shilder (s.f., citado por Arenas, p. 63) complementa esta idea afirmando que “*la imagen corporal es la representación mental de nuestro propio cuerpo en forma integrada dinámica*”, es decir, que en este elemento del esquema corporal la persona construye una impresión o sentimiento con respecto a su cuerpo, como resultado de las sensaciones y experiencias que se dan a nivel propioceptivo (aptitudes corporales), interoceptivo (parte visceral) y exteroceptivo (lateralidad, dominancia lateral y direccionalidad), que generan en el sujeto calificativos como bonito o feo, gordo o flaco, que en parte dependen “*de su tono emocional, de su experiencia con otras personas, de sus metas y de su pertenencia o exclusión a grupos sociales*” (Arenas, p. 63).

La imagen corporal, alude también a cuatro aspectos fundamentales que la componen, los cuales, según Arenas (1999, pp. 63 - 64) son:

- **Autoconcepto:** corresponde al “*qué se piensa de uno mismo*”, es decir a todos los sentimientos, las ideas y actitudes con respecto a sí mismo, incidiendo en la forma como cada persona se evalúa y se valora. El autoconcepto varía de una situación a otra y de una fase del desarrollo a otra.
- **Autoestima:** está en directa relación con el “*qué tanto se quiere uno mismo*”, siendo entonces el valor que cada persona atribuye a sus características, aptitudes y conductas.

- **Autoimagen:** es concebida como *“qué tanto se gusta uno mismo”*, integrando lo físico, que implica el conocimiento, conciencia e importancia del cuerpo; y lo mental la forma particular de expresión o actuación, afectando positiva o negativamente la relación consigo mismo y con los demás.
- **Autoeficacia:** alude a *“qué tanta confianza se tiene”*, se evidencia cuando la persona puede enfrentar y resolver situaciones difíciles o nuevas que se presentan en su vida, por medio del manejo de recursos internos y externos.

Una forma de reflejar la imagen corporal, es cuando *“(...) 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, p. 63), incorporando el cuerpo real al pensamiento, lo que posibilita integrar otros elementos que no son propios del cuerpo, pero que mejoran muchas de sus funciones. Esto se pudo evidenciar con los niños hospitalizados de la sala de nefrología, cuando en una actividad que consistía en completar la silueta del cuerpo, algunos además de dibujar los órganos internos como el corazón, los pulmones, los riñones y el estómago principalmente, dibujaban las cicatrices y elementos como el catéter y las sondas como si fueran otro órgano más.

- ❖ **Concepto corporal:** Otro de los componentes del esquema corporal, es el concepto corporal, el cual

(...) 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 (Arenas, 1999, p. 64).

Se construye entonces a partir del descubrimiento del cuerpo en su totalidad, es decir a nivel interno y externo logrando dar nombre a cada estructura, una ubicación en el cuerpo y una función específica, diferente de las demás, manifestándose inicialmente en el propio cuerpo por medio del lenguaje verbal y del dibujo, y luego alcanzando niveles superiores de abstracción que le permiten al niño llevar ese conocimiento corporal, al cuerpo del otro.

Es así como en el presente proyecto, las maestras en formación diseñaron un plan de trabajo que busca, además de la toma de conciencia de las diferentes partes del cuerpo, que el niño identifique otras que para él son parcial o totalmente desconocidas, a fin de construir con éste una noción de cuerpo, que aunque está dividido en partes, se constituye como unidad y que a pesar de parecerse al de los demás, es único. Lo anterior trajo como resultado, que esta población incorporó a sus dibujos partes internas y externas de su cuerpo como venas, intestinos, esófago, entre otros, que antes no aparecían, y expresara verbalmente algunas de sus funciones.

8.6.3 Elementos del esquema corporal

La adecuada estructuración del esquema corporal, es para el ser humano un factor de equilibrio personal desde le punto de vista cognitivo, social, afectivo y físico, pues como ya se mencionó en párrafos anteriores, involucra la integralidad del sujeto; Arenas (1999, pp. 70 - 73) plantea que para hacer esto posible, son necesarios ciertos requisitos como:

❖ **Descubrimiento del cuerpo:** está relacionado con el conocimiento del cuerpo, es decir, de las diferentes partes a nivel externo (cabeza, tronco, manos, pies) e interno (músculos, huesos, riñones, entre otros), al igual que sus

funciones, concibiéndolas como un conjunto de partes que forman un todo. El descubrimiento del cuerpo comprende:

- **Identificación:** consiste en darle nombre a cada una de las partes del cuerpo, por ejemplo manos, cabeza, corazón, entre otros.
 - **Localización:** se refiere a la ubicación de las partes del cuerpo, es decir internas o externas; en el tren superior, o en el tren inferior.
 - **Diferenciación:** es reconocer la diferencia existente entre las partes del cuerpo y sus funciones, por ejemplo entre brazos y piernas.
 - **Funcionamiento:** es tener claridad de la utilidad del órgano, en relación al cuerpo como un sistema. Por ejemplo saber que los pulmones se emplean para respirar.
-
- ❖ **Toma de conciencia de las partes del cuerpo:** La toma de conciencia, implica no solo el reconocimiento de las partes del cuerpo, sino también su función en el organismo y su importancia para mantener el equilibrio corporal.
 - ❖ **Control corporal:** Corresponde al manejo y control de los segmentos corporales para que en forma global se desarrolle la eficiencia motriz, es decir, que la persona consiga mover su cuerpo a voluntad, manteniendo la postura corporal, el equilibrio, la coordinación, entre otras, moviéndose de forma cada vez más adecuada.
 - ❖ **Lateralidad:** Alude al reconocimiento de los lados del cuerpo, siendo estos el izquierdo y el derecho, evidenciándose cierta preferencia espontánea en el uso de las partes que se encuentran situadas a uno de los dos lados del cuerpo como los brazos o las piernas. La construcción de la lateralidad en el niño, se da gracias

a la experimentación y la confrontación con el propio cuerpo y la observación de sí mismo y el cuerpo del otro.

❖ **Direccionalidad:** Es la proyección de la lateralidad en el espacio externo sobre la base de actividades que se realizan con el propio cuerpo, consiste en llevar el conocimiento de la derecha y la izquierda al espacio, de ahí que tanto la lateralidad como la direccionalidad sean fundamentales para la construcción de la espacialidad en el niño.

❖ **Comunicación gestual:** El acto comunicativo va más allá de la palabra o la escritura, pues el cuerpo es una herramienta que proporciona formas de expresión, una de ellas es el gesto, donde confluyen todos los elementos que hacen parte del esquema corporal y que fueron trabajados anteriormente, presentando situaciones que exigen reflexión y actuación, y que contienen informaciones motoras, cognitivas y afectivas.

Los anteriores elementos son indispensables a la hora de planear un programa educativo relacionado con la estructuración del esquema corporal, por ello, las maestras en formación del presente proyecto de estimulación lúdico y pedagógico, los retomaron al diseñar el plan de trabajo y plantear las diferentes actividades siendo trabajados por medio de juegos, rondas, actividades manuales, ejercicios motrices, pintura en el cuerpo, entre otras, todo con el fin de facilitar la incorporación del concepto y de la imagen corporal, para lograr una adecuada reestructuración del esquema corporal en los niños que se encuentran hospitalizados en la sala de nefrología del Hospital Infantil San Vicente de Paúl.

8.6.4 Construcción del esquema corporal

La construcción del esquema corporal, se inicia a partir del nacimiento y culmina a los 11 o 12 años de edad y depende directamente de la maduración neurológica y los múltiples estímulos que se reciben del ambiente y de las personas que lo rodean. Jiménez, F. (2001, p. 8) afirma que *“la evolución del esquema corporal esta 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)”*, por ello la estructuración del esquema corporal es un proceso que se da a nivel ontogenético y filogenético, entendida la primera como el desarrollo de la especie y la segunda como el desarrollo individual, involucrando también las experiencias interoceptivas, exteroceptivas y propioceptivas del ser humano.

Teniendo en cuenta lo anterior, De Ajuriaguerra (s.f.), citado por Guimón (1999, p. 90), plantea tres etapas en la evolución del esquema corporal, las cuales son la noción sensoriomotriz, la noción preoperatoria y la noción operatoria; por su parte Piaget, afirma que *“el conocimiento y la representación del cuerpo deben obedecer a leyes generales que gobiernan el conocimiento y la representación mental de los demás objetos”* (Jiménez, F., 2001, p. 8), por lo que el desarrollo de la inteligencia corresponde a la forma como el niño construye su esquema corporal y la noción de espacio, proponiendo cuatro estadios que explican el proceso de desarrollo en el niño, siendo éstos el sensoriomotor, el preoperatorio, el de operaciones concretas y el de operaciones formales.

Dada la similitud entre ambas teorías, se retomarán los aportes de ambos autores para establecer la forma como el niño construye su esquema corporal; de esta manera se proponen las siguientes etapas:

❖ **Sensoriomotriz (entre los 0 y los 2 años):** En este estadio, *“la imagen corporal del lactante...se reduciría 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” (Guimón, 1999, p. 90), la zona bucal, además de ser la primera percepción de sí mismo, se convierte en el principal medio de exploración del mundo y sus objetos, lo que le ayuda a formarse una idea de lo que lo rodea y a desarrollar sus estructuras cognitivas iniciales, a partir de las cuales se formarán las demás. Piaget al respecto dice que *“el niño elabora a ese nivel el conjunto de las estructuras cognoscitivas que servirán de punto de partida a sus construcciones perceptivas e intelectuales ulteriores, así como cierto número de reacciones afectivas elementales, que determinarán de algún modo su afectividad subsiguiente”* (Piaget & Inhelder, trad., 1993, p. 15), pues el lactante aún no posee pensamiento ni afectividad que le permitan evocar por medio de sus representaciones y percepciones objetos o personas que se encuentran ausentes. Ésta, entonces, es la fase inicial en la construcción del esquema corporal, donde se comienzan a fundar las bases que posibilitarán la estructuración de la imagen y el concepto corporal.

❖ **Preoperatorio (entre los 2 y los 6-7 años):** En esta etapa, gracias a la marcha, el niño comienza a perfeccionar el conocimiento que tiene acerca del mundo que le rodea, ya que cuenta con otras partes del cuerpo además de la boca, para experimentar y explorar; de igual forma, por medio del lenguaje verbal tiene la posibilidad de nombrar, entre otras cosas, *“(…) las partes medias o simétricas visibles, [de su cuerpo y] luego las que no ve (...) [pues] de los órganos internos del intracuerpo, sólo tiene por entonces un conocimiento intuitivo o mágico”* (Guimón, 1999, p. 92), lo anterior debido a que son las extremidades superiores e inferiores (brazos-manos y piernas-pies) las primeras partes que él hace consciente, como más adelante lo serán también algunas partes de su cuerpo que no ve, como ojos, nariz, orejas, entre otras; que le permiten recibir información del medio exterior, la cual al ser asimilada modificará sus estructuras cognitivas y la percepción de sí mismo.

Retomando nuevamente lo dicho con respecto al lenguaje, el niño logra reconstruir sus acciones pasadas por medio del relato y anticipar sus acciones futuras con la representación verbal, lo que genera

(...) tres consecuencias esenciales para el desarrollo mental: un intercambio posible entre individuos (...) una interiorización de la palabra (...) y por último, y sobre todo, una interiorización de la acción como tal, la cual puramente perceptiva y motriz que era hasta este momento, puede ahora reconstruirse en el plano intuitivo de las imágenes y de las “experiencias mentales” (Piaget, 1985, p. 31),

es decir, con el lenguaje el niño comienza a socializar sus acciones, las cuales son inicialmente pensadas gracias a que cuenta con un lenguaje interior que lo hace posible y donde la acción ya no sólo se limita a lo vivido desde lo perceptivo-motriz, sino que puede ser evocada o representada por medio de imágenes mentales.

Por otro lado, *“la evolución del esquema corporal sigue bastante de cerca [la] 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” (Guimón, 1999, p. 92),* el grafismo aparece entonces para darle representación al esquema corporal, pues en él se unen el conocimiento que el niño tiene con respecto a su cuerpo y sus partes (concepto corporal) y la representación de que tiene de sí mismo (imagen corporal), dejando ver la forma como ha estructurado su esquema corporal.

Al observar los dibujos realizados por una niña de 6 años de edad que se encuentra hospitalizada en la sala de nefrología, se evidencia que no reconoce el cuerpo como unidad, pues lo fragmenta en sus partes, es decir, al representarlo gráficamente dibuja cada parte, ya sea interna o externa, de forma independiente sin diferenciarla y localizarla de forma adecuada, además de no reconocer la función específica de muchas de ellas; esto se da, posiblemente, debido a los

pocos estímulos que ha recibido del medio y a la falta de escolarización producto de su estado de salud y de los largos periodos de hospitalización, lo que le ha impedido crear una imagen integral de su propio cuerpo, demostrándose de ésta manera la teoría piagetiana, con respecto a que el desarrollo del esquema corporal está conectado directamente al desarrollo de las estructuras cognitivas, pues al comparar sus dibujos con los de otra niña de la misma edad que si ha sido escolarizada, se evidencia que ésta si logra representar su cuerpo como unidad, además de identificar, localizar y diferenciar mayor cantidad de partes a nivel interno y externo y algunas de sus funciones.

Papalia (1992, p. 202), propone otra característica para esta etapa del desarrollo del esquema corporal que consiste en la comprensión de las identidades, en la cual *“la mayoría de las veces (...) parece entender que la naturaleza básica de una cosa sigue siendo la misma aunque cambie en algunas formas”*, es decir, el niño comienza a comprender el carácter de todo aquello que permanece único, pese a que tenga diferentes apariencias o pueda ser percibido de distinta forma, gracias a que se está empezando a formar en su estructura mental el pensamiento reversible, comprendiendo por ejemplo, que aunque cambie su cuerpo debido al crecimiento o a la enfermedad, seguirán siendo los mismos.

Finalmente, desde el punto de vista afectivo, esta etapa trae consigo una serie de transformaciones relacionadas con el *“desarrollo de los sentimientos interindividuales (simpatías y apatías, respeto, etc.) y de una afectividad interior que se organiza de forma más estable que durante los primeros estadios”* (Piaget, 1985, p. 32), en este sentido, se estructurarán los componentes de la imagen corporal como son la autoestima, la autoimagen, la autoeficacia y el autoconcepto, los cuales estarán determinados por las experiencias adquiridas con el entorno y con el grupo social al que pertenece, a las posibilidades de escolarización y a los estímulos que recibe del exterior, por lo que se estructurará adecuada o

inadecuadamente, influyendo en la forma de interactuar con quienes lo rodean y de percibirse y representarse a sí mismo.

❖ **Operaciones concretas (entre los 6-7 y 11-12 años):** durante esta etapa del desarrollo, *“el niño está en condiciones de visualizar cualquier objeto en relación con uno o varios conjuntos, que a su vez se convierten en parte de una unidad o sistema aún más amplio”* (Maier, 1969, p. 147), esto se da entre otras cosas, gracias a la adquisición de un pensamiento reversible, donde una operación, acción o movimiento, puede retornar a su fase inicial, mirarse desde puntos opuestos y relacionarse a la vez con el mismo conjunto, es así como el niño de ésta etapa, logra entender que su cuerpo es un unidad compuesta de muchas partes, donde cada una realiza una función para mantener el equilibrio y la estabilidad de todo el cuerpo y que se interrelacionan en la realización de los diferentes movimientos.

Otra característica importante de esta etapa, es que *“el niño se ve a sí mismo y ve a los otros como personas autónomas que actúan de modo independiente”* (Maier, 1969, p. 155), entendido que cada ser es único, logrando así entablar discusiones y reflexiones, que le permiten desarrollar su inteligencia en el sentido de constituir una lógica para coordinar y relacionar diferentes puntos de vista y su afectividad desde la justicia y los valores de la cooperación y la ayuda mutua, al igual que la aparición de sentimientos morales.

Los niños hospitalizados de la sala de nefrología que se encuentran en la etapa operatoria concreta, al realizar trabajos en equipo se muestran dispuestos a ayudar a sus compañeros más pequeños en la realización de diferentes actividades, siempre y cuando éstas presenten algún grado de dificultad para ellos; de igual manera demuestran un mayor conocimiento a nivel corporal, nombrando partes internas y externas y reconociendo que éstas no están desligadas del cuerpo, sino que por el contrario forman una totalidad y que si una

no funciona bien, el organismo entero se vería afectado; lo anterior, se evidencia en expresiones como: “*si no tenemos los riñones no podemos vivir*”, “*si no funcionan los pulmones no podemos respirar y si no respiramos nos morimos*”¹⁶, esto fue manifestado por dos niños hospitalizados en dicha sala cuya edad es de 9 y 10 años respectivamente.

❖ **Operaciones formales (entre los once 11-12 y 15 años):** En esta etapa

(...) el pensamiento formal se hace posible, es decir, que las operaciones lógicas comienzan a ser transpuestas del plano de la manipulación concreta al plano de las meras ideas, expresadas en un lenguaje cualquiera (el lenguaje de las palabras o el de los símbolos matemáticos, etc.), pero sin el apoyo de la percepción, ni la experiencia, ni siquiera la creencia (Piaget, 1985, pp. 96-97),

por ello, el sujeto tiene la capacidad de razonar y deducir teorías abstractas con respecto a diferentes temas, incluidos los relacionados con el cuerpo, siendo ésta una característica del pensamiento formal, pues logra reflexionar, analizar y desligar lo real de la información que recibe, permitiéndole formular nuevas teorías, al mismo tiempo que puede establecer o verificar la relación existente entre las cosas.

Esto entonces le permite estar preparado para afrontar y entender los cambios físicos derivados del crecimiento, del desarrollo, y de la maduración de las estructuras corporales, que buscan alcanzar un estado de madurez, debido a que “*(...) la preadolescencia se caracteriza, a la vez, por una aceleración del crecimiento fisiológico y somático...a las que el sujeto se prepara ya, porque consigue anticiparlas, merced a sus nuevos instrumentos deductivos*” (Piaget & Inhelder, trad., 1993, p. 149). El ser humano, entonces, debe reestructurar su esquema corporal, tanto a nivel de imagen como de concepto, para adaptarse y

¹⁶ Expresiones de los niños hospitalizados en la sala de Nefrología del Hospital infantil San Vicente de Paúl, consignadas en notas de diario de campo.

aceptar su nueva apariencia física, pues teóricamente la estructuración del esquema corporal termina cerca de los 11-12 años de edad, lo que demuestra que no es algo acabado, sino que se mantiene en formación a lo largo de la vida.

En este sentido, los preadolescentes que se encuentran hospitalizados en la sala de nefrología, reestructuran su esquema corporal por los cambios físicos que presentan a causa de su crecimiento y desarrollo, y de la enfermedad, pues ésta les genera una serie de cambios como el aumento del vello corporal, la baja estatura, cicatrices, entre otros, lo cual afecta directamente la imagen corporal, siendo necesario un trabajo de reestructuración en este campo.

9. CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

A partir del diagnóstico realizado en la sala de Nefrología del Hospital Infantil San Vicente de Paúl, en el que se identificó una problemática relacionada con la forma como los niños hospitalizados estructuraban su esquema corporal en los dos componentes: imagen y concepto, se llevó a cabo un programa de estimulación lúdico y pedagógico, con el fin de favorecer en esta población el proceso de reestructuración de dicho esquema, planteado en tres fases, donde la primera y la segunda correspondieron al diseño y ejecución y la tercera a la evaluación, dando paso al análisis de los datos a la luz de la teoría, permitiendo en unos casos corroborar la veracidad de las teorías y en otros complementarlas.

A continuación se presenta un análisis crítico-reflexivo de las actitudes, comportamientos, textos del nativo, trabajos y situaciones obtenidas durante el proceso investigativo que favoreció la reestructuración del esquema corporal de los niños hospitalizados, y que se consignaban en los instrumentos de recolección de información, tales como entrevistas a profundidad, diarios de campo y observaciones.

El presente análisis está planteado en las siguientes categorías y subcategorías:

Categoría	Subcategoría
Estimulación	Juego Lúdica
Esquema corporal	Imagen corporal Concepto corporal Reestructuración
Desarrollo	Educación Pedagogía y pedagogía hospitalaria Enseñanza-aprendizaje
Niño	

9.1 ESTIMULACIÓN

Para comenzar, es preciso aclarar que la estimulación hace referencia a todas aquellas acciones que permiten la interacción del sujeto con el medio, con otras personas y consigo mismo, generando experiencias que influyen en su desarrollo físico, emocional, socio-afectivo, comunicativo y en sus estructuras cognitivas debido a la plasticidad cerebral, en otras palabras, la estimulación está orientada a favorecer el desarrollo integral del ser humano. En el presente proyecto, las maestras en formación de la Universidad de Antioquia, estimularon a los niños hospitalizados de la sala de Nefrología del Hospital Infantil San Vicente de Paúl, para que reestructuraran su esquema corporal; aunque dicha estimulación se apoyaba de la dimensión corporal, esto no quiere decir que no tuviera una influencia en las demás dimensiones, pues como es sabido, el ser humano es integral, por lo tanto cuando se interviene en una dimensión, se influirá en las demás.

Por otra parte, en el proceso de estimulación, el estimulador debe tener en cuenta aspectos tales como:

- El niño debe ser el eje central de la estimulación.
- Actitud y disposición tanto del estimulador como del estimulado, es decir, que ambos deben presentar una actitud positiva y deseante que genere disposición para dar y recibir la estimulación, con el fin de alcanzar logros significativos en el desarrollo. Con relación a esto un niño comenta: *“profes siempre que ustedes vienen nos divertimos y nos desaburrimos porque ustedes son muy charras”*, además se evidencia en notas de diario como:

“Se observa en todos los niños entusiasmo para asistir al aula, expresándolo en palabras como “qué bueno que vinieron”, “las estábamos esperando” y los padres expresan “que bueno que vinieron, éstos muchachos se estaban muriendo del aburrimiento”, “la mayoría de los niños están pendientes de nuestra llegada, incluso se ofrecen con entusiasmo a ayudarnos en la organización de las mesas y las sillas y participan de las actividades con agrado”

- Desarrollo cognitivo, el cual se construye progresivamente y en el que “(...) cada conducta prepara la siguiente y las primeras forman la base de las ulteriores” (Martínez, s.f., p. 9); es importante entonces tener en cuenta el desarrollo cognitivo del niño, para proporcionarle las actividades adecuadas, logrando así la eficacia de la estimulación, esto se evidenció en la siguiente nota de diario:

Una niña de 9 años de edad que debido a su enfermedad abandonó la escuela a los seis años, presenta un atraso a nivel cognitivo, lo que no le permite en ocasiones realizar actividades que otros niños de su edad pueden hacer, como fue armar el rompecabezas del sistema digestivo, por lo que se hizo necesario explicarle y mostrarle láminas que le permitieran comprender este sistema para luego armar con ella el rompecabezas.

- Momento y tiempo oportuno: el estimulador debe tener presente que el tiempo de duración de la estimulación sea acorde con la edad y el desarrollo del niño; de igual manera, debe ser oportuno al elegir los momentos en los que llevará a cabo dicha estimulación, para no interferir con actividades necesarias como el sueño y la alimentación; en el contexto hospitalario, además de éstas actividades se debe tener en cuenta el baño, la revisión médica y el suministro de medicamentos, por esto las maestras en formación de la Universidad de Antioquia, asistían en la jornada de la tarde cuando ya se habían realizado.
- Espacio físico y materia: el espacio físico donde se realiza la estimulación debe ser iluminado, ventilado y aseado, de igual manera se deben evitar las exageraciones en el color, elementos distractores y los ruidos fuertes. Con respecto a los materiales para realizar dicha estimulación, deben ser acordes

con la edad del niño y las actividades a desarrollar, teniendo en cuenta que no sean tóxicos, cortopunzantes, con tamaño adecuado, entre otros aspectos.

En el caso del presente proyecto, las sesiones fueron llevadas a cabo en dos espacios: en la primera y segunda etapa del proyecto se realizaron las sesiones en la sala de Nefrología, donde se contaba con un espacio que era organizado por las maestras en formación, pues éstas llevaban las mesas y sillas de colores y el material correspondiente a cada planeación; y en la tercera etapa, dada la construcción del Aula Lúdico-Pedagógica, se contó con un espacio que mejoró las condiciones de ventilación, iluminación y color, así como la existencia de materiales didácticos propicios para la manipulación infantil de acuerdo con la edad, generando un ambiente cálido y agradable para trabajar con los niños.

Todo esto con el fin de posibilitarle por sí mismo la autoconstrucción de sus estructuras, la adquisición de los logros mediante su propia actividad y potenciar habilidades que le permitan adquirir nuevos conocimientos, habilidades y destrezas necesarias e importantes para su adecuado desarrollo integral.

Dado que la estimulación temprana desde sus inicios fue pensada para abordar las problemáticas de los niños que presentaban carencias o limitaciones físicas o sensoriales, con déficit ambiental, familiar y social para rehabilitarlos, podría afirmarse que el proyecto que se llevó a cabo en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl, en la sala de nefrología con niños en edades comprendidas entre los 5 y 13 años de edad, es pertinente debido a que en dicho proyecto se aplicaron una serie de actividades lúdicas, pedagógicas y estimulantes, teniendo en cuenta la necesidad detectada por medio del diagnóstico, siendo ésta la reestructuración del esquema corporal.

Por otra parte, como es bien sabido, los primeros años de vida del ser humano, son fundamentales y decisivos para las etapas posteriores, ya que sus estructuras están en pleno proceso de formación y maduración, lo que le permite adquirir y desarrollar las bases necesarias para su desarrollo físico, psicológico, social, entre

otros. Es por ello que se habla de la importancia de la estimulación en este periodo, teniendo en cuenta que ésta ejerce una acción significativa en el proceso de desarrollo y más aún cuando opera sobre formaciones que se encuentran en ciclo de maduración, es decir, cuando el cerebro está en la capacidad de asimilar toda experiencia que le brinda el medio exterior, lo que se conoce también como plasticidad cerebral, que según Cotman (s.f., citado por Martínez, s.f., p. 1) es

(...) la capacidad general del cerebro para adaptarse a las diferentes exigencias, estímulos y entornos, o sea, la capacidad para crear nuevas conexiones entre las células cerebrales y que permite que, aunque el número de neuronas pueda mantenerse invariable, las conexiones o sinapsis entre estas pueden variar, e incluso incrementarse, como respuesta a determinadas exigencias.

Se podría decir entonces, que la plasticidad cerebral hace alusión a la facultad que posee el órgano más complejo del ser humano, el cerebro, para recibir, asimilar, acomodarse, crear y manifestarse ante toda experiencia proporcionada por su entorno; es importante mencionar que esto se da mediante la sinapsis que se refiere al contacto que se da entre dos neuronas y a través del cual se transmiten las señales nerviosas de unas células a otras; dichas sinapsis se activan y reproducen ágilmente cuando el individuo tiene contacto con diferentes experiencias externas y permiten la formación de estructuras funcionales en el cerebro, que a su vez constituyen la base fisiológica de las formaciones psicológicas que posibilitan configurar las condiciones para el aprendizaje.

Por lo tanto, es necesario estimular al niño desde temprana edad, ya que a nivel científico se ha demostrado que el recién nacido posee gran cantidad de células nerviosas o neuronas, las cuales mediante la estimulación se activan y pueden permanecer vivas en el ser humano hasta la adultez, pero si éstas neuronas no reciben conexiones con otras es muy probable que mueran, sin oportunidad de ser reemplazadas, de ahí la importancia de la estimulación, lo que conlleva a evitar efectos permanentes e irreversibles en el desarrollo cerebral y contribuyendo al

fortalecimiento de las estructuras mentales que intervienen en el aprendizaje. Retomando lo anterior, es posible afirmar que cuando un ser humano es privado de dicha estimulación, es probable que presente algún tipo de atraso en los procesos, siendo uno de ellos el cognitivo, como lo muestra el siguiente caso:

En una de las sesiones pedagógicas llevadas a cabo por las maestras en formación, se propone realizar un dibujo del cuerpo, y se le pregunta a una niña de seis años: ¿entendiste lo que vamos a hacer?, a lo que ella responde afirmativamente “sí”, acompañado de un movimiento de cabeza de arriba hacia abajo, pero al realizar la tarea, su trabajo no demuestra ser coherente con la explicación, pues lo que hace son círculos, rayas verticales y puntos separados, evidenciándose así el grado de dificultad que presenta para comprender y realizar la actividad. Esto probablemente se debe a la poca estimulación que ha recibido en su hogar y a la falta de escolarización, pues no ha ingresado a una institución educativa.¹⁷

Otro ejemplo de ello es una niña de siete años de edad, que si bien reconoce algunas partes del cuerpo, se le dificulta armar la figura con los recortes de revista teniendo en cuenta la secuencia que debe seguir, por lo que en lugar de armar adecuadamente el cuerpo humano, lo único que logra es recortar las partes más representativas como la cabeza, los brazos y el tronco, pero al momento de pegarlos, lo hace de forma fragmentada, es decir, sin conectar coherentemente las partes.¹⁸

Además de lo anterior, la estimulación como proceso tiene en cuenta que el desarrollo y adquisición de los aprendizajes es progresivo, lo que implica comprender que los logros no se alcanzan de un momento a otro, sino que es secuencial, es decir, un aprendizaje ya interiorizado, sirve como base para uno nuevo, por lo que no es de extrañar que al iniciar una nueva tarea, ésta no se realice inmediatamente y con facilidad; por esto es probable que los menores muestren dificultad en una labor, como sucedió con los niños de la sala de nefrología al proponer una actividad cuyo objetivo era hacer un dibujo con la mano no dominante, pues se observó en los niños varias maneras de enfrentarse a tal

¹⁷ Nota de diario de campo.

¹⁸ Nota de diario de campo.

situación: *“algunos lo intentaron hasta realizarlo, otros por el contrario abandonaron la actividad y otros la realizaron con la mano dominante”*¹⁹. Esto no quiere decir que si al niño se le dificultó realizarlo en esta primera oportunidad, se deje de estimular en ello, al contrario es importante estimular el hemisferio del cerebro que gobierna su mano no dominante, pero teniendo en cuenta el momento adecuado, la disposición del niño, así como su proceso, ritmo y estilo de aprendizaje.

Lo anterior no quiere decir que la estimulación deba entenderse como un acto relacionado meramente con el área motora, pues ésta al tener en cuenta al niño como un ser integral, se sale de dicha área para desarrollar otras como la perceptivo-cognitiva, la lingüística, la social, entre otras; sin embargo, para que estas sean desarrolladas, es necesario tener en cuenta el cuerpo y el movimiento como herramienta principal, debido a que las experiencias que el niño adquiere corporalmente, le permitirá reconstruir dichas experiencias en conocimientos internos o estructuras cognitivas, las cuales se pondrán en evidencia cuando se desenvuelva en su entorno.

Es claro que en los tres primeros años de vida del niño, es importante la estimulación por su grado de eficacia en las áreas del desarrollo; sin embargo, esto no quiere decir que una intervención adecuada después de los primeros años, no muestre consecuencias importantes en el ser humano, pues este está capacitado para realizar conexiones neuronales a lo largo de su vida, lo que quiere decir que puede ser estimulado en cualquier etapa para alcanzar logros significativos en su proceso de desarrollo. Teniendo en cuenta esto, se podría decir que no es inoportuno el trabajo educativo que se realiza con los niños en la sala de nefrología en edades entre los 5 y 13 años, debido a que la estimulación puede producir resultados favorables a nivel cognitivo, psicológico, motor y demás

¹⁹ Nota de diario de campo.

en todas las etapas del ser humano, por la capacidad que éste tiene de realizar conexiones neuronales que le permiten adquirir nuevos aprendizajes.

Otro aspecto a resaltar, es que el niño como eje central en el proceso de estimulación, debe tener la oportunidad para la acción, asimilando la estimulación durante la actividad, ya que es en ese proceso donde se autoconstruye procesando, renovando, transformando, inventando y reconstruyendo, sobre las condiciones que el adulto propicia para el desarrollo de su potencial humano. Es el caso de la reestructuración del esquema corporal en los niños hospitalizados, pues son las maestras en formación quienes propician la estimulación pertinente a ésta población, permitiendo que sean ellos mismos quienes mediante la realización de diferentes actividades ludico-pedagógicas tales como armar el rompecabezas del cuerpo, dibujarse, mirarse en el espejo, explorar texturas, entre otras (ver programa de estimulación), asimilen, procesen, renueven, transformen, reconstruyan y autoconstruyan su esquema corporal.

Es necesario que el adulto estimulador, planee previamente las actividades enfocadas a estimular el desarrollo del niño, teniendo en cuenta un objetivo claro, pues cuando se tiene conciencia del propósito de determinadas actividades, éstas podrán presentar mayor eficacia. Es así como la estimulación hace pertinente la reestructuración del esquema corporal en los niños de la sala de nefrología del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, ya que permite enfocar las actividades a un objetivo específico, logrando mayor eficacia y pertinencia a dicha población.

Sin embargo, no basta con presentarle al niño una serie de experiencias o actividades enfocadas a desarrollar determinadas habilidades, pues para que sean eficaces y agradables para él, la estimulación debe establecer una estrecha relación con el juego y la lúdica, ya que estos componentes son herramientas indispensables para despertar interés y motivación en el niño, es por ello que la reestructuración del esquema corporal en los niños hospitalizados en la sala de

Nefrología del Hospital Infantil San Vicente de Paúl, está basada en la estimulación lúdica y pedagógica.

En el presente proyecto se entiende el juego, aunque existan otras definiciones, como toda actividad placentera y voluntaria en el que se ponen de manifiesto los anhelos, las vivencias, los sentimientos, las emociones, la imaginación, el pensamiento, entre otros del ser humano; convirtiéndose en un medio para facilitar el proceso de reestructuración de su esquema corporal. La lúdica por su parte, hace referencia a la actitud positiva, de goce y disfrute que presenta un sujeto, es decir, es una disposición optimista, flexible, abierta, dinámica, positiva, espontánea y segura ante las situaciones de la vida. Ambos conceptos son importantes porque, como ya se mencionó anteriormente, todas las experiencias que el niño adquiere para generar aprendizajes significativos deben pasar por el cuerpo, ya que éste está dotado de múltiples sensores que le permiten captar situaciones externas e incorporarlas exitosamente en sus estructuras internas, de tal manera que logre apropiarse de conocimientos que beneficien su desarrollo progresivamente, pues como lo afirma Grenier (s. f., p. 3), *“lo interno, es lo externo interiorizado”*.

Es por ello, que las maestras en formación tienen en cuenta el juego y la lúdica como dinamizador de procesos tanto internos como externos para ayudar al niño a reestructurar su esquema corporal, debido a que *“el juego es por excelencia la actividad motriz del niño y a medida que se va perfeccionando va permitiendo el desarrollo de habilidades mentales superiores, como el manejo de símbolos y abstracciones”* (Tecnológico de Antioquia, s.f., p. 117). Podría decirse entonces, que el movimiento coordinado e intencional es la base del aprendizaje.

El juego se convierte también en una oportunidad para mirar la realidad de manera positiva, adquiriendo fortaleza y esperanza para continuar afrontando las diversas dificultades que se presenten, por eso en el hospital, las maestras en formación lo

tienen en cuenta durante las sesiones y los niños ya lo saben, así que cuando las ven llegar, demuestran felicidad en sus rostros y preguntan: *¿qué juegos vamos a hacer hoy?* Y cuando no pueden participar de las actividades manifiestan tristeza o enojo, como fue el caso de

Una niña, quien se encontraba fuera de la sala debido a la hemodiálisis, cuando llegó, se puso triste al ver que las maestras estaban allí finalizando la sesión y expresó: “¡ay no! Ya me perdí de todo por estar en hemodiálisis ¡que pereza!

Esto evidencia la necesidad de brindar al niño, en especial al hospitalizado, espacios de esparcimiento o juego en el cual puedan presentar estados anímicos positivos, fortaleciendo su actitud lúdica frente a su condición de salud, para continuar su estancia allí de manera más amena.

También se observa lo agradable que es el juego para ellos cuando se les pregunta al finalizar cada sesión *¿por qué les gusta venir al aula?*, a lo que ellos responden *“porque podemos jugar”, “porque nos divertimos” “porque jugamos muchos juegos y aprendemos”,* incluso se escuchan comentarios de las madres como *“que bueno que ya vinieron ustedes a jugar con los niños porque están en las habitaciones muy aburridos”* o *“siquiera llegaron porque mi hijo ya me estaba preguntando que a qué hora llegaban ustedes para jugar”* y también llaman a los niños de las habitaciones avisándoles de nuestra presencia y animándolos a comerse toda la comida para dejarlos salir a jugar.

Durante las sesiones se ha visto que los niños disfrutan más los juegos en los que esta implícito el movimiento corporal, tales como el baile, el juego de las sillas, las rondas, las competencias; también les gustan los grupales como la escalera, la lotería y les agrada hacer juegos de roles espontáneamente como lo hizo una niña cuando al llegar y comenzar la sesión ella expresó a las maestras *“hoy quiero ser*

la profesora”, se puso el delantal y comenzó a realizar las actividades cotidianas como la canción del saludo, la lectura del cuento, el repaso de éste, entre otras.

El juego entonces, es un medio que hace posible expresar emociones, sentimientos y deseos, permitiéndole al niño desenvolverse de una manera libre y espontánea en un determinado momento, convirtiéndose así en una actividad agradable, y que a su vez le aporta al desarrollo de su motricidad (fina y gruesa), la imaginación, la socialización, el pensamiento espacial y a la resolución de problemas, como bien se evidencia en el siguiente fragmento de observación:

Un niño que aunque estaba conectado a una bomba, no resultó ser ningún impedimento para participar de la actividad de las sillas (ronda de baile al ritmo de la música), pues la manejó con destreza en el espacio, logrando participar sin incomodar a los demás.

Por otra parte, según Díaz (1993), retomado por Meneses y Monge (2001, p. 122), los juegos se clasifican a partir de las cualidades que desarrollan, en juegos sensoriales, motrices, de desarrollo anatómico, organizados, predeportivos y deportivos; entre los cuales se tuvieron en cuenta a lo largo del proyecto investigativo los cuatro primeros, pues éstos se encontraron pertinentes a los objetivos y se desarrollaron de la siguiente manera:

- Los juegos sensoriales se realizaron con el fin de contribuir al desarrollo de los sentidos, las actividades para ello fueron: el camino de texturas, en el cual experimentaban sensaciones táctiles con sus manos y pies teniendo los ojos vendados; el juego de “el mensaje” que consistía en escribir con el dedo índice un mensaje en la espalda de un compañero; el juego de “adivina que cosa es” donde los niños con los ojos vendados debían reconocer alimentos con su olfato; el juego de “póngale la nariz al payaso” aquí se buscaba desarrollar el oído, la actividad consistía en que teniendo los ojos vendados y escuchando las instrucciones de la maestra o algún compañero, debían intentar ponerle la nariz

a un payaso en el lugar correcto; el juego de “concéntrese” en el que los participantes hacían parejas de fichas, entre otros juegos, incluyendo cada actividad en las sesiones pedagógicas, ya que los sentidos se desarrollan en las diferentes tareas cotidianas que el ser humano realiza.

- Los juegos motrices y de desarrollo anatómico para fortalecer movimientos corporales, entre éstos juegos se encuentran: el juego del gusano, dónde los niños cogían de una caja una ficha y pasaban luego por un túnel; juegos de rondas, bailes y actividades de motricidad fina como recortar, pegar, armar rompecabezas, dibujar, origami, rasgar, pintar, moldear, entre otras. Durante las intervenciones pedagógicas se observó que este tipo de juegos fueron los que los niños disfrutaron más.
- Los juegos organizados, en los cuales se busca contribuir en el aspecto social y que generalmente tienen implícita la enseñanza. Aquí se encuentran todos los juegos mencionados anteriormente, ya que cada uno de ellos contenía un objetivo educativo y a la vez social, pues aunque no todos los juegos se realizaron en parejas o grupos, los niños debían relacionarse con sus pares y adultos en todas las sesiones pedagógicas, debido a que se compartía un mismo espacio y se ubicaban en mesas redondas para realizar las actividades, por lo que debían compartir los materiales de trabajo y al finalizar socializar su producto.

Con la realización de los juegos anteriormente mencionados, fue posible evidenciar los progresos que los niños hospitalizados en la sala de Nefrología, adquirirían poco a poco en las sesiones pedagógicas, pues para muchos era difícil socializarse con los demás, como fue el caso de algunos quienes mediante la invitación que les hacían las maestras en formación a participar de las actividades y los juegos de cada intervención, fueron logrando progresivamente socializarse con sus pares y adultos con mayor facilidad. Otros niños por ejemplo adquirieron

conocimientos mediante juegos que les permitieron avanzar en su proceso de reestructuración del esquema corporal, lo que se evidenció cuando reconocían algunas partes de su cuerpo que antes no reconocían, teniendo en cuenta las limitaciones causadas por la enfermedad, así como también expresando todas las posibilidades de interactuar con su cuerpo, expresando abiertamente los cambios que presentan a nivel corporal debido a su enfermedad, haciendo parte de su cuerpo los aparatos médicos que poseen y manejándolos con destreza para realizar sin inconvenientes los juegos, actividades y desplazarse a donde lo requieren.

Lo anterior muestra claramente, cómo a través de la estimulación y la relación de ésta con el juego y la lúdica, es posible llevar a cabo programas encaminados a favorecer el esquema corporal y su reestructuración, favoreciendo el desarrollo integral de los niños hospitalizados.

9.2 ESQUEMA CORPORAL: VIVENCIAS Y EXPERIENCIAS

Existe una gran cantidad de métodos para que el ser humano pueda adquirir conocimientos a lo largo de su infancia y de toda su vida, al mismo tiempo que establece relaciones con el medio y las personas que lo rodean; sin embargo, el cuerpo siempre ha sido y será el principal mecanismo para que esto sea posible, pues le proporciona al niño variedad de medios para que pueda establecer una conexión entre su mundo interior y el exterior, como son por ejemplo los órganos de los sentidos: gusto, oído, olfato, vista y tacto; al igual, que múltiples formas de comunicación representadas en los diferentes lenguajes como el verbal, el escrito, el gestual y el gráfico, que le permiten interactuar con otros, percibir, experimentar, conocer y aprender de sí mismos, de quienes lo rodean y del entorno.

Sin embargo, lo anterior está determinado por la forma como el ser humano estructura su esquema corporal, ya que éste será entendido en el presente trabajo, aunque puedan existir otras concepciones, como la construcción que el niño hace de su cuerpo a nivel cognitivo, refiriéndose al conocimiento de las diferentes partes del cuerpo internas y externas y sus funciones; a nivel socio-afectivo, en relación a la percepción que se tiene de sí mismo, lo que incide en la forma como interactúa y se desempeña en diferentes situaciones; y a nivel físico, reflejado en el crecimiento, desarrollo, maduración y madurez que presenta su cuerpo según la edad; todo lo anterior le permite, además de conocerse a sí mismo en lo físico y personal, establecer relaciones con el otro, con el espacio y con los objetos, debido a las posibilidades de movimiento que su cuerpo le provee, generándole vivencias, experiencias e interacciones que sirven como estímulo para que todos estos procesos sean posibles y se lleven de forma adecuada.

Lo anterior se puede evidenciar en el siguiente texto, producto de las observaciones realizadas a los niños hospitalizados en la sala de Nefrología del Hospital Infantil San Vicente de Paúl:

(...) por lo tanto el desarrollo del esquema corporal tiene que ver con las experiencias que el niño va adquiriendo a medida que interactúa con el medio y con los otros, de ahí entonces, las diferencias que se presentan entre algunos niños sobre la apropiación que tienen de su esquema corporal; por ejemplo, la actitud que asume la niña que no ha estado escolarizada y que la mamá la sobreprotege, se ve reflejada en las respuestas que da y la elaboración de su trabajo.²⁰

El esquema corporal, se convierte en un factor de equilibrio personal dado que concibe al ser humano como un ser integral, donde convergen una serie de dimensiones como la corporal, la socio-afectiva, la comunicativa, la estético-artística, la ética, la espiritual y la cognitiva, que hacen de él una totalidad; es por esto que dicho esquema está constituido por dos componentes que son el

²⁰ Este texto fue extraído del Diario de campo.

concepto y la imagen corporal, ambos de igual importancia y que se complementan entre sí.

Por lo anterior, las maestras en formación de la Universidad de Antioquia en sus planeaciones buscaban integrar las dimensiones del desarrollo, abordando de ésta manera los dos componentes del esquema corporal, siendo consecuentes con la concepción del ser humano integral, evidenciado en la siguiente nota de diario de campo:

Se observa que las actividades realizadas por las maestra en formación, contribuyen al desarrollo de la dimensión cognitiva, pues amplía el conocimiento con respecto al cuerpo y a la enfermedad; de la dimensión corporal, pues se hacen actividades que involucran la motricidad fina y gruesa; la lingüística y estético-artística, porque invitan a la expresión gráfica, oral, escrita y corporal y la socio afectiva, porque buscan la socialización y el trabajo en grupo.

El concepto corporal entonces, es definido como el conocimiento científico e intelectual que una persona tiene de su propio cuerpo, debido a que logra descubrirlo y comprenderlo, a tal punto que puede nombrar, ubicar y diferenciar sus partes a nivel interno y externo y las funciones que cada una de ellas desempeña para el bienestar del organismo, manifestándolo inicialmente en su propio cuerpo por medio de la expresión oral, escrita y gráfica, para luego llevar ese conocimiento corporal al cuerpo del otro.

Es así como algunos niños hospitalizados en la sala de Nefrología del Hospital Infantil San Vicente de Paúl, al iniciar el proceso de reestructuración del esquema corporal en relación al concepto corporal, se les dificultaba nombrar, localizar y diferenciar algunas partes externas del cuerpo como las uñas, los codos, el ombligo, las pestañas, los tobillos, entre otras, por no ser las más significativas para ellos, pues al preguntarles sobre éstas respondían así: “¿El codo?, ¿no es

esto? [Señala la rodilla], “El ombligo... ¡jm!...”, “el ombligo sirve pa tener hijos”, “El tobillo es como un animal”, “Las pestañas es aquí [señala las cejas]”.

Por el contrario, hay otras que son representativas, tales como los ojos, la boca, las orejas, la cabeza, las manos y los pies, considerando éstas dos últimas como la totalidad de la extremidad, es decir, obviando el brazo y el antebrazo, la pierna y el muslo respectivamente. A las partes anteriormente mencionadas, les atribuyen una función relacionada con sus experiencias pues son las que ven con mayor facilidad y las que le permiten, según sus expresiones, el movimiento, la alimentación, el suministro de medicamentos, la visión, entre otros aspectos fundamentales para su vida y para relacionarse con los otros. Lo anterior se evidencia en palabras como:

“La cabeza sirve pa poneme el chulo”, “Los ojos para ver”, “La boca para comer”, “La boca sirve para las pastillas”, “La boca sirve para hablar”, “Las orejas son para escuchar”, “Las manos son para tocar”, “Las manos me sirven para jugar”, “Aquí me sirve para la inyección (señala el brazo)”, “La nariz me sirve para guardar los mocos y después botarlos”, “La nariz sirve para sacarme los mocos”, “La nariz...para oler”.

Por otra parte, aunque algunos niños tenían en cuenta el tronco al armar los rompecabezas, lo dibujaban o lo nombraban al hablar de las partes de su cuerpo, no le encontraban funcionalidad, pues como ellos mismos lo expresaban, el tronco sirve para: “Yo que se, sirve para respirar porque en el está el estómago”, “Para que me hagan cosquillas”, “Para doblarme y sostenerme”, “Para estirarme y doblarme para un lado”, “Para nada”, “Para tener los senos”, “No se”, de igual forma en un diario de campo se hace alusión al trabajo realizado por una niña, diciendo:

Lo particular de este trabajo es que en sesiones anteriores esta niña afirmaba que el tronco no le servía para nada, en este trabajo lo demuestra al omitirlo en su dibujo, es decir, para ella esta parte del cuerpo no tiene ningún significado.

Con respecto a las partes internas del cuerpo, pocos niños reconocían los sistemas que lo conforman, pues la mayoría sólo identificaba algunos órganos que hacen parte de éstos, como los riñones, el corazón, el estómago y los intestinos que ellos llaman “tripas”. Dichos órganos, la mayoría no los localizaban ni los diferenciaban correctamente y desconocían la función, esto se evidencia en notas de diarios como:

“Al armar los rompecabezas de los sistemas del cuerpo, algunos niños no los identificaban fácilmente (especialmente el respiratorio, el nervioso y el circulatorio), otros solo identificaban algunos órganos que hacen parte de los sistemas como los huesos, el corazón, el estómago y los intestinos que ellos llaman ‘las tripas’”, “...frecuentemente confunden la ubicación y no reconocen la función; los órganos internos generalmente no son nombrados ni ubicados en su cuerpo ni en el cuerpo del otro (principalmente los riñones, los pulmones y las venas)”²¹

De igual forma en expresiones de los niños como: *“El estómago es para la comida”, “La barriga es para que me de hambre”, “El estómago es para...para que llegue la comida”, “los riñones, ¡Jm!, yo no se [expresión de la NIÑA B]”,* y a la pregunta *¿qué es el intestino?* algunos respondieron: *“Un avión en el aire”, “Las tripas”, “Los riñones son para hincharme”, “Los riñones son para guardar el jugo”.*

Profundizando un poco con respecto a la función que para los niños tenían los órganos internos al iniciar el proceso de reestructuración, es posible decir que era asociada con frecuencia a la vida y a la muerte, esto se pudo ver en expresiones como: *“el corazón porque me ayuda a vivir”, “el riñón me sirve para vivir”, “si no respiramos nos morimos”, “si uno no tiene los riñones no estaría vivo”.*

Las anteriores respuestas y lo que se ha dicho con respecto a la identificación, localización y diferenciación de los órganos internos y externos y de las funciones,

²¹ El proceso de reestructuración del concepto corporal en éstos niños se conocerá como NIÑOS A

puede estar influenciado directamente por la edad y por el proceso llevado en el hospital, pues la construcción del esquema corporal es un proceso que se va dando paulatinamente y en relación al desarrollo cognitivo del niño, por ello algunos presentan dificultades para reconocer los órganos internos, pues como lo afirma Guimón (1999, p. 92), el niño inicialmente da cuenta de “(...) *las partes medias o simétricas visibles*, [de su cuerpo y] *luego las que no ve* (...) [pues] *de los órganos internos del intracuerpo, sólo tiene por entonces un conocimiento intuitivo o mágico*”; de igual forma otro aspecto que influye determinadamente en este aspecto es la falta de escolarización del niño, debida a los largos periodos de hospitalización, lo cual le causa un atraso a nivel cognitivo, en relación al desarrollo según la edad.

Lo anterior, también puede explicar algo que se evidenció con cierta frecuencia y es que algunos niños aunque reconocen las partes del cuerpo, no logran armar o dibujar un cuerpo estructurado como una totalidad, pues lo fragmentan, esto se comprobó en diferentes actividades, en las cuales:²²

“Una niña a la cual se le dificulta entender el cuerpo como un todo, solamente pegó la cabeza y el tronco, éste al revés”.

“La NIÑA C cuya edad es de 6 años aunque no armó el rompecabezas del cuerpo humano, se pudo evidenciar que reconoce y nombra algunas partes de él, ubicándolas correctamente en su propio cuerpo, pero al pegar el rompecabezas lo hace de una manera fragmentada, es decir, pega las diferentes partes del cuerpo en toda la hoja sin tener una secuencia de ellas”.

“Una niña de 12 años (NIÑA D) se encuentra en el proceso de elaboración del esquema corporal, pues al momento de pegar el rompecabezas solo ubicó correctamente la cabeza, la cara y el tronco, mientras que los brazos, las manos, las piernas y los pies los pegó de forma desorganizada, pero cerca del resto del cuerpo”.

²² Anotaciones de diferentes diarios de campo.

Otro aspecto importante del concepto corporal, es que además de involucrar el conocimiento del cuerpo a nivel de partes y funciones, también comprende el conocimiento de la enfermedad, pues ésta genera modificaciones significativas en ellas, lo que provoca un cambio en dicho concepto, cambio que a su vez genera en los niños depresión, angustia, estrés, introversión, aislamiento, entre otros, afectando significativamente su autoestima, autoimagen, autoconcepto y autoeficacia.²³ Con respecto a esto, algunos niños hospitalizados en la sala de Nefrología al iniciar el proceso de reestructuración, conocían el nombre de la enfermedad, pero desconocían lo que realmente pasaba con su cuerpo, las causas de su enfermedad y las consecuencias que ésta podía traer para su vida; otros, por el contrario eran concientes de la enfermedad, sabían lo que era, lo que producía en su cuerpo, los síntomas y las consecuencias para su vida. Para ilustrar lo anterior se citan 2 de las entrevistas realizadas:

Entrevista 1.

1. ¿Cuál es la enfermedad que tienes?

“Síndrome Nefrótico”.

2. ¿Qué sabes de tu enfermedad?

“Que tengo un riñón malo y por eso me hincho y me sale pelo en el cuerpo y por eso me hacen diálisis”.

3. ¿Qué produce la enfermedad en tu cuerpo?

“Que me hincho la cara y el estómago y me tienen que hacer cirugías y diálisis”.

4. ¿Qué sentiste para que tus papás te llevaran al hospital?

“Que un día me estaba doliendo mucho el estómago y entonces me empecé a hinchar y me tuvieron que llevar al hospital del pueblo y después me trajeron para acá”.

5. ¿Qué actividades no puedes realizar desde que estás enferma?

²³ Estos elementos hacen parte de la imagen corporal y serán abordados más adelante en el presente texto.

“Correr, saltar, no comer sal y tampoco puedo ir a la escuela”.

Entrevista 2.

1. ¿Cuál es la enfermedad que tienes?

“Tengo una infección en los riñones”.

2. ¿Por qué tienes esa infección?

“Soy directa, me tienen que poner pañal porque soy directa. Y por eso tengo una válvula en la cabeza”.

3. ¿Qué sabes de tu enfermedad?

Hace un gesto de negación con la mano y la cabeza.

4. ¿Sabes que causó tu enfermedad?

“No se” Hace un gesto de negación con la mano y la cabeza.

5. ¿Qué sentiste para que tus papás te llevaran al hospital?

“La infección”.

6. ¿Qué crees que causó tu enfermedad?

Hace un gesto de negación con la mano y la cabeza y sonrío.

7. ¿Crees que tu enfermedad va a afectar tu vida?

Hace un gesto de negación con la mano y la cabeza.

De igual manera, muchas de las respuestas que daban los niños con respecto a lo que sabían de la enfermedad, daba cuenta de lo que escuchaban de los médicos, enfermeras y padres de familia, evidenciándose que dicha información contribuye al conocimiento pero es superficial, pues no profundiza en la realidad de la enfermedad, ni es lo suficientemente clara para que los niños la entiendan, esto se evidenció en la entrevista realizada a la NIÑA E, la cual fue ejecutada en dos momentos:

Momento 1.

¿Cuál es la enfermedad que tienes?

“Tengo problemas en los riñones”.

¿Qué sabes de tu enfermedad?

“A mí de dolía, tenía mucho vómito y diarrea. Eso es parecido como a una anemia...la anemia es como un dolor casi como una infección”.

¿Qué problemas tienes en los riñones?

“tengo mucho...la sangre no me circula bien...”.

¿Quién te habló de la enfermedad?

“Yo escuché... mi mamá si sabe y me dijo que en la noche íbamos a hablar de eso”.

Momento 2:

¿Cuál es la enfermedad que tienes?

“Síndrome nefrótico”.

¿Qué es el síndrome nefrótico?

“Es una cosita que da en los riñones”.

¿Qué cosita crees que es?

“Es como un granito que da en los riñones”.

¿Quién te lo dijo?

“La enfermera y mi mamá”.

Continuando con el conocimiento de la enfermedad por parte de los niños hospitalizados en la sala de Nefrología del Hospital Infantil San Vicente de Paúl al iniciar el proceso de reestructuración del concepto corporal, se puede decir que la mayoría de ellos, reconocía el órgano que se encontraba afectado, sin embargo no reconocían con facilidad los efectos que ésta podía tener en otras partes de su cuerpo, pues al preguntarles generalmente respondían *“no se”* o se quedaban callados; y con respecto a los cambios físicos consecuencia de la enfermedad, eran asociados generalmente a los edemas y al vello corporal, pues al preguntarles por dichos cambios respondían:

“el pelo que me salió en el cuerpo”, “algunas veces cuando me ponen una droga no me acuerdo como se llama, me salen muchos pelitos en los brazos y en la espalda y cuando estoy muy mal, muy mal, se me hincha el cuerpo”, “que me hincho”, “he mejorado ya no me duele tanto”, “yo no se”.

Con relación al tratamiento para la enfermedad, algunos niños lo desconocían y al preguntarles no respondían o decían “no se”, otros por el contrario, lo asociaban a lo que veían y a sus vivencias durante su estadía en el hospital, es decir, con las inyecciones, pastillas y medicamentos que debían tomar frecuentemente, pero no sabían con certeza para que servían. Esto se evidenció en expresiones como:

“Es que el médico me dijo que tenía que tomar mucho agua, entonces por eso es que me ponen esas bolsas, por si me da sed [texto del NIÑO F, refiriéndose a las bolsas de la diálisis peritoneal]” “Yo no se...sí, me ponen sangre porque tengo muy poquita y se me tiene que ir al cerebro porque se me está acabando, todos los días me ponen como cinco botelladas; me toman la presión para ver como está, para que no se me baje, en estos días se me subió y tuve pesadillas”.

El otro componente del esquema corporal es la imagen corporal y alude a la manera como el ser humano se percibe en relación a sí mismo y a los demás, reflejando así los sentimientos respecto a su cuerpo, siendo esto el producto de las múltiples experiencias y sensaciones que se dan por la interacción a nivel interno (consigo mismo) y externo (con los otros), lo que genera en el ser humano calificativos como bonito o feo, valoraciones con respecto a las habilidades para desempeñarse exitosamente en situaciones particulares y el cuidado de sí mismo, todo esto depende también de la afectividad, de las emociones y de sus sueños y metas, al igual que de la influencia del medio y de la cultura.

Lo anterior pudo ser evidenciado en los niños hospitalizados en la sala de Nefrología del Hospital Infantil San Vicente de Paúl al iniciar el proceso de reestructuración de la imagen corporal, por medio de los trabajos manuales realizados como dibujos, títeres y modelados en arcilla o plastilina, pues algunos

los hacían con colores claros y sin mucha presión en el lápiz, lo que puede ser asociado con la inseguridad y la timidez, otros por el contrario se dibujaban o se modelaban tomando como punto de partida su estado físico real, es decir, con cicatrices o sentados, dado el caso de que no pudieran caminar. Las siguientes notas de diario de campo dan cuenta de lo anterior y algunos trabajos realizados por los niños que se anexan al final (Ver Anexo 1):

“La imagen corporal se ve reflejada en las figuras que los niños hacen al verse representados en ellos, dando cuenta de la manera como se acepta cada uno de acuerdo a sus capacidades”.

“Otra niña (NIÑA G) que ha pasado la mayor parte del tiempo en silla de ruedas, al momento de modelarse en arcilla lo hizo sentada, cuando se le preguntó a que se debía su trabajo respondió “Si así estoy yo” y al indagar cómo se sentía por estar así dijo: ‘¡no!, que pereza estar así”.

“Otros niños a parte de dibujarse los segmentos externos de su cuerpo se dibujan las cicatrices que tienen a raíz de las cirugías que les han hecho”.

“Una niña, al dibujar y pintar su cuerpo lo realizó con colores pasteles, además demostraba dificultad para hablar de sí misma presentando conductas evasivas al momento de la socialización”.

Asimismo, en dichos trabajos también se proyecta lo que quieren ser en el futuro, por ello se encontró que algunos niños al extraer imágenes de revista lo hacían expresando: *“voy a recortar este que está haciendo deporte...porque yo quiero ser fuerte como él”*, en otro momento se evidenció que (Ver Anexo 2)

Cuando los niños arman la estructura del cuerpo piensan en su propio esquema corporal o cómo les gustaría que éste fuera, pues un niño que quería ser deportista pegó las partes del cuerpo de un hombre musculoso y una niña que quería ser modelo recortó una imagen de una mujer, que como ella lo expresó era “linda”²⁴.

²⁴ Fragmento de una observación.

Para otros, el acto de dibujar es una forma de escapar de la realidad, pues como uno de los niños dijo: *“(...) pero como yo aquí puedo ser como yo quiera, entonces me voy a hacer, no en la silla, sino parado y jugando fútbol”*; éste niño presenta una discapacidad motora, por lo que permanece en una silla de ruedas y el dibujo se convertía en un juego para él, pues allí podía ser de otra manera que en la vida real, siendo éste un medio para expresar sus deseos, sin reñir con la aceptación de su condición, pues en otros momentos expresaba: *“yo me quiero como soy, aunque de aquí pa´bajo no sirva (...) porque igual puedo hacer otras cosas y mi mami me quiere así”*.

Otro aspecto importante de la imagen corporal, es que está compuesta fundamentalmente por cuatro aspectos que son: el autoconcepto, la autoestima, la autoimagen y la autoeficacia, incidiendo en la forma como el ser humano actúa, piensa, se cuida, interactúa y se proyecta hacia los demás:

- La autoestima, hace alusión a los sentimientos valorativos que tenemos hacia nosotros mismos, es decir, qué tanto se quiere a sí mismo y qué tanto valor atribuye a sus características espirituales, mentales y corporales, sus aptitudes y habilidades. La autoestima se forma a partir del ambiente familiar y social en el que se desenvuelve el niño y de los estímulos que recibe de éste, e influye en la autoimagen, el autoconcepto y la autoeficacia, así como en la formación del ser integral, su salud, su adaptabilidad y productividad.
- El autoconcepto, hace referencia a los sentimientos, las ideas y actitudes con respecto a sí mismo, las cuales inciden en la forma como se autoevalúa y valora a sí mismo. Está compuesto por la confianza y la seguridad y conduce a la autoestima. El autoconcepto se desarrolla desde los primeros meses de vida, a partir de la relación que tiene el bebé con su madre, por lo que la aceptación de los hijos tal y como son y de sus características físicas y psicológicas, se

convierten en la base de un adecuado desarrollo psicológico y lo fortalecerán para enfrentarse al mundo y desempeñarse en diferentes tareas y contextos.

- La autoimagen, es concebida como el agrado personal con respecto a lo físico y lo mental: la primera involucra el conocimiento, la conciencia y la importancia del cuerpo y la segunda hace referencia a la forma de expresión o actuación. Éste elemento es de gran importancia para establecer una adecuada relación con nosotros mismos y con los demás, al mismo tiempo que es el eje central de la personalidad y un elemento importante para alcanzar las metas, pues marcará la forma como nos proyectamos hacia los demás. La autoimagen se forma a partir de la socialización y la comunicación con el medio exterior inmediato o cotidiano y con las personas significativas.
- La autoeficacia, se refiere a la confianza que se tiene en sí mismo, evidenciándose en la forma como se afrontan situaciones difíciles o nuevas, en las que utilizará sus recursos tanto internos como externos, sin la necesidad de que sus padres o personas significativas estén presentes.

Con respecto a estos elementos, los niños hospitalizados en la sala de Nefrología, al preguntarles qué les gustaba de su cuerpo, los más pequeños contestaban “todo”, sin reflexionar la respuesta, mientras que los de mayor edad, manifestaban desagrado por su cuerpo, pues unos respondían “nada” y otros especificaban algunas partes de su cuerpo, relacionándolo con el ser lindos o feos, algunas de las expresiones que dan cuenta de esto son: *“Nada, nada me gusta”, “Con nada me siento a gusto”, “No me gusta mi cara porque tengo pecas”*.

Pasando a otro aspecto, al responder la pregunta sobre lo que no les gustaba de su cuerpo, algunos niños contestaban reafirmando lo encontrado en la pregunta anterior, otros daban cuenta de aspectos referentes a las partes que según su

criterio los hacían ver “feos” o con relación a la enfermedad; para aclarar un poco esto, se citan a continuación algunas frases propias de los niños:

“No le dije pues que todo me gusta”, “nada, todo me gusta”, “las pecas, sin las pecas me veo más bonita”, “las orejas...porque son grandes”, “nada, no mentiras, mi cabeza porque me dan muchas convulsiones”, “los riñones porque los tengo malitos”, “los pies, porque sí”, “la nariz, yo no se”.

En cuánto al cuidado del cuerpo, se puede decir que lo asociaban con frecuencia a aspectos como el aseo personal o la alimentación, pero principalmente con la enfermedad, con el fin de conservar la salud, esto se ve reflejado en afirmaciones como:

“no tomar tanto líquido, ni comer comidas con sal, esa comida así es más maluca, toda simple”, “asearme muy bien, cuidarme mucho, o sea que no haga tantas cosas como comer la comida con sal, no cargar cosas, no hacer fuerza, no me puedo bañar con agua fría porque se me suben los pelitos”, “asearme, bañarme”, “no puedo comer banano por el potasio, tampoco sal y poquita agua”.

Por el contrario, al iniciar el proceso de reestructuración de la imagen corporal, otros no reconocían estos cuidados, pues al preguntarles contestaban “No se”²⁵ o aunque los reconocían no los ponían en práctica, como es el caso de una niña que aunque manifestaba que el cuerpo se cuida bañándose, se observaba que cuando no estaba la mamá no lo hacía.

Retomando otro aspecto que también está en directa relación con los componentes de la imagen corporal al iniciar su proceso de reestructuración, es que algunos niños debido a la enfermedad presentaban una auto-eficacia baja, mostrándose inseguros a la hora de realizar algunas actividades, de hablar de sí mismos, de afrontar situaciones nuevas o difíciles o de interactuar con otros, esto debido a la enfermedad, a los periodos de hospitalización, a la desescolarización y

²⁵ El proceso de reestructuración de la imagen corporal de éstos niños se conocerá como NIÑOS H

también a algunas palabras de los padres como: *“usted no es capaz de hacer eso”*; debido a esto, los niños en la realización de las diferentes actividades pedían ayuda con frecuencia, abandonaban la actividad sin dar explicaciones, cedían la actividad a la madre o se aislaban del grupo, esto se veía reflejado en las siguientes notas de diario y observaciones:

“Cuando la niña se siente insegura con respecto a algún conocimiento o al realizar alguna tarea, llama a su mamá, a la enfermera o alguna maestra en formación para que le colaboren diciendo: ‘me ayuda por favor’ o ‘es que no recuerdo como se hace’”.

“Uno de los niños no quiso participar de las actividades y se aisló del grupo, manifestando que no sabía hacerlas y aunque las maestras le decían que ellas le ayudaban no quiso incorporarse en los juegos”.

“En la realización del dibujo con la mano no dominante, se encuentra que algunos de los niños aunque se les dificulta realizarlo intentan y no paran hasta terminarlo; otros por el contrario al sentir la dificultad abandonan el trabajo o lo hacen usando la mano dominante”²⁶.

“Al socializar las siluetas, una de las niñas cuando le tocaba el turno se encerró en su habitación y no salió hasta que se finalizara la actividad, luego le preguntamos por qué no había querido hablar de su trabajo y dijo: ‘es que yo no se...es que me da pena’”

“Cuando se cantó la canción del lupilú, algunos niños no lograron compenetrarse con el grupo y participar activamente, más bien se quedaban sentados o, si bien nos acompañaban en la ronda no respondían ni a la canción ni a los movimientos”²⁷.

“La niña J estaba realizando el muñeco con arcilla de forma estructurada, sin embargo, cuando llegó la madre, la niña le cedió el trabajo manifestando ‘ayúdeme que usted sabe que yo no soy capaz de hacer eso sola’ y continuó siendo espectadora de lo que hacía su madre”.

En relación a lo anterior, se observó también que frecuentemente los niños y niñas sentían vergüenza al hablar de sus órganos genitales, por lo que generalmente

²⁶ Algunos de éstos trabajos pueden ser observados en el Anexo 3

²⁷ El proceso de reestructuración de la imagen corporal de éstos niños se conocerá como NIÑOS I

evadían el tema; esto se evidenció en expresiones como: “¡hay no!, es que me da pena”, “no, diga usted”, “¡ah, no!, no quiero decir...me da pena”, también hay situaciones que se relatan en diarios y observaciones, que dan cuenta de este aspecto:

“Cuando se le pide a la niña que señale las partes de su cuerpo y que las nombre, ella lo hace omitiendo sus senos y vagina, pues aunque las identifica, no lo hace porque le da vergüenza”.

“Una niña de 13 años de edad se le dificulta nombrar sus genitales y el de los chicos, pues lo evade o nombra como un apodo, esto se evidenció al armar el rompecabezas y pedirle que nombrara cada parte, se saltó la vagina y continuó en las piernas y al preguntarle por qué lo había hecho, se quedó callada”.

“Un niño de 9 años, cuando dibujó la silueta de su cuerpo, dibujó el pene, sin embargo, en el momento de expresar verbalmente el nombre de esta parte del cuerpo demostró pena o vergüenza”.

Sin embargo pocos niños se mostraban seguros de sí mismos y con una fuerte autoestima y autoimagen, es el caso de una niña que afirmaba: “yo me siento a gusto conmigo, si a los otros no les gusta de malas, a uno le tiene que parecer bonito y ya, uno tiene que verse bonito, lindo”, y de un niño que presentaba una discapacidad motora en sus extremidades inferiores, quien “... localiza sus extremidades inferiores sin demostrar inferioridad o vergüenza por su discapacidad, lo que no le impide participar con entusiasmo de las actividades, relacionarse con su entorno y quienes le rodean, dando muestra así, de su aceptación corporal”.

Continuando con otro asunto relevante de la imagen corporal, es posible mencionar que en ésta el ser humano concibe como suyo un objeto externo a su cuerpo, lo que le permite integrar elementos que no son propios de éste, pero que mejoran muchas de sus funciones, siendo el caso de las válvulas, las sondas y los catéteres a los que comúnmente están conectados los niños hospitalizados,

además de otros que son tenidos en cuenta según el grado de significación y afectividad que guardan. Es así como algunos niños hospitalizados, al iniciar el proceso de reestructuración de la imagen corporal, integraban al dibujo de su cuerpo objetos externos como la válvula, el catéter o las sondas y algunos afirmaban que todas las personas los tenían, mientras que otros eran concientes de que no es así; de igual forma otros niños dibujaban objetos que no tenían relación con la enfermedad y la hospitalización, por ejemplo un sombrero; de esto dan cuenta algunas imágenes que se consignan al final (ver Anexo 4), notas de diario de campo y observaciones como:

“En la actividad del esgrafiado todas las niñas pusieron esmero en su trabajo; una niña de 6 años se dibuja con un sombrero, cuando le preguntamos a que se debía respondió: ‘porque me gustan los sombreros, mi mamá dice que me quedan muy bonitos’”.

“Una niña de 6 años, conocida en el presente proyecto como la NIÑA C, que tiene problemas de atención, al hacer el trabajo de la silueta y dibujarse en ella, lo único que logra hacer es ubicar los ojos, la boca, y el corazón, aunque no lo hace en el lugar que corresponde, por ejemplo, los ojos los hace en la mitad de la cara y juntos, lo que sí ubica adecuadamente es el pelo y la válvula que tiene en su cabeza, y al preguntarle si todas las personas tienen válvula responde ‘sí, pues claro, o si no como pueden vivir’”

“Una niña al dibujar su cuerpo incluyó el catéter como parte de éste, el cual está ubicado en la parte interna de su cuerpo y le salen dos sondas; demostrando con ello que ella reconoce ese objeto como parte de su cuerpo, el cual necesita para su bienestar físico o biológico; además demuestra así que acepta y reconoce su enfermedad y los procedimientos médicos que requiere. También se le preguntó si ese objeto lo tenían todas las personas y dijo: ‘no, yo’”.

De igual manera, para algunos niños los aparatos médicos a los cuales se encontraban conectados no se convertían en un impedimento a la hora de realizar actividades que implicaban movimiento, pues buscaban estrategias para moverlos, pedían ayuda o simplemente los ignoraban, por ejemplo:

“Cuando estábamos jugando con las sillas, uno de los niños estaba conectado a una bomba, sin embargo esto no impidió que participara de la actividad, pues la manejaba con tanta destreza que no se convirtió en un obstáculo para que él mismo o los demás desarrollaran la actividad”.

“Un niño, que la mayor parte del tiempo que compartió con las maestras en formación, estuvo conectado a una bomba por medio de la cual se le suministraban medicamentos, desde el momento en que llegábamos a la sala se desplazaba con tranquilidad, lo único que hacía era empujar el carrito y estar pendiente que la droga si estuviera bajando, incluso esto no era impedimento para ayudar a organizar las sillas y mesas”.

Sin embargo, para otros, dichos aparatos se convertían en la causa para no participar de las actividades propuestas por las maestras en formación, pues al dificultarse el desplazamiento y manejo de éstos se sentían inseguros, como es el caso que se presenta en la siguiente nota de diario de campo:

En la sala de Nefrología hay un niño de 9 años, que en éste proyecto se conoce como el NIÑO K, que participa activamente de todas las actividades que proponen las maestras en formación, sin embargo cuando se encuentra conectado a la bomba no participa de aquellas que impliquen movimiento como es el caso de las rondas, sólo realiza las actividades en las que deben permanecer sentados. Al preguntarle el por qué de éste comportamiento responde: “es que meda miedo que me duela aquí [señala el catéter en su mano”.

Finalmente, se evidenció relación entre el estado de ánimo de los niños y la disposición para realizar las actividades propuestas por las maestras en formación, igual que la percepción que tenían de sí mismos y la manera como se relacionaban con el otro, pues el cuerpo, es un medio a través del cual el ser humano puede expresarse manifestando pensamientos, ideas y sentimientos;

es el caso de una niña que con su cuerpo dio a entender lo aburrida que estaba y se reflejó en el trabajo que hizo con el títere, pues lo elaboró con desgano y no quiso hablar de sí misma, no por timidez, sino por su decaimiento. Otro niño en cambio, con su cuerpo expresó lo entusiasmado

que estaba, pues realizó cada una de las actividades con dedicación y empeño²⁸.

Partiendo entonces de lo expuesto en párrafos anteriores, es posible decir que los niños que se encuentran hospitalizados en la sala de Nefrología del Hospital Infantil San Vicente de Paúl, dadas sus condiciones de salud, pueden presentar un atraso en las diferentes dimensiones especialmente la cognitiva, física y socio-afectiva, pues debido a los largos periodos de hospitalización, en muchos casos, se ven obligados a abandonar la escuela de forma permanente, al mismo tiempo que dejan de recibir muchos de los estímulos del exterior, ya sea del entorno social o familiar, que van encaminados a lograr en él un desarrollo a nivel integral, limitando las experiencias y conocimientos que puede adquirir en la interacción con otras personas, con objetos y ambientes que se convierten en estímulos para el pensamiento, la motricidad, la socialización, la afectividad y la comunicación. Es por esto, que la construcción de su esquema corporal se ve afectada, pues al estar aislados de estos estímulos, se genera un desequilibrio, que desemboca en el desconocimiento de las partes del cuerpo internas y externas y sus funciones y en la forma como se perciben a sí mismos, lo que se ve reflejado en el grado de autovaloración y autoconfianza, en el tipo de cuidado que tienen con su cuerpo, al hablar de sí mismos, en las limitaciones al relacionarse con los otros, con los objetos y desenvolverse en el espacio, como también la forma de resolver problemas y afrontar situaciones nuevas o difíciles, elementos que influyen en la manera como se desempeñan cotidianamente.

Adicional a lo anterior, dicho desequilibrio, es ocasionado también por las condiciones de salud de los niños hospitalizados, quienes frecuentemente se ven sometidos a una serie de intervenciones médicas como cirugías que dejan marcas en su cuerpo y a los largos tratamientos con diferentes medicamentos que alteran su apariencia física, provocando por ejemplo, el crecimiento abundante del vello

²⁸ Fragmento de una observación.

corporal, además de otros cambios propios de la enfermedad como los edemas debidos a la retención de líquidos; todo esto, ligado al crecimiento biológico, modifica ciertos aspectos del cuerpo, lo que hace necesaria la reestructuración del esquema corporal, para lograr que el niño asimile dichos cambios y pueda adquirir un conocimiento más completo de su cuerpo, mejorando también la autopercepción, en los cuatro elementos que la componen como es la autoestima, el autoconcepto, la autoimagen y la autoeficacia, contrarrestando aquellos aspectos que no permiten o retardan el desarrollo de sus dimensiones.

Se puede hablar entonces de reestructuración del esquema corporal, debido a que ésta no es una construcción fija o permanente que termina a los 11 o 12 años de edad, sino que es un proceso compuesto por la suma de vivencias y experiencias, producto de cada momento, de cada acción, de cada interacción con el otro, consigo mismo y con el ambiente, donde se ponen en juego los sentidos y el movimiento, preparándolo así para afrontar y entender cambios corporales, derivados, en algunos casos, del proceso evolutivo del ser humano que se da debido al crecimiento, desarrollo, maduración y madurez de las estructuras corporales, psíquicas y cognitivas, y en otros casos, como es el los niños hospitalizados, debido a la enfermedad. Por lo tanto, el ser humano debe someterse continuamente a un proceso de reestructuración del esquema corporal, tanto a nivel de imagen como de concepto, con el fin de aceptar y adaptarse a su nueva apariencia física, sus posibilidades y limitaciones. Para lograr dicha reestructuración del esquema corporal en los niños hospitalizados, las maestras en formación de la Universidad de Antioquia, desarrollaron una de intervención compuesta por una serie de actividades lúdicas y pedagógicas relacionadas entre sí, que buscaban estimular la reestructuración de la imagen y el concepto que éstos niños tenía con respecto a su cuerpo.

Con la aplicación de esta propuesta de intervención, se logró reestructurar el concepto corporal, en tanto que los niños lograron identificar, localizar y diferenciar

además de partes de su cuerpo a nivel interno, las funciones de algunos órganos y sistemas, evidenciado en trabajos (Ver Anexo 5) y notas de diario de campo como:

“Al hacer el segundo dibujo del cuerpo con lo aprendido en la sesión, se encuentra que la mayoría hace un dibujo muy similar al que hay en el rompecabezas, y al preguntarles qué dibujaron nombran y señalan en su dibujo los diferentes órganos que componen el aparato urinario y que ellos se acuerdan, principalmente los riñones, la vejiga y la uretra; los uréteres no los nombran pero los dibujan, y al preguntarles como se llaman contestan: ‘es que tienen un nombre muy raro’, ‘no me acuerdo’, ‘lo que conecta esto con esto (riñones con vejiga)’, ‘son los úteres’”.

“Cuando los niños dibujaron lo que habían aprendido lograron plasmar en las hojas de bloc el aparato urinario, además daban cuenta de cada uno de los elementos que lo conforman y su función, la explicación que dio uno de los niños fue: ‘vea estos son los riñones (señalaba los riñones que había dibujado), entonces la sangre entra por aquí, por las venas, la sangre sucia, entonces los riñones la limpian y la suciedad pasa por acá (uréteres), llega a la vejiga y cuando tenemos ganas de orinar sale por la uretra”.

“Al momento de la evaluación, una de las preguntas que se hizo fue ¿qué aprendieron hoy?, fue muy satisfactorio cuando la niña que desconocía qué eran los pulmones dijo: ‘hoy aprendimos los pulmones...y que nos sirven para respirar’, además pudo identificarlos en el rompecabezas. Otras respuestas fueron: ‘el aire llega a los pulmones y luego pasa a la sangre’. Es importante mencionar también que la mayoría de los niños lograron reconocer y apropiarse de los componentes del aparato respiratorio, pues en un comienzo sólo distinguían la nariz”²⁹.

Además de esto, se encontraron expresiones de los NIÑOS A como:

“Hay unas venas que llevan la sangre al corazón y otras al cuerpo”, “Si me duele cuando me aporreo o me ponen una inyección es por el sistema nervioso, porque la información camina por mi cuerpo”, “[¿Qué has aprendido con nosotras?] La función de los riñones, [y ¿te acuerdas cuál es?] si...pues...limpiar la sangre”³⁰, “Antes no sabía...ahora ya se”.

²⁹ Este texto da cuenta de la reestructuración de elementos del concepto corporal de los Niños A.

³⁰ Esta respuesta la dio la NIÑA B quien ingresó nuevamente al hospital después de algunos meses de haber sido dada de alta y de haber trabajado con ella el tema del aparato urinario.

Además de los niños, algunos padres de familia también participaron de las actividades y afirmaban que: “...tan bueno eso que hicieron, eso con los vasos, así uno entiende mejor porqué es que ellos están enfermos, porque es que a veces uno le pregunta a los médicos y ellos no le explican a uno bien, a mi me da pena decirle que no le entendí”. Este aporte da cuenta de la pertinencia del trabajo que realizan las maestras en formación, pues con el desarrollo de las actividades se ha logrado contribuir a la comprensión de la enfermedad por parte de los niños y de los padres de familia, siendo éste un aspecto favorable para la reestructuración del esquema corporal en los niños hospitalizados, al mismo tiempo que se demuestra la importancia de una intervención pedagógica que permita la comprensión de aquellos aspectos relacionados con la enfermedad.

Dicho proceso de reestructuración del concepto corporal, sirvió entonces para que los padres de familia y los niños hospitalizados en la sala de Nefrología comprendieran lo qué pasaba con el riñón debido a la enfermedad, pues al mismo tiempo que se hacían actividades sencillas y experimentos para mostrar la función de estos, ellos hacían asociaciones con la enfermedad para explicarla. Lo anterior se evidencia en la siguiente nota de diario de campo:

El experimento que realizamos sirvió para que algunos niños comprendieran con claridad cómo es el funcionamiento del riñón. A medida que lo íbamos realizando algunos niños como la NIÑA E, hacían asociaciones con su enfermedad, pues decían: “entonces en mis riñones se queda toda la suciedad que entra en mi cuerpo, no que pereza uno con el riñón malo”.

Además de lo anterior, algunos niños lograron entender los procedimientos y tratamientos médicos necesarios para controlar la enfermedad, evidenciado en la siguiente explicación que la NIÑA F da sobre la diálisis:

La diálisis peritoneal son dos bolsas y una tiene un líquido que entra a mi cuerpo por esta manguera al estómago (muestra una válvula ubicada en el vientre), y después sale a la otra bolsa; también me hacen hemodiálisis que

es cuando me sacan la sangre por una manguera y pasa por una máquina y después vuelve a mi cuerpo. [¿Y cuál de las dos prefieres?] La peritoneal porque dura más poquito, no ve que la otra son como cuatro horas uno allá, en cambio la peritoneal me la pueden hacer en mi casa claro, que mi mamá tiene que lavarse las manos como 25 veces.

Y en la siguiente entrevista:

¿Qué es eso? (Un medicamento lechoso)

“Una resina”.

¿Qué es una resina?

“Es como una coladita”.

¿Eso es agua? (Se le pregunta porque el líquido es transparente)

“No es el antibiótico”.

¿Y para qué sirve?

“no se eso me lo mandaron”.

¿Para qué son las inyecciones?

“Para limpiar la sangre”.

¿Sabes cuál es el tratamiento para tu enfermedad?

“yo no se, será eso que me ponen”.

Es importante destacar el caso de dos niñas una niña de seis años y otra de 12, con las cuales se logró hacer un trabajo constante, debido a la frecuencia de hospitalización y los largos periodos que permanecían; éstas niñas a pesar de su edad, no lograban estructurar su cuerpo como una unidad, pues no habían estado escolarizadas por causa de su enfermedad y los estímulos que recibían de sus madres eran pocos, sin embargo, luego de la intervención que se realizó con ellas, lograron estructurarlo. Esto se evidencia en los dibujos que se anexan al final (Ver Anexo 6) de éste trabajo y en las siguientes notas de diario:

Otro aspecto significativo del día de hoy es que la NIÑA C que no ha estado escolarizada y que en todo momento que le preguntamos sobre lo

trabajado en la sesiones siempre responde con un “no se”, acompañado de movimiento de cabeza y manos negando todo, sin embargo hoy cuando le pedimos que dibujara lo que había aprendido, si bien no dibujó nada que tuviera que ver con el sistema urinario, si logró dibujar la figura del cuerpo humano, para lo cual hizo la cara con los ojos, la nariz, la boca, el pelo y la válvula que tiene en su cabeza al lado derecho, de la cabeza se desprenden los brazos y el tronco que es una línea recta, en la mitad de ésta hizo los pies en forma de u, además a medida que lo iba dibujando mencionaba esas partes del cuerpo. Este ha sido el mayor avance de esta niña pues cuando llegamos a la sala y la encontramos por primera vez, lo único que lograba hacer del cuerpo era palitos, bolitas y puntos, todos separados, además cuando se le preguntaba que había dibujado no respondía, simplemente se reía y seguía dibujando, en algunas ocasiones decía: “no ve o es que está ciega”. Este trabajo da cuenta de la reestructuración del esquema corporal que esta niña está logrando.

“Una niña de 12 años de edad (NIÑA D), aunque recortó las partes del cuerpo, pegándolas de tal manera que los brazos se desprendieran de la cara, comenzando a reestructurar su esquema corporal”.

Otro logro importante, es el que se obtuvo con un niño de 9 años de edad, cuyo desarrollo está en el estadio de operaciones concretas que plantea Piaget, quien logró entender que su cuerpo es una unidad compuesta de muchas partes, donde cada una realiza una función para mantener el equilibrio y la estabilidad de todo el cuerpo. Esto se evidenció en una entrevista que se realizó en dos momentos:

Momento 1.

¿Sabes si tu enfermedad afecta otros órganos de tu cuerpo?

“Pues claro que no, solo los riñones”.

¿Y nada más?

“no, no ve que la enfermedad está es en los riñones, no en otra parte”.

Momento 2: después del trabajo realizado para reestructurar el esquema corporal.

¿Sabes si tu enfermedad afecta otros órganos de tu cuerpo?

“Um, de pronto si, porque como pues mis riñones no limpian bien la sangre, entonces...eh...pues queda sucia”.

¿Entonces que otro órgano de tu cuerpo se afectaría por esto?

“Pues...por ejemplo...um, el corazón, ¿no?, la sangre va al corazón”.

Con relación a la imagen corporal, se logró reestructurar en aspectos relacionados con los cuatro elementos que la componen como son la autoestima, la autoimagen, el autoconcepto y la autoeficacia, pues algunos niños lograron cierta independencia de la madre para realizar las actividades propuestas por las maestras en formación, evidenciado en palabras como: *“yo lo hago solita [Expresión de la NIÑA J]”, “yo ya se hacer eso, déjeme”*; y en notas de diario como:

Algunos niños, conocidos en éste proyecto como NIÑOS I, que se aislaban en la realización de actividades como rondas que implicaban movimiento, en las últimas sesiones han participado de forma activa, pues algunos ya se han integrado al grupo y a otros ya no se les dificulta como antes el movimiento en actividades grupales, realizándolo con mayor soltura.

De igual manera, se ha evidenciado un cambio en la actitud que algunos niños hospitalizados tienen frente a su cuerpo y los cuidados que tienen con él, pues algunos niños que antes no daban cuenta de ellos, ahora los nombran y los ponen en práctica a la hora de realizar las actividades en el aula, evidenciado en expresiones como:

“Como yo no puedo correr, no corramos mucho”, “dígame a los niños que juguemos pasito, porque es que si jugamos duro de pronto nos aporriamos”, “el médico dice que no puedo aguantar sol, ¿entonces nos corremos para allá? (señala un lugar donde hay sombra)”³¹.

Por otra parte, al iniciar el proceso de reestructuración del esquema corporal con relación a la imagen corporal, la NIÑA C, cuya edad son 6 años, dibujaba un objeto externo a su cuerpo y aseguraba que todas las personas lo tenían, al finalizar dicho proceso de reestructuración aunque lo seguía dibujando,

³¹ Este texto da cuenta de la reestructuración de algunos elementos de la imagen corporal de los NIÑOS H

manifestaba que era algo característico solo de ella. Otro logro importante, es el de un niño que no participaba de las actividades cuando estaba conectado a un aparato para suministrarle medicamentos, sin embargo en las últimas sesiones logró participar de ellas con un dominio adecuado de éste, evidenciándose en la siguiente nota de diario:

En las últimas sesiones que se trabajó con el NIÑO K, se hizo un juego con las sillas, por lo que le dijo a una de las maestras en formación: “¿usted juega conmigo para que no me aporreen?”, y la maestra lo acompañó en el juego, pero en un momento él tomó el control de la bomba terminándolo sin ayuda, llegando hasta la final y ocupando el segundo puesto.

Otro de los elementos que permitió evidenciar la reestructuración de la imagen corporal de los niños hospitalizados, fue cuando debían dar cuenta de aspectos relacionados con sí mismos, pues en una de las actividades, debían elaborar un títere y ellos expresaban:

“Yo me voy a hacer bien linda como una muñeca”. “Venga yo le explico mi trabajo, vea ésta soy yo, éste es el vestido que más me gusta y con los chulos porque así me veo más linda”. “Esta es mi cara, mis ojos y mi cuerpo...todo”. “Me gusta mi cara porque es muy bonita”. “Estos son mis pies y me gustan porque puedo jugar fútbol, claro que ya no puedo mucho porque no puedo correr”.

Por otra parte, para los niños hospitalizados en la sala de Nefrología, el cuerpo y sus partes cobraron importancia según fuera su utilidad en la realización de diferentes actividades, especialmente el movimiento y la percepción, pues al volverles a preguntar qué es lo que más les gusta de su cuerpo, respondieron: *“el cerebro, porque me deja pensar”, “el cerebro porque me ayuda a hacer las acciones”, “los brazos y las piernas porque me ayudan a hacer actividades”, “los ojos porque me ayudan a ver”, “todo el cuerpo porque todo sirve para el sentido del tacto”*.

Para finalizar, es posible decir que la forma como el niño estructure su esquema corporal, en sus dos componentes imagen y concepto, marcará la forma como se comunica, se proyecta y establece relaciones consigo mismo, con el otro, con el medio y con los objetos, incidiendo también en la manera como se desempeña en diferentes situaciones ya sean cotidianas, nuevas o difíciles, pues depende de la autoeficacia, de la autoestima, de la autoimagen y del autoconcepto, al igual que del conocimiento que tiene de sí mismo a nivel de partes y funciones, y de las experiencias producto de la interacción con los objetos y los otros, que puede hacerles frente de manera adecuada, haciendo uso de los recursos que el medio y el propio cuerpo le provee. Por esto, el programa de reestructuración del esquema corporal del niño hospitalizado en la sala de nefrología del Hospital Infantil San Vicente de Paúl, por medio de actividades lúdicas, pedagógicas y estimulantes, se hace pertinente para hacer del desarrollo de éstos niños hospitalizados un proceso continuo e integral, que le permita mejorar su calidad de vida.³²

9.3 DESARROLLO

La categoría de desarrollo emerge de las observaciones, las entrevistas, los diarios de campo y de los análisis realizados con los niños y niñas de la sala de nefrología del Hospital Infantil San Vicente de Paúl; de dicha categoría se pudieron hallar las siguientes subcategorías: Educación, Pedagogía Hospitalaria, Enseñanza - Aprendizaje.

El término desarrollo abarca múltiples posibilidades de interpretación de acuerdo a la perspectiva y enfoque en el cual se trabaje, y a la ideología y contexto en el que se haya desenvuelto el estudioso que lo formule; cada explicación que se da

³² En el Anexo 7, se adjuntan algunos trabajos que fueron significativos durante el proceso de Reestructuración del esquema corporal de los niños hospitalizados en la sala de Nefrología.

parte de la finalidad de su utilización y aplicación, por tanto puede ser entendido como un proceso de vida, que implica el crecimiento personal, económico y social que garantiza acceso a las necesidades básicas como nutrición, salud, educación, amor, protección, vivienda, entre otros, así mismo, participación en la vida en comunidad, formación y fortalecimiento de las capacidades del ser humano, para que éstas sean utilizadas por él en el contexto en el cual se desenvuelve, favoreciendo con esto los procesos de desarrollo de sí mismo y por ende de su comunidad. Con lo anterior, se está ilustrando, el enfoque ecológico del desarrollo humano, en la medida en que las acciones que una persona efectúe repercuten en el grupo social, desde el entorno más próximo al aparentemente más alejado.

Es decir, todo aquello que una persona puede aprender a hacer, a ser, a convivir y a conocer a lo largo de su vida, es un proceso que inicialmente lo elabora en su “microsistema” (sistema que afecta directamente a la persona: en el caso particular el Hospital Infantil San Vicente de Paúl), “mesosistema” (la relación que se establece entre dos contextos y la forma como éstos se afectan bidireccionalmente, marcando el desarrollo humano del niño hospitalizado, por ejemplo reciprocidad entre la casa y el hospital), “exosistema” (son las condiciones exteriores que afectan el desarrollo del niño hospitalizado, por ejemplo, situación de empleo de sus padres) y el “macrosistema” (la forma como toda la cultura puede afectar el desarrollo del niño hospitalizado, por ejemplo, los paradigmas que la cultura tiene con relación a la hospitalización del niño) (Bronfenbrenner, 1987, pp. 105 - 127); siguiendo la línea de Bronfenbrenner, se puede plantear, que el desarrollo humano está afectado por un conjunto de estructuras seriadas, influenciadas y que en algunos momentos de la existencia del ser humano se superponen entre sí, marcando el desarrollo humano, situación ésta que se puede remitir a los ambientes hospitalarios, en el caso particular. Como se puede observar, dicho proceso se filtra desde la individualidad hasta los ambientes culturales, donde cada uno de estos estamentos se influyen entre sí.

Para complementar la definición de desarrollo humano, se le considera también como un proceso socio-cultural, pues el niño desde el nacimiento, incluso antes, es insertado en una cultura que lo moldea de acuerdo a los parámetros establecidos por ésta. En el ámbito social se da a partir de la interacción que se establece con el otro, como principal mecanismo de socialización, es así como puede ser abordado desde diferentes perspectivas, que convergen en denominarlo como proceso de bienestar humano y progreso de la vida.

Dentro de estas perspectivas, el desarrollo puede ser visto como el proceso de cualificación que van alcanzando las personas a lo largo de su vida, a medida que pasan por las diferentes etapas exitosamente. Este proceso se da a partir de la interacción de los diferentes sistemas y en el caso particular de los niños en la edad escolar en las diferentes dimensiones del desarrollo, en donde cada una favorece una parte del ser, trabajándose conjuntamente para el bienestar de la persona; es decir, que para que una de estas dimensiones posibilite una meta del desarrollo se deben articular entre sí.

Dado lo anterior, algunos padres de familia, conciben el desarrollo como las etapas por las cuales pasan las personas para alcanzar el grado de madurez necesarios para vivir en sociedad, madurez que se relaciona con aspectos tanto físicos como psicológicos, pues a partir de las charlas informales que se tuvieron con ellos expresaron que:

“Es que mi niña es muy pequeña porque como desde que nació ha estado tan enferma no se ha podido desarrollar lo suficiente”. “Lo que yo más quiero como madre es que ella crezca sana y que tenga un desarrollo normal como el de una niña de 6 años...pero mire que pequeña, además esa droga la pone así, no la dejan vivir sus tiempos de niña”. “Yo tengo 10 años pero tengo el desarrollo de una niña de 8 porque he sido muy enferma”.

Los cambios que se van dando durante la niñez se relacionan normalmente con el aumento del tamaño corporal y la potencialidad de habilidades, ahora bien, si el desarrollo físico es afectado por problemas de salud repercute en el normal funcionamiento de las diferentes dimensiones del ser humano, debido a que es privado de las influencias externas necesarias para desarrollar su potencial, caso este, de algunos niños hospitalizados que debido a su enfermedad deben alejarse del contexto académico, lo que puede afectar su desarrollo cognitivo y, por lo tanto, la capacidad para resolver problemas y para comprenderse a sí mismo y al otro:

Es que vea, mi niña yo se que está un poquito atrasada en comparación con otros niños, porque es que ella apenas está en cuarto y ya va pa' doce años, entonces hay cosas que todavía no sabe, o no es capaz de hacer, pero es porque ha sido muy enferma, y tampoco obligala a que estudie viendo que no es capaz...uno si se da cuenta que hay niños más adelantaditos que ella.

La opinión de esta madre deja entrever que el desarrollo está mediado por las potencialidades del niño para desenvolverse en el medio, por lo tanto, expresado desde el MEN (1998, p.20): “*el desarrollo humano es un proceso gradual que depende de las oportunidades y experiencias de interacción y aprendizaje que el medio proporciona a los niños*”, en este sentido, la población infantil que se encuentra hospitalizada puede estar en desequilibrio en comparación con otros, debido a la forma de interactuar.

Otra de las dimensiones que al ser afectada por el retraso escolar, repercute en el desarrollo del niño, es la socio-afectiva, la cual es esencial para la consolidación de su personalidad y en ella la autoimagen, autoconcepto, autoconfianza y autonomía, necesarias para relacionarse consigo mismo, con sus pares o adultos. Esto se ha podido evidenciar en los niños hospitalizados de la sala de nefrología, en la medida en que la mayoría de los desecolarizados presentan dificultades para relacionarse con las demás personas, son más tímidos al momento de proceder,

de expresar sus sentimientos, emociones y tomar sus propias determinaciones. Por tanto, se debe fortalecer dicha dimensión, pues las relaciones sociales que construyen, son un componente básico de la socialización.

Por consiguiente, el desarrollo humano también se lleva a cabo en el “contexto de los procesos de socialización” (Luna, 2003), cuyo escenario son los diferentes espacios donde converge el ser humano, es allí donde se va constituyendo como ser, va construyendo su propia identidad, de acuerdo a la percepción que tenga del entorno, a la posición que asuma en su medio, a la forma de interactuar, es esa construcción de la identidad lo que permite el reconocimiento de sí mismo y del otro, leer su realidad y actuar a partir de ella. Dado lo anterior, el desarrollo humano es considerado un proceso que se da en los espacios de lo público y lo privado, donde el niño va aprendiendo las diferentes significaciones que son transmitidas culturalmente, como resultado de la interacción entre las creencias, concepciones y comportamientos, para luego ser reevaluadas por éste, logrando hacer su aporte a la cultura, estableciendo la relación bidireccional entre niño y la sociedad.

9.3.1 Subcategoría de Educación

*“La educación consiste en dirigir los sentimientos de placer
y dolor hacia el orden ético”
Aristóteles*

Es sabido que el objetivo fundamental de la educación es la formación integral del ser humano en todas sus dimensiones, socio-afectiva, espiritual, ética, estética, cognitiva, comunicativa, corporal, necesarias para que éste logre conocerse,

autocontrolarse y autodirigir sus potencialidades, al tiempo que se relaciona con su entorno. Así, para autores como Ausbel y Colbs, (1991, p.154)

(...) la educación es el conjunto de conocimientos, órdenes y métodos por medio de los cuales se ayuda al individuo en el desarrollo y mejora de las facultades intelectuales, morales y físicas. La educación no crea facultades en el educando, sino que coopera en su desenvolvimiento y precisión.

Sabiendo que se propende por la formación integral, no se limita exclusivamente a la transmisión de conocimiento, sino que va más allá estando presente en todas las acciones y actitudes que realiza el ser humano, procurando alcanzar un ideal de vida, orientando todos sus esfuerzos para aprender y aprehender tanto de sí mismo como de su entorno, y desarrollando todo su potencial para interactuar en su entorno.

Por consiguiente, la educación se da en la medida en que el ser humano interactúa con el medio social a lo largo de su existencia, del cual recibe conocimientos, valores, costumbres, entre otros, necesarios para adaptarse a las normas estipuladas por su cultura, es así como las nuevas generaciones al recibir información la asimilan y modifican de acuerdo a sus condiciones e intereses particulares, elaborando nuevos conocimientos y formas de ver el mundo.

Para contextualizar lo anterior se retoman las observaciones realizadas en la sala de nefrología y consignadas en los diarios de campo:

En una de las actividades realizadas, uno de los niños, al darle la instrucción de lo que debería elaborar decía constantemente que no era capaz de hacer el trabajo propuesto, sin embargo al finalizar la actividad sintió satisfacción por lo realizado. Ante esta situación una de las madres se acerca a las maestras en formación y les pregunta ¿y cuando ustedes se vayan otra vez pa la universidad van a venir otras a reemplazarlas?, porque o sí no todo este trabajo se pierde (...) estos muchachos se vuelven otra vez insoportables y sin querer hacer nada (...) al menos con ustedes

se distraen y aprenden algo (...) seguidamente el niño responde, es muy bueno con las profes porque ellas nos enseñan cosas para la vida.

Como ya se mencionó, la educación no se limita únicamente a procurar porque el niño aprenda datos, cifras, números, letras, es primordial el proceso de socialización que éste lleva a cabo, no sólo en la escuela, sino también en todos aquellos lugares donde interactúa. En este sentido, muchos de los niños, hospitalizados en la sala de nefrología, esperan la presencia de las maestras en formación porque es el momento para compartir con los demás compañeros de sala, argumentan: *“Que bueno ya vamos a rocheliar”, “Llegaron las profes”*; de igual manera, al momento de reunirlos en el lugar de trabajo una de ellas le dice a otra *“Venga, salga de la pieza para que juguemos un rato”*; en este mismo sentido los padres plantean: *“Que bueno que llegaron porque los niños estaban encerrados en las habitaciones todos aburridos”, “Que bueno que vienen ustedes porque es que los niños se distraen mucho”*.

Teniendo en cuenta lo anterior, se puede decir que uno de los aspectos que favorece la socialización es que los niños tienen la oportunidad de compartir ideas, pensamientos, opiniones, hábitos, actitudes, entre otros, al mismo tiempo que se colaboran entre sí durante las actividades realizadas, llevándose a cabo, de esta manera, uno de los objetivos más significativos que pretende la educación, favorecer la integración social, la convivencia grupal y la cooperación; al movilizar estos aspectos se producen cambios de carácter social, intelectual, emocional, entre otros. Es el caso de una niña hospitalizada que durante los primeros días permanecía sola en su habitación, lloraba constantemente, no socializaba con nadie, solamente participaba de las actividades si su madre estaba a su lado ayudándole. Poco después empezó a buscar la presencia de las maestras en formación y de los niños, pues en una ocasión que no pudo salir de la habitación pidió que fueran a trabajar con ella, estuvo muy conversadora, hablaba de su familia, de las cosas que le gustaba hacer, además realizó la actividad.

La sociedad en general asume el papel de educadora, sin embargo, al estamento que por costumbre se le ha asignado esta responsabilidad ha sido la escuela, por tanto ésta es considerada, tradicionalmente como el ente responsable para que se lleve a cabo el proceso enseñanza-aprendizaje, es el espacio apropiado para educar a los niños y prepararlos para la vida en sociedad, utilizando diferentes métodos educativos para formar el ideal de ser humano que la sociedad demanda. Es decir, que la escuela por sí misma tiene un significado propio, instruir y formar. Sin embargo, si se piensa que la educación es inherente al ser humano y que su propósito, según Cárdenas (2003, p. 35), *“es encender (...) la pasión por construir sueños y generar desde las diferencias, nuevas posibilidades para dar sentido y contenido a la dimensión humana”*, se puede decir, entonces, que educar y aprender se da en todos los contextos donde interactúa el ser humano, como la calle, el barrio, la casa, el hospital, entre otros; por lo tanto las instituciones escolares no se pueden considerar el único espacio donde el niño aprende, se deben tener en cuenta todos los entornos en los que transcurre la vida de éstos.

En este orden de ideas los ambientes educativos deben trascender la idea del salón de clase, como único escenario donde se lleva a cabo la educación; así, cada espacio habitado por el ser humano, se convierte en un escenario que posibilita la integralidad del sujeto, dado el puente que se establece entre el medio físico y las relaciones sociales que se construyen en él, permitiéndole adquirir nuevos conocimientos aplicables a su cotidianidad. Es el caso del Hospital Infantil San Vicente de Paúl que se transforma en un ambiente favorable para el desarrollo humano, pues allí los niños que se encuentran hospitalizados pueden continuar con su proceso de enseñanza-aprendizaje.

Es así como al preguntarles a los niños hospitalizados de la sala de nefrología, ¿Qué es lo que más les gusta del hospital? Responden: *“Que ustedes vengan a enseñarnos cosas”* ¿qué cosas? *“donde queda la enfermedad y que le pasa a uno*

en los riñones y también me gusta cuando nos enseñan que con los amiguitos no se pelea"; así mismo cuando se les pregunta por el aula hospitalaria responden:

“A mí me gusta venir al aula porque me recuerda la escuela, claro que esta es mejor porque es más bonita y ustedes no me regañan y porque tienen paciencia cuando peliamos con la mamá y ustedes nos dicen que hablen con ella, para saber por qué estamos peliando”. Otra niña responde: “A mí me gusta venir al aula porque no es como en la sala, porque aquí no nos chuzan, porque se puede jugar como en el recreo, porque nos recuerda la escuela” “¿y que les recuerda de la escuela?” “Que aprendemos a sumar, a escribir cuentos, a leer, a no pegarle a los compañeros, a respetar el turno en la fila de la tienda, a no tirar basura, a no hablar mentiras de los amiguitos”.

Aunque ni el hospital ni el aula hospitalaria son considerados, por algunos padres, instituciones escolares, si se ve claramente cómo dichos lugares se adecuan para que los niños puedan continuar con su proceso de formación. Desde este punto de vista, contextos como éstos se convierten en lugares para aprender, desempeñando así, un papel semejante a la escuela que conducen a la formación del ser humano.

Además, es un espacio donde no solamente el niño aprende mediante el conocimiento que les ofrecen las maestras en formación, también lo hace a través de las relaciones que establece y redimensiona con sus pares y adultos, ya que en la medida en que comparten con los otros modifican su ser y al otro, promoviendo el desarrollo entre los actores de esa interacción. En este sentido, cuando las maestras en formación llegan a la sala, los niños ya saben que es el momento de aprender, algunos manifiestan: *“Ya vamos a hacer las tareas”, “Niños, niños, vengan que llegaron las profes, vamos a jugar”.* En las observaciones del diario de campo, se evidenció con respecto a este momento, que:

Un niño buscó a su amiguito en la habitación de enseguida, invitándolo a salir para que compartiera con sus pares y aprovechara que habían llegado

las maestras en formación; esta invitación del niño, que se hizo en varias oportunidades, modificó la postura de su amiguito que en muy pocas oportunidades compartía con sus compañeros, finalmente éste empezó a sumarse a las actividades sin necesidad de ser invitado.

El comentario de una niña es: *“Cuando me vaya de aquí me voy a poner muy triste...porque aquí aprendo cosas muy buenas y tengo nuevos amiguitos”*, otro caso es el de un niño de 10 años de edad, que cuando terminó de elaborar su figura en plastilina, le proporcionó ayuda a un compañero para que finalizara su trabajo.

Se ha podido observar, cómo algunos niños están dispuestos a ayudar y colaborar con los otros, cuando perciben en ellos dificultad para realizar alguna actividad, actitud que se va manifestando paulatinamente en los que van ingresando al hospital, en la medida en que ven a sus compañeros asumir este comportamiento con los otros.

Para concluir, se puede decir que si la educación propende por la integralidad del ser humano, se le debe garantizar los mejores ambientes educativos que han de ser propicios para su proceso de enseñanza-aprendizaje, pues si el ser humano vive diferentes espacios, el barrio, la calle, la ciudad, la casa, el hospital, entre otros, cada uno de estos contribuye a su formación, de cada uno aprende, por el significado particular que éste le atribuye y por los saberes que allí confluyen; es decir, que estos lugares “se constituyen en opciones de vida, aprendizaje y desarrollo permanente” (Hincapié y Roldan. 2001. p. 27), es por esto que en el Hospital Infantil San Vicente de Paúl se llevan a cabo proyectos pedagógicos con los niños hospitalizados para que no interrumpan su proceso de educación.

Este proceso supone la formación y la instrucción. Se entenderá por la primera un estado procesual, que conduce a un permanente desarrollo en el ser humano, el cual implica un descentrarse de sí, para comprenderse así mismo, al otro y al

entorno. Lo anterior significa que el ser humano debe aprender a vivir y a asumir su condición para adentrarse a estados de armonía y paz consigo y el medio.

Trasladando este concepto al ambiente hospitalario, es fundamental que los niños aprendan a vivir con su condición de salud, para que potencien las dimensiones que hacen parte de su ser integral, este logro tiene su fundamento cuando éstos, a través de su proceso, modifican lo que piensa de sí mismo, la confianza que se tiene, la autoestima y la aceptación de sí, lo cual establece línea con la idea que tiene la Organización Mundial de la Salud (2006) con respecto a ésta, que la considera como el equilibrio entre lo psicológico, lo físico y lo espiritual, no es la ausencia de la enfermedad, es la convivencia de forma saludable con ella. Lo anterior es expresado por las palabras de un nativo: *“Como yo ya no estoy enferma, porque ya se como poner las bolsas para poder jugar”*.

Es decir, que la formación es la que propicia en el ser humano asumir la vida de manera más humana; va más allá de adquirir saberes específicos, *“educar debe llegar a ser el arte de forjar el carácter y el intelecto de un ser humano, y dotarlo de autonomía suficiente para que logre razonar y decidir con la mayor libertad posible para que alcance sabiduría personal”* (Escanero. 1997); en otras palabras, la formación es el crecimiento personal y social se que adquiere a través de los cuatro pilares del conocimiento: aprender a conocer, a hacer, a convivir y a ser, logrando la incorporación de actitudes, valores, normas, de un código ético, que le permita integrarse armónicamente a la sociedad, y en el caso de esta investigación es el aprendizaje que supone el estado de salud de los niños hospitalizados.

En este orden de ideas la mayoría de las madres afirman:

“Lo que más nos gusta del hospital es que ustedes vienen aquí, porque así los niños aprenden cosas, saben como lidiarse y les enseñan cosas para la

vida”, “Que bueno que vinieron estas muchachas, a ver si por fin estos niños aprenden a no pelear entre ellos y a saber cómo manejar el catéter”.

En uno de los diarios de campo se hizo el siguiente registro *“Se observa en los niños que después de un proceso ellos aprenden a manejar la bomba de infusión y el atril”.*

Como se puede evidenciar en estas expresiones, las actividades que realizan las maestras en formación con los niños hospitalizados, no se reducen solamente a dar contenidos, sino que se piensa en la situación por la que pasan los menores, procurando que ellos desarrollen capacidades y habilidades que les permitan desenvolverse en su contexto; por lo tanto cada actividad tiene una intencionalidad, que aquello que se aprenda se pueda aplicar en situaciones particulares de su existencia, que sepa sortear situaciones difíciles; por lo tanto, cada encuentro con los niños propicia la reflexión sobre el ser, así lo plantea uno de ellos cuando afirma: *“A mi me gusta mucho estudiar, porque a uno le enseñan cosas de matemáticas y también cosas para compartir con las personas y querer a los amiguitos que están en el hospital y es que uno no debe estudiar solamente pa un ratico, eso es pa toda la vida (...)”* comentario que continúa una madre, *“Sí, yo le digo a mi niña, estudie y aprenda mucho para la vida, que eso es lo único que a uno le queda”,* por lo tanto *“educar para la vida es educar para vivir, pensar, sentir en el fluir constante de las acciones humana”* (Tirado. 1999. p. 2).

Con respecto a lo anterior, la educación privilegia procesos más que resultados por ser una forma coherente con la dinámica de la vida, es a esto a lo que apuntan las maestras en formación durante las intervenciones pedagógicas, pues su interés es que en los niños confluyan aspectos afectivos, emocionales, actitudinales y cognoscitivos necesarios para su desarrollo y formación. Esto se pudo evidenciar durante las observaciones consignadas en los diarios de campo, en el seguimiento a uno de los niños:

En la sala hay un niño de cinco años de edad, que a pesar que se le ven deseos por trabajar es muy tímido, lo que impide que se relaciones con las maestras en formación y con sus compañeros de sala. No participa en las actividades, cuando se le hace alguna pregunta no responde, simplemente voltea la cabeza o la agacha y se coge las manos, manifestando inseguridad, solamente en la tercera sesión que era elaborar el cuerpo humano con recortes de revistas logró participar, aunque su trabajo no cumplió los objetivos requeridos. Teniendo en cuenta que los días anteriores no había realizado ninguna actividad, lo que hizo hoy da cuenta de los avances que ha tenido, además ya se acerca más a las maestras en formación (...) poco a poco se ha ido socializando con mayor facilidad, está pendiente de la llegada de las maestras, les ayuda con la organización de las mesas y las sillas, atiende al saludo, a lo que se le dice y a las actividades (...) El 10 de septiembre le dieron de alta, cuando su abuela llegó por él no se quería ir (...) el progreso de este niño se hizo notar, pues al comienzo ni siquiera hablaba y al pasar de los días empezó a interactuar con los otros y a participar de todas las actividades, cuando se le preguntaba algo respondía con seguridad, su timidez se fue perdiendo, lo que da cuenta que la labor que desarrollan las maestras en formación en el hospital es significativa para éstos.

A partir de estas observaciones se corrobora, que más que aprendan conceptos y terminología de memoria, es que el aprendizaje sea procesual y significativo, que a través de él adquieran confianza en sí mismos y deseo por seguir aprendiendo; que las experiencias alcanzadas durante la estadía en el hospital, les sirvan para seguir interactuando con su medio, por tanto la formación que se brinda a los niños se fundamenta en la adquisición de la autoestima, autoimagen, autoeficacia y autoconcepto, aspectos que favorecen su desarrollo, fortalecen las relaciones que establecen con su entorno y consigo mismo, aprenden a construir su propia identidad y a aceptarse como son, a afrontar cada situación por la que pasan evitando la desesperación.

Otro de los componentes que establece la educación es la instrucción, entendida como los conocimientos que un sujeto adquiere, a lo largo de la vida desde el aspecto formativo y académico, éstos son transmitidos social y culturalmente, y son indispensables para que el ser humano pueda desenvolverse en sociedad, y dar soluciones a situaciones determinadas. La adquisición de estos

conocimientos está mediado por factores como: la manera en que cada sujeto percibe e interpreta su realidad, la forma en que adquiere y procesa la información, el desarrollo cognitivo, entre otros; en el contexto educativo se relaciona con las estrategias de aprendizaje de cada sujeto.

Por tanto el procedimiento para acceder a la información es diferente y tiene que ver con la forma en que se relaciona con el medio, es el caso de dos niñas de 6 y 7 años de edad, esta última por la experiencia que ha tenido a nivel académico le fue más fácil comprender determinados conceptos, pues cuando se estaba trabajando el aparato digestivo; los únicos órganos que reconocía como parte de éste eran el estómago y los intestinos, a medida que las maestras dieron las explicaciones pertinentes, y ellos armaron un rompecabezas de las diferentes partes de este sistema, pudo entender que la boca y el hígado también hacían parte de él, de la boca expresó: *“yo no pensé que la boca fuera del aparato digestivo, porque es que ella está afuera y el estómago está por dentro...vea hoy aprendí algo nuevo”*; mientras la niña de 6 años, durante varias actividades que se llevaron a cabo sobre el reconocimiento del esquema corporal no lograba entender cómo era que estaba conformado su cuerpo, pues al momento de elaborarlo en plastilina, arcilla o dibujarlo, siempre lo hacía fragmentado. Esto se debe a que la niña no ha estado escolarizada, y no ha podido acceder a la información que le proporciona la escuela que, para su edad, privilegia el reconocimiento e interiorización del cuerpo, fue así, que para ella el proceso para acceder al conocimiento fue más largo. En este sentido, la información es la acción de instruirse y tiene en cuenta el tiempo que ésta demora, es decir, abarca desde la adquisición de información, hasta el momento en que ésta es recopilada y organizada por una persona.

Para efectos de este proyecto, la información que se les proporcionó a los niños estaba relacionada con la estructuración del esquema corporal, que comprendieran cómo estaba conformado su cuerpo y cuál era la función de los

órganos más representativos, en especial de aquellos que estaban afectados por su enfermedad; así mismo que pensaran su cuerpo como un sistema complejo y organizado donde cada una de las partes desempeña una función específica, que si una de ellas falla se pierde el equilibrio en dicho sistema y por ende afecta el desarrollo. Es el caso de los niños diagnosticados con síndrome nefrótico, que debido a su enfermedad se afectan los riñones y a su vez la movilidad, pues esta se reduce significativamente; son apreciaciones que algunos niños comprenden, pues durante la entrevista realizada se les preguntó: *¿Qué cosas no puedes hacer debido a tu enfermedad?*, sus respuestas fueron *“No me puedo sofocar porque así me hincho, así no me aguantan los riñones; me pongo a correr y así los riñones se me ponen malos. “Que se me puede afectar el otro riñón”, “No puedo correr, no puedo saltar”, “Ya no puedo jugar fútbol”, “Lo más maluco es que me dijo la doctora que ya no podía correr por todas partes....que sí puedo correr, pero que poquito”, “Ya no puedo correr por la manga, ni jugar con mis hermanitos”*. Con la información que se les proporcionó a los niños algunos lograron adquirir nuevos conocimientos, mientras que otros los fortalecieron.

9.3.2 Subcategoría Pedagogía Hospitalaria.

La Pedagogía Hospitalaria, tiene como propósito que los niños, en situación de hospitalización, continúen con su proceso académico y formativo. Se define como *“Las acciones educativas que se llevan a cabo para atender a niños en edad escolar, aquejados de alguna enfermedad que les obliga a ingresar en el hospital, durante largas temporadas...y que tratan de evitar el retraso escolar del niño y, sobre todo, facilitar un apoyo psicológico para hacer frente al problema en cuestión”* (Fernández et al., 2006, p. 229).

Como se puede observar, debido a los largos períodos de hospitalización los niños se ven obligados a interrumpir el proceso de aprendizaje y las relaciones

con sus compañeros y familiares, por tanto la pedagogía hospitalaria debe intervenir para contrarrestar las necesidades pedagógicas (aprendizaje y formación) y psicológicas (acogida y atención) con el fin de que se adapten al nuevo contexto para que su permanencia en el hospital sea lo menos traumática posible.

Durante las conversaciones informales con las madres acerca de la escolaridad de los niños argumentaban:

“Es que yo tuve que sacarlo de la escuela porque estaba faltando mucho a clase y si seguía así iba era a perder el año...entonces la directora me dijo que lo mejor era que lo sacara”. Una abuela dice “!Hay no mijaj, la mamá decidió sacarlo porque se mantenía muy enfermo, ella dice que mejor lo mete a cursos de dibujo que a él le gusta mucho y que ella le enseña en la casa”. “Como ella es operada del riñón, la saque de la escuela porque me da miedo que los compañeritos la aporreen, pero ya el otro año si la pienso entrar”.

De igual manera, los niños se refieren a su situación académica de la siguiente manera:

“Yo estaba estudiando, pero me tuve que salir por la enfermedad “. “Mi mamá me dijo que lo mejor era que me retirara”. “Es que yo estaba estudiando y me sacaron, pero ahora volví a entrar...porque ya estoy más aliviada”.

De otro lado, a la sala asisten niños que no han estado escolarizados debido a los problemas de salud, las madres y sus hijos plantean:

“La niña a raíz de su enfermedad, insuficiencia renal, tiene incontinencia urinaria, por lo tanto debe usar pañal constantemente, además es hospitalizada muy seguido por infección urinaria y por esto no la he entrado a la escuela”. “No, yo no estoy estudiando...mi mamá no me ha entrado...yo no se por qué”. “Yo no estudio, porque yo soy directa y las profesoras no me cambian el pañal”.

Teniendo en cuenta las opiniones de los nativos y dada la alteración del aprendizaje que se da a corto o largo plazo, como consecuencia de la enfermedad, el desarrollo de las diferentes dimensiones del niño se pueden ver afectadas, interfiriendo en la manera como éste se relaciona con el entorno, y como actúa y transforma su propia realidad, pues es sabido que el ser humano es una totalidad, y si una de sus dimensiones se altera, las otras se verán afectadas. Así, en cuanto a su desarrollo cognitivo se pudo observar que:

Los niños que no han sido escolarizados o han interrumpido constantemente sus estudios se les dificulta atender a las indicaciones que dan las maestras en formación, además cuando se les pregunta por las funciones de algunas partes del cuerpo no lo relacionan muy bien, por ejemplo, cuando se le indagó a una niña para que le servía el ombligo la respuesta fue: “Yo que sé, tal vez para respirar o para retener el oxígeno”, en una de las actividades se observa que: “En el momento de armar el rompecabezas de la figura humana, los niños que están estudiando no tuvieron ningún tipo de dificultad, mientras que los que no han sido escolarizados presentaron dificultades, es el caso de una niña de 6 años de edad que si bien reconoce, nombra y ubica correctamente algunas partes del cuerpo en sí misma, a la hora de pegar el rompecabezas lo hace de manera fragmentada, es decir, pega las diferentes partes del cuerpo en toda la hoja sin tener una secuencia entre ellas.

Se presenta también el caso de una niña que cuando se le hace alguna pregunta su respuesta es “No sé”, acompañada de un movimiento de cabeza y de mano.

La dimensión socio-afectiva también se puede ver afectada dado que la hospitalización conlleva a que el niño se sienta solo, privado de su familia y de sus amigos, por tanto la actitud que asume es de aislamiento; en palabras de un usuario del hospital, esto se evidencia así: “*es aburrido estar hospitalizado porque nos alejan de los hermanos y no nos dejan jugar ni salir; “...es que yo vivo en una finca y extraño mucho los animalitos, los pollos, las gallinas, las vacas y a mis hermanitos*”. Como consecuencia de ello, permanecen parte del tiempo en sus habitaciones sin deseos de salir, son muy pocas las ocasiones que comparten con los demás. Dado lo anterior, las actividades pedagógicas efectuadas en la

sala de nefrología están permeadas por la lúdica con el propósito de que los niños tengan la oportunidad de divertirse e interactuar unos con otros.

Con respecto a lo anteriormente mencionado, la acción educativa en la pedagogía hospitalaria se debe dar durante las tres etapas de hospitalización, ingreso, estadía, dada de alta, en cada una de éstas se deben desarrollar potencialidades del ser humano en lo cognitivo, académico, formativo, afectivo y social a través de las diferentes dimensiones del desarrollo. Es por ello que las maestras en formación plantearon intervenciones pedagógicas, basadas en la estimulación lúdica y pedagógica, para ser aplicada a los niños hospitalizados en la sala de nefrología, y contribuir así con su formación.

Es sabido que la hospitalización genera en los niños reacciones como angustia, malestar, depresión, entre otras, por el desconocimiento que origina ingresar a un lugar no familiar, donde se llevan a cabo dinámicas diferentes a las que él estaba acostumbrado, de ahí que la interacción entre el nuevo contexto y el estado emocional, conllevan a que el niño reaccione de manera adversa ante la nueva situación; esto se evidencia en una niña de 9 años, que manifiesta, con su cuerpo y con sus palabras, inconformidad por estar allí:

“Mi mamá se trasnocha porque yo lloró mucho...extraño mi casa, mi cama...uno encerrado aquí todo el día, sin poder salir, sin poder jugar...por mí, ya me hubiera ido, es que este hospital es muy aburrido... ¡que pereza!”, así mismo en conversaciones informales con una madre, expresa: “yo estoy muy angustiada porque es que mi niña se mantiene toda aburrida, mire que no sale siquiera de la habitación y cuando yo no estoy es llorando...ella en la casa se comporta diferente, juega, se ríe y conversa todo el tiempo”, esta niña permaneció durante varios días en la habitación, y no compartía ni con las maestras en formación, ni con los demás niños”.

Dada esta situación, se implementaron estrategias para reducir los niveles de estrés en ellos, en varias sesiones se procuró por hacer un trabajo de

sensibilización, explicándoles lo necesario que era para su salud estar allí, pero que, al mismo tiempo, podían realizar otras actividades que les generan placer, como pintar, dibujar, modelar en plastilina, hablar del lugar donde viven. Días después las niñas mostraban una actitud diferente al hecho de estar hospitalizadas, eran más activas y realizaban los trabajos propuestos.

Otro de los factores que altera el comportamiento en los niños al momento de ingresar al hospital, es el miedo y el desconocimiento de los tratamientos y procedimientos médicos que deben realizarle, como aplicación de inyecciones, exámenes; este temor fue experimentado por una de las niñas y consignadas en notas del diario de campo de la siguiente manera:

En el momento en que estaban los niños armando el rompecabezas llegó una enfermera a aplicarle medicamentos a una de ellas, siendo necesario cambiarle el catéter, al momento en que la enfermera llama a la niña, ésta se pone muy nerviosa; la enfermera la toma del brazo y sin darle ninguna explicación empieza a cogerle la vena, sin dar espera la pequeña empieza a llorar y a llamar a la mamá, lo que provoca tensión en las dos.

Para evitar alteraciones en el menor, por el miedo que les genera aplicarles una inyección o cambiar un catéter, es necesario informarle a éste de dicho procedimiento, de lo contrario se altera su estado emocional y aumenta el estrés. Es por ello que la comunicación entre estos dos agentes es fundamental para el proceso de recuperación, informándole al niño la situación por la que está pasando, de tal manera que su estadía allí no sea tan traumática y que al salir de este lugar haya adquirido un mayor conocimiento de lo que es su enfermedad; pues cabe resaltar que muchos niños sólo conocen de ésta su nombre, más no sus implicaciones. En las entrevistas realizadas, cuando se les pregunta ¿Cuál es la enfermedad que tienes? Respondieron:

“Insuficiencia renal”. “Problemas de riñón”. “Infección urinaria”. “Problemas en los riñones, lo tengo malito, se me infectó uno porque tengo una cicatriz en el riñón”. “Insuficiencia renal Terminal”. Seguidamente se

les preguntó: ¿Y qué es eso?, las respuestas fueron: *“Yo no se de eso, no se nada, nada de eso”*. *“Yo no se que es eso, es que mi mamá no me ha dicho nada”*. *Eso es de la orina”*. *“No se (Hace un gesto de negación con la cabeza y la mano y sonríe)”*. *“Es que yo soy directa”*.

Estas afirmaciones de los niños, dan cuenta de que su saber se debe más a lo que han escuchado de los médicos o de sus propias madres, que a un conocimiento significativo, donde ellos puedan hablar con propiedad de lo que sucede con su cuerpo, cuál es el cuidado que deben tener, cuál es el cambio que se va a dar en su apariencia física.

El ritmo de vida que llevaban los niños, es alterado debido a la hospitalización, lo que provoca actitudes negativas, pues es común escucharles decir: *“Es muy aburrido estar aquí todo el día encerrados”*. *“Debe ser muy horrible pasar un 24 de diciembre en un hospital”*. *“Yo aquí no quiero volver”*. *“A mi no me gusta estar aquí, porque es que no lo dejan salir”*. *“Aquí no nos dejan salir, sería muy bueno que nos dejaran salir por todo el hospital”*. Dichas actitudes van generando dependencia de éstos hacia sus padres, pues se vuelven exigentes con ellos, demandando no solamente la presencia física sino también su cariño; es el caso de una niña, cuya situación fue registrada en los diarios de campo:

Cuando su madre sale de la sala la llama constantemente, llora, se retrae, no socializa con nadie, está pendiente del timbre, únicamente sale de su habitación para esperarla en la recepción; participa de las actividades si su madre está a su lado ayudándola en todo, de lo contrario manifiesta no ser capaz de realizarlas.

Otros niños esperan la aprobación de la madre para dar alguna respuesta, mostrando con este comportamiento inseguridad; también es frecuente que algunos prefieren estar acompañados por su madre al momento de desplazarse al aula, incluso si no están a su lado optan por quedarse en la sala, pues en conversaciones con ellos expresaron: *“Es que yo no fui al aula porque mi mamá no me quiso acompañar, porque estaba muy cansada”*. *“Yo voy si mi mamá me*

acompañar”.

Ante estas circunstancias, los niños pueden interpretar la hospitalización como un castigo, o un abandono de sus padres, por tanto la reacción que asumen los pequeños es de acercamiento hacia estos para contrarrestar dichos efectos, generándoles agresividad, dependencia y baja autoestima que se ve reflejada en llanto, aislamiento, depresión, e indiferencia cuando no están sus padres.

Como es sabido, la pedagogía hospitalaria reflexiona en torno al niño para posibilitarle un ambiente similar a su medio natural, a través de la interacción de todos los agentes que intervienen en ella, es por ello que las maestras en formación, mediante una propuesta de estimulación lúdica y pedagógica procuran bajar sus niveles de estrés, mejorar su estado, fomentar la actividad, propiciar espacios lúdicos y formativos, generarles autoconfianza y autoestima, con el propósito de mejorar su calidad de vida. Esta actitud se pudo evidenciar a través de las entrevistas realizadas, cuando se les preguntó ¿Qué es lo que más te gusta del Hospital? Respondieron:

“Lo mejor es cuando ustedes vienen, por todo lo que nos ponen a hacer, y los juegos que jugamos”. “Cuando ustedes vienen, ojalá fuera todos los días”. En las observaciones consignadas en diarios de campo se retoma lo siguiente: “Durante todas las actividades que se han realizado es frecuente que las enfermeras se acerquen al lugar de trabajo para aplicar medicamentos a los niños, y en algunas ocasiones los médicos los requieren para revisiones. Ante esta situación los menores se disgustan, uno de ellos manifestó: “Pero porque tengo que ir si estoy jugando....no, ahorita”. Otro momento fue cuando una niña llega a la sala después de haber estado en hemodiálisis, y al ver que las maestras ya salían de allí reacciona diciendo: “Ya me perdí de todo por estar en hemodiálisis...no que pereza, ahora que voy a hacer”. Así mismo una madre argumenta: “Si quiera llegaron, estos niños ya estaban preguntando por ustedes....es que definitivamente cuando trabajan con ellos se les nota el cambio...o sino vea a mi niña que cuando llegamos acá se mantenía toda aburrida, y vea ahora, ya hasta se aprendió la canción del saludo”.

Estos textos del nativo demuestra que la labor pedagógica que se lleva a cabo en el hospital es intencionada, propende por mejorar la permanencia de éstos en dicho lugar, al mismo tiempo que aprenden, de igual manera las actividades son agradables para ellos, pues cuando no asisten al aula hospitalaria por diferentes razones se ponen tristes y lo manifiestan a través de expresiones como: *“Dígale a la enfermera que me deje ir, yo quiero ir a jugar”*; demostrando, con dichas intervenciones, que los niños salen de la rutina que genera el hospital.

Cabe resaltar, que los niños que se encuentran hospitalizados en la sala de nefrología padecen síndrome nefrótico, enfermedad caracterizada por la pérdida de proteínas a través de la orina, producida por el inadecuado funcionamiento del riñón, en el cual las células que limpian la sangre de sustancias o desechos no funcionan correctamente, como consecuencia de esto dicha población presenta múltiples cambios así: a nivel orgánico, se da un aumento del vello corporal, detención del crecimiento, edema corporal, cataratas, al tiempo que se afectan otros órganos; a nivel social pueden presentar vergüenza, aislamiento, actitudes de rechazo, entre otros; en cuanto al aspecto psicológico se manifiestan traumas, conductas regresivas, dependencia, pérdida de la autoestima, irritabilidad, miedos y demás; por último, en lo emocional se evidencia incertidumbre, depresión, desánimo, ira, culpa, pasividad, ansiedad, etc. A causa de los cambios que presentan los niños debido a la enfermedad, las maestras en formación llevaron a cabo una propuesta de intervención pedagógica utilizando los enfoques formativo e instructivo de la pedagogía hospitalaria, propuestos por Ávila Valdés (s.f.).

El enfoque formativo favorece el desarrollo integral de la persona, a pesar de encontrarse en situación anómala, como es el caso de los niños hospitalizados. Además, como ya se ha mencionado, la formación pretende que el ser humano aprenda a vivir consigo mismo, sea creador de su propio destino, es decir aprender a ser. En el contexto hospitalario es primordial que los niños se valoren

en su condición de salud para que puedan vivir con los cambios físicos que les genera la enfermedad. Es por esto que en las actividades se enfatiza en el desarrollo de la autoestima, entendida como lo que cada persona piensa de sí misma, manifestada a través de una actitud de aprobación o desaprobación. Cuando el niño enferma es frecuente que se altere su imagen corporal, más aun cuando se trata de una enfermedad crónica, por tanto se puede sentir diferente a sus compañeros por no poder realizar las mismas actividades, por ejemplo, correr, saltar; o por presentar alteraciones en su apariencia física, trastornos en su crecimiento, entre otros. Lo anterior constituye un desafío para que ellos alcancen su autoestima, la cual dependerá de la autoimagen que haya construido a lo largo de su vida.

El enfoque instructivo se relaciona con los procesos de enseñanza y aprendizaje necesarios para recuperar, mantener y facilitar el desarrollo cultural e intelectual del paciente. En este sentido, la propuesta de las maestras en formación se perfila a que los niños reestructuren su esquema corporal, para lo cual se emplean diferentes estrategias que permiten pensar y aceptar su cuerpo, y entender su funcionamiento como un sistema complejo donde, si uno de los órganos falla los otros se afectan; por tanto es fundamental el conocimiento que adquieran de su cuerpo.

Así, el aula hospitalaria, lugar destinado para que los niños tengan momentos de esparcimiento y educación, se convierte en un espacio para el aprendizaje, como lo manifiesta uno de los niños al preguntarle *¿Qué has aprendido con nosotras?*, *“A saludar y saber dónde quedan los riñones”*. Otro niño se refiere a lo aprendido de la siguiente manera:

Vea, estos son los riñones (señalaba los riñones que había dibujado), entonces la sangre entra por aquí, por las venas, la sangre sucia, entonces los riñones la limpian y el mugre pasa por aquí (muestra los uréteres), llega a la vejiga y cuando tenemos ganas de hacer pipi sale por la aquí (señala

la uretra).

Por último, en una entrevista realizada a uno de ellos, se le indaga qué es lo que más le gusta del aula y contesta *“cuando me dijeron que por qué estaba enfermo y dónde estaba malito y cuando me dijeron cómo me tenía que bañar y por qué me tenía que tomar esas pastillas que saben maluco”*

Con lo dicho hasta aquí, la pedagogía hospitalaria como reflexión permanente del acto educativo, efectuado en este caso en el Hospital Infantil San Vicente de Paúl, le proporciona al niño continuar con su proceso de aprendizaje y formación, al mismo tiempo que contrarresta los efectos negativos que le causan la hospitalización, animándolos para que asuman actitudes positivas frente a su enfermedad y puedan así vivir su propia realidad. Por tanto, la práctica pedagógica, llevada a cabo en el hospital, se organizó de manera sistemática para contribuir a la transmisión de saberes y a un proceso de construcción de la imagen de sí mismo, interviniendo en la reestructuración de su propia identidad enmarcado en un contexto social y cultural.

9.3.3 Subcategoría de Enseñanza-Aprendizaje

El acto educativo, como ya se ha mencionado, es realizado por personas idóneas con el propósito de formar seres humanos críticos y reflexivos que se adapten a las demandas sociales y desarrollen todo su potencial, se da a través de dos procesos: enseñanza y aprendizaje, la primera es el proceso mediante el cual se transmiten, por diversos medios, determinados conocimientos; el segundo es el proceso mediante el cual una persona incorpora un nuevo conocimiento al ya existente. Por tradición, el docente es quien generalmente cumple con la labor de enseñar, con el objetivo de desarrollar las capacidades de los individuos. En otras palabras, la enseñanza es un sistema de actividades para propiciar el

desarrollo cognitivo y formativo de los estudiantes, por tanto su función es la de promover el aprendizaje significativo, para que cada sujeto entienda y aprenda lo que se le explica.

En un proceso de enseñanza se debe tener presente el espacio y el tiempo para promover las experiencias de aprendizaje; es decir, el espacio debe ser adecuado a las necesidades de cada estudiante, así mismo se debe tener en cuenta el ritmo de aprendizaje y los intereses de cada uno, de tal manera que se logre cumplir con el objetivo deseado, aprendizaje con sentido. Para lograrlo el profesor debe utilizar diferentes medios para acompañar el desarrollo cognitivo y formativo, por medio de actividades que despierten interés en ellos. Es así como las maestras en formación se valen del juego, como estrategia que motiva a los niños hospitalizados para aprender de forma más divertida; además porque se considera que dicha actividad es inherente al periodo de la infancia. Para ilustrar mejor lo dicho, se parte de los textos del nativo: *“A mi me gusta mucho cuando ustedes vienen por todos los juegos que hacemos, además uno aprende (...) a mi me gustó mucho cuando jugamos con las pelotas y las pasamos por todo el cuerpo”*.

Para garantizar aprendizajes significativos procedimentales, conceptuales y actitudinales, es fundamental el vínculo que se establece entre las experiencias que las personas han adquirido y el nuevo conocimiento, además para que éste sea funcional y pueda ser aplicado a la cotidianidad es fundamental que el aprendizaje se de mediante el proceso teórico-práctico. Es por ello que las maestras en formación se valen de recursos didácticos como el experimento para que los niños puedan visualizar, cuál es la función de los riñones. En una de las actividades llevadas a cabo con los niños de nefrología, se indagó para qué servían los riñones, las respuestas fueron: *“Para respirar”, “para guardar el jugo en los riñones”*; *“yo no se, a mi no me han enseñado eso”, “yo se que eso tiene que*

ver con el chichi, nosotros estamos enfermos de los riñones y no vamos casi al baño”, “para hincharnos”, “para lo de la orina”.

Luego de haber realizado el experimento y de explicarle a los niños acerca del funcionamiento de los riñones, algunos lograron asimilar el nuevo conocimiento y ampliar su estructura cognitiva, pues las respuestas que dieron a la misma pregunta fueron:

“Cuando uno toma agua se le llena un tubo y baja a la vejiga...si uno no tiene los riñones no estaría vivo (...) por ese tubo llega todo lo sucio a los riñones, cuando uno toma agua llega a la vejiga y limpia el riñón y los líquidos que tomamos llegan a las venas”. “Vea estos son los riñones (señalaba los riñones que había dibujado), entonces la sangre entra por aquí, por las venas, la sangre sucia, entonces los riñones la limpian y la suciedad pasa por acá (uréteres), llega a la vejiga y cuando tenemos ganas de orinar sale por la uretra”. “Los riñones sirven para limpiar la sangre”. “Para sacar los desechos líquidos del organismos”. “Para poder hacer chichi”.

A partir de estos textos del nativo, se puede observar cómo algunos niños lograron incorporar a su estructura cognitiva el nuevo conocimiento, mientras que otros requieren de un proceso más largo.

Ahora bien, para que los niños puedan adquirir este conocimiento es necesario pasar por varios procesos, según Piaget (1985), lo primero que se hace al enfrentarse a un nuevo aprendizaje es asimilarlo, es decir, incorporar la información a las estructuras ya existentes; luego viene la acomodación que es la modificación de las estructuras generadas por el nuevo conocimiento; estos dos aspectos favorecen la adaptación del ser humano al medio; sin embargo antes que el sujeto pueda adaptarse se genera desequilibrio, que es la no aceptación, en un principio, de la nueva información. Este fue el caso de uno de los niños diagnosticados con síndrome nefrótico, a medida que se le iba explicando cómo era que funcionaban sus riñones expresaba: *“entonces en mis riñones se queda*

toda la suciedad que entra a mi cuerpo, no que pereza uno con el riñón malo....”. El conocimiento que tenía acerca de su enfermedad era infección urinaria, cuando se le proporcionó la nueva información se negaba a aceptarla, por lo tanto fue necesario elaborar un proceso de acomodación para que pudiera integrar a su estructura el nuevo conocimiento. Posteriormente cuando se indagaba nuevamente sobre este tema respondían que la función de los riñones era limpiar la sangre de los desechos que ésta contenía. De igual manera las madres adquieren nuevos conocimientos a partir de las actividades que proponen las maestras en formación, pues al finalizar un trabajo expresaron:

Que tan bueno eso que hicieron eso con los vasos, [experimento para visualizar el funcionamiento de los riñones] así uno entiende mejor porqué es que ellos están enfermos, porque es que a veces uno le pregunta a los médicos y ellos no le explican a uno bien, a mi me da pena decirle que no le entendí.

En esta misma línea, la enseñanza, a la par con el aprendizaje, brinda la posibilidad al estudiante que sea capaz de resolver sus problemas, de afrontar su propia realidad para interactuar con el medio. Esto se evidenció en una de las niñas que a pesar de estar conectada a unas bolsas, necesarias para su diálisis peritoneal, no era impedimento para realizar las actividades, para lo cual cargó las bolsas debajo del brazo y participó de cada una de las actividades argumentado: *“Yo no me voy a perder de jugar y aprender por tener estas bolsas, yo se que me sirven para aliviarme, pero voy a jugar”.* Otra de las situaciones que se destaca fue la de un niño que, la mayor parte del tiempo que permaneció en el hospital, estuvo conectado a una bomba, necesaria para aplicarle medicamentos, desde el momento en que llegaban las maestras en formación se desplazaba con toda tranquilidad por la sala, lo único que hacía era empujar el carrito y estar pendiente que la droga si estuviera bajando, incluso esto no era impedimento para ayudar a organizar las sillas y mesas. La actitud de estos niños demuestra que ambos aprendieron a conocer sus limitaciones, siendo capaz de determinar que actividades podían o no realizar.

Por tanto, el conocimiento más importante es el conocimiento que la persona tiene de sí misma, si bien, estos niños llegaron a ser conscientes de su problemática y saber que su enfermedad les genera determinadas limitaciones, al mismo tiempo sabían que ésta no podía aislarlos del entorno, por ello buscaron un equilibrio entre su enfermedad y su estado emocional. En consecuencia, las maestras en formación se valieron de estrategias que pudieron ser aplicadas al contexto hospitalario, para que el proceso de enseñanza-aprendizaje se efectuara acorde a las necesidades de la población; por consiguiente el proyecto de investigación respondió a la reestructuración del esquema corporal, pues, algunos niños lograron modificarlo.

Ahora bien, dentro de este proceso, se debe tener en cuenta el nivel de desarrollo cognitivo de los niños, pues son ellos quienes construyen su propio conocimiento, basado en las habilidades y preconceptos que poseen, ayudados, a su vez, por el profesor como mediador entre el conocimiento y los estudiantes.

9.4 CATEGORÍA DE NIÑO.

Para hablar de niño, es preciso tener presente que a través de la historia, éste ha sido pensado, tratado y valorado de acuerdo a los diferentes contextos sociales, culturales, económicos, políticos, religiosos, entre otros, formando al niño según el ideal de hombre que se tiene, fundamentado en las necesidades de la sociedad, por lo que su concepción evoluciona de acuerdo a los cambios sociales y a la modificación de los contextos, lo que lleva a pensar que dicha concepción es una construcción social.

Durante el proceso de transformación de la concepción de niño, se ha buscado atender su problemática desde diferentes perspectivas, caso de la educación escolar, en la que inicialmente se educaba para ser educado, dando mayor importancia a lo moral que a los conocimientos o habilidades; dicha idea de educación se ha ido modificando debido a las reflexiones que la pedagogía ha realizado sobre el acto educativo, reconociendo la importancia de entender al niño, desde sus intereses y necesidades para acompañarlo en su formación integral. Es decir, que la pedagogía considera al niño como un ser pensante, capaz de construir su propio conocimiento, apropiarse de él, aplicarlo a su entorno y evaluarlo.

Es por ello que las maestras en formación que llevaron a cabo el presente proyecto en el Hospital Infantil San Vicente de Paúl, tuvieron en cuenta, en el diseño y ejecución de la de intervención pedagógica, las necesidades e intereses del niño, al igual que sus dimensiones del desarrollo para contribuir a la reestructuración de su esquema corporal, concibiendo al niño como el eje central de dicho proceso.

La pediatría también se ha interesado por las problemáticas del niño, llevando a pensarlo más como un ser vulnerable, que requiere atención particular dada sus necesidades, por lo que se crean hospitales infantiles para el tratamiento de sus enfermedades. Luego de un tiempo, esta disciplina empezó a mirar la atención que se le brindaba a éste desde la integralidad, entendiendo que la enfermedad lo afecta en todas sus dimensiones, siendo necesaria una intervención interdisciplinaria para su recuperación. Esto se evidencia en el Hospital Infantil San Vicente de Paúl, cuando convergen profesionales de diferentes disciplinas para acompañar y atender al niño y a su familia en el proceso de hospitalización, como los psicólogos, trabajadores sociales, pedagogos infantiles, entre otros, además de contar con un aula lúdico pedagógica, dotada de material didáctico, donde se llevan a cabo actividades dirigidas por la docente encargada del aula y

maestras en formación de la Facultad de Educación de la Universidad de Antioquia, con una intencionalidad pedagógica.

Aunque se han dado todos estos cambios, se observan actitudes en algunos profesionales de la salud que siguen concibiendo al niño como un órgano, lo que se evidencia en expresiones como: *“no, no, no, ella no puede salir hoy, está muy enferma, además los niños vienen acá es para aliviarse no para jugar”*, *“usted, no se puede ir, no ve que primero está el medicamento”*, en observaciones consignadas en el diario de campo se establece que:

“los niño no pudieron asistir hoy al aula debido a que las enfermeras argumentaban que tenían mucho trabajo y no se podían desplazar con ellos”, “Aunque las enfermeras mandan los niños al aula se evidencia que lo hacen más por evitar que les llamen la atención, que por ser concientes del beneficio que tiene para la recuperación de éstos asistir allí”.

Por el contrario, hay quienes se preocupan por atender al niño en forma integral, dándole importancia al equilibrio entre lo psicológico, físico y espiritual, es decir, se preocupan por el estado anímico del niño, por sus temores, alegrías, tristezas, angustias, entre otras, acompañándolos en el proceso de hospitalización y contribuyendo a la comprensión de la enfermedad por parte de los niños, estableciendo con éstos una relación de mayor calidad humana.

Esto se corrobora en notas de diarios como:

“una niña hospitalizada que no estaba acompañada por ningún familiar, cumplió años durante su estadía en el hospital, por lo que las enfermeras conociendo su situación decidieron celebrárselo, en compañía de los demás niños de la sala”. “Algunas enfermeras desempeñaron el papel de madres sustitutas, al mostrar interés en el cuidado y atención de un niño de tres meses que permanecía solo en la sala, debido a que fue remitido desde el Chocó sin la compañía de su madre”.

“Uno de los médicos demuestra gran interés en el bienestar general del niño, pues tiene claro que la enfermedad no es sólo orgánica, sino que

afecta al niño en su totalidad, por lo que considera que la relación entre médico- paciente es un factor que puede incidir favorablemente en su recuperación, por lo tanto establece con ellos una comunicación que le permite conocer sus estados de ánimo y sus intereses; además resalta la labor pedagógica que se lleva a cabo en el hospital por medio de las maestras en formación, realizando visitas constantes al aula en compañía de sus estudiantes de medicina y sensibilizándolos frente a la importancia de asistir al niño integralmente”.

Otro de los aspectos que ha aportado para la transformación de noción de niño, ha sido la Convención por los Derechos del Niño, creada en los años 50, la cual considera a éste como un ser social con derechos y deberes, estableciendo que en la sociedad y el Estado recae la responsabilidad de satisfacer sus necesidades básicas en pro de su bienestar, brindándole protección, educación y atención, estableciendo una serie de programas, acciones, políticas públicas y privadas, encaminadas a mejorar la calidad de vida del menor.

En este orden de ideas, la educación como derecho fundamental del niño, debe ser brindada en todo contexto, siendo uno de éstos el hospitalario, sin embargo, cuando éste es hospitalizado por largos períodos, generalmente es desescolarizado, motivo por el cual se implementa la pedagogía hospitalaria como mecanismo para garantizar este derecho, permitiendo que éste continúe con su proceso formativo, teniendo en cuenta los agentes que intervienen en el proceso de hospitalización y buscando estabilizar su bienestar de manera integral.

Aunque un niño se encuentre hospitalizado, requiere de momentos de esparcimiento, surgiendo la necesidad de construir aulas lúdico-pedagógicas en los hospitales, con el fin de reducir los niveles de estrés a los que se ven sometidos por ser alejados de su entorno cotidiano y al mismo tiempo para continuar su proceso académico y formativo, pues el desescolarizarlos por tener una determinada enfermedad atenta contra uno de sus derechos que es la educación, estipulado en la Constitución Nacional de Colombia de 1991, y en la Convención de los Derechos del Niño de 1989.

Se puede decir entonces, que mediante la pedagogía hospitalaria, es posible atender las necesidades del niño en procura de su adecuado desarrollo, pues como lo afirman Grau y Ortiz (2001, p. 25), dicha pedagogía se articula con la educación especial, en la medida en que los niños con problemas de salud son considerados estudiantes con necesidades educativas especiales, pues la enfermedad disminuye los niveles de energía y concentración, influyendo significativamente en las estructuras cognitivas, así como en el desarrollo físico y social. Por lo tanto se requiere de una atención integral que contrarreste los efectos de la hospitalización, la separación del entorno familiar, escolar, la incertidumbre por los resultados del diagnóstico, entre otros, para lo cual es fundamental la interacción que se establece entre los diferentes agentes que interviene en la recuperación del niño, para que conjuntamente trabajen por su bienestar, brindándoles una mejor calidad de vida.

Como se dijo anteriormente, la pedagogía hospitalaria tiene en cuenta a aquellas personas que se relacionan directamente con el niño en este proceso de hospitalización, uno de ellos es la familia, cuya función es el acompañamiento permanente con el propósito de bajar los niveles de estrés, ansiedad, temor, inseguridad, entre otros, sin embargo, se ha evidenciado a lo largo del proyecto de investigación que los padres, debido a la enfermedad de sus hijos, se angustian y algunos actúan de manera sobreprotectora con éstos, modificando su función, y en ocasiones contribuyendo a generar inseguridad y dependencia en éstos. Lo anterior se comprueba en las siguientes notas de diario de campo:

“Esta niña busca constantemente la aprobación de la madre para realizar los trabajos, a su vez ésta procura ayudarla, pues al comenzar una actividad es frecuente escucharle decir “usted no es capaz de hacer eso, venga le ayudo”, además en actividades que requieran movimiento está pendiente que no se aporreé, incluso en momentos le prohíbe realizar determinados juegos”. “Otra de las niñas estaba haciendo la actividad propuesta por las maestras en formación, sin embargo, cuando llegó la

madre, la niña paró y fue ella quien la terminó”. “Algunas madres prefieren ayudarle a las niñas a elaborar sus trabajos, pues éstas argumentan que no son capaces de dibujar por no tener las habilidades para ello, o porque les duele la mano debido al catéter”. “La presencia de los acudientes condiciona las respuestas que dan los niños a las preguntas que formulan las maestras, pues no es igual la forma de responder cuando están solos que cuando están acompañados por alguien cercano, generalmente la madre o el padre”.

Si bien los padres conciben al niño como un sujeto que es incapaz de realizar determinadas actividades por estar enfermo, éste por su parte se concibe a sí mismo en relación a lo que hace, al lugar que ocupa en su entorno familiar, a la edad, estatura, a la educación, esto se observó en la entrevista cuando se les preguntó ¿qué es un niño para ti?, y ellos respondieron:

“un niño es el que juega cuando llega de la escuela”. “Para mi un niño es el que tiene mamá y papá” entonces si no tiene papá qué es “ah, yo no se, se consigue otro, porque uno puede hacer eso”. “Es el que va todos los día a la escuela”. “Yo no sé”, “pues soy yo”. “Es el que es pequeño y está chiquito”. “Es el que come confites”, “al que le gusta jugar fútbol”, “el que tiene juguetes, como yo que tengo muñecas y después me dieron una cocinita”.

Concluyendo, se puede decir que la concepción que se ha tenido de niño ha ido cambiando debido al momento histórico que se vive y a los patrones culturales que convergen, por tanto dicha concepción seguirá transformándose en la medida en que el ser humano va cambiando su forma de pensar y de asumirse como ser social. En esta transformación la educación juega un papel fundamental, debido a que se convierte en práctica cultural por estar inmersa en todos los lugares donde interactúan las personas, por tanto no recae exclusivamente en la escuela como se pensaba anteriormente, además es un proceso que se da durante toda la vida, cuya finalidad es la promoción del desarrollo humano a través del abordaje de sus diferentes dimensiones.

10. RESULTADOS

1. Queda claro que para llevar a cabo un programa de estimulación lúdico y pedagógico eficaz, deben tenerse en cuenta aspectos que influyan en el momento de la estimulación tales como la disposición del estimulador y el estimulado, el espacio, los medios, el momento, el desarrollo del niño, el tiempo de duración, entre otros, pues de estos factores dependerá el éxito de la estimulación.

2. Con la propuesta de estimulación lúdica y pedagógica, se logró reestructurar en los niños hospitalizados en la sala de Nefrología del Hospital Infantil San Vicente de Paúl, algunos aspectos relacionados con el esquema corporal, en sus dos componentes Imagen y concepto, así:
 - Concepto corporal: con la aplicación de la propuesta de intervención pedagógica, se logró en los niños hospitalizados una mayor comprensión con respecto a los órganos internos, externos y sus funciones, además la importancia que éstos tienen para la estabilidad y la vida del ser humano. De igual manera, pudieron conocer aspectos relacionados con la enfermedad, como algunos efectos que ésta tiene en su cuerpo, lo que pasa con el órgano afectado y los cuidados corporales necesarios para conservar la salud. Todo lo anterior, generó en estos niños mayor conocimiento de sí mismos y de sus procesos corporales, al igual que de su enfermedad.

- Imagen corporal: algunos de los niños hospitalizados lograron, a partir de las actividades de estimulación lúdicas y pedagógicas, aumentar la confianza en sí mismos, realizando de forma adecuada diferentes tareas, que en un primer momento no elaboraban presentando conductas evasivas o requiriendo ayuda constante para poderlas llevar a cabo; de la misma manera, se consiguió que algunos comprendieran la importancia de cuidar de sí mismos y de los otros, aumentando los niveles de autoestima, influyendo también en la autoimagen y el autoconcepto.
3. Con el proceso de reestructuración del esquema corporal que llevaron los niños hospitalizados en la sala de Nefrología, se logró influir en las dimensiones del desarrollo, pues cognitivamente, se generaron en ellos conocimientos y procesos mentales como el análisis y reflexión que hacían de su propio cuerpo; a su vez, se crearon espacios para la socialización con pares y adultos, al mismo tiempo que se proponían actividades en las que padres e hijos trabajaban juntos, contribuyendo a mejorar las relaciones entre éstos, además, asistir a la sala y realizar dichas actividades se convertía en un elemento que lo fortalecía emocionalmente, bajando los niveles de angustia y estrés producto de la hospitalización y la enfermedad. Por otro lado, las actividades por el hecho de ser lúdicas, los invitaba al movimiento corporal por medio de juegos, rondas competencias, entre otras. Finalmente, se permitía la expresión de sentimientos, ideas y deseos, utilizando diferentes medios, ya fueran orales, escritos, gráficos o dramáticos, que contribuyen al desarrollo comunicativo, lingüístico y artístico, por medio de cuentos, adivinanzas, títeres, retahílas, entre otras.
 4. A pesar de que se lograron resultados satisfactorios con la aplicación del programa de estimulación lúdico y pedagógico, el proceso que se llevó con algunos niños se vio interrumpido, pues la población variaba

significativamente, debido a que eran dados de alta, por lo que fue necesario iniciarlo en repetidas ocasiones. Sin embargo, el proceso que se llevó con una niña de 6 años de edad que no había sido escolarizada debido a su enfermedad, fue el que tuvo mayor continuidad, por los largos y frecuentes periodos de hospitalización a los que se veía sometida; esta niña presentaba atraso a nivel cognitivo, reflejado en la dificultad para dibujar un cuerpo estructurado y dar cuenta de partes a nivel externo e interno y sus funciones; sin embargo al finalizar el proceso, se logró que dibujara un cuerpo completo y estructurado, además de identificar en sí misma algunas partes internas como los pulmones, los riñones, el corazón y el cerebro.

5. Pensar el ser humano como inacabado, es pensar en la necesidad de llevar el acto educativo a cada espacio donde convergen éstos, por tanto la labor del maestro no se debe limitar únicamente a un ámbito escolar, debe trascender y pensar que cada contexto se constituye en un escenario de aprendizaje.
6. Queda claro que la labor del Pedagogo Hospitalario es continuar con el proceso de desarrollo de los niños hospitalizados tanto a nivel académico como formativo, así mismo ayudarles a contrarrestar los efectos negativos que causan la hospitalización para que puedan asumir su propia realidad. Es por ello que la práctica llevada a cabo en el Hospital Infantil San Vicente de Paúl contribuyó a la construcción de la imagen corporal de algunos niños con el fin de reestructurar su identidad para poder interactuar de manera más adecuada con el otro.

11. RECOMENDACIONES

1. Es recomendable ampliar el tiempo de intervención pedagógica con los niños hospitalizados en cada sesión dentro del aula lúdico pedagógica, con el propósito de obtener mejores resultados en la investigación.
2. Dada la importancia del aula lúdico pedagógica en el Hospital Infantil San Vicente de Paúl, así como la presencia de la Pedagoga Hospitalaria en este espacio, es necesario que todos los agentes que atiendan al niño en el ámbito hospitalario, reciban capacitación sobre ésta con el fin de brindarle una atención integral.
3. Se recomienda plantear los proyectos pedagógicos con una duración máxima de práctica de dos semestres, para que en el tercero los estudiantes cuenten con el tiempo necesario para la elaboración del trabajo escrito, y si se hace necesario, visitar el lugar de práctica para completar la información requerida.
4. Se hace pertinente dar a conocer al personal de salud y en general, a todas aquellas personas que se vinculan con los niños hospitalizados, los proyectos pedagógicos que las maestras en formación de la Universidad de Antioquia realizan en el Hospital Infantil San Vicente de Paúl, para que conozcan los procesos que se llevan en dichos proyectos y para que de acuerdo a su saber contribuyan con el logro de los objetivos.
5. Establecer relaciones entre los padres de familia, la escuela, el personal médico y el pedagogo hospitalario, con el fin de realizar un trabajo conjunto en pro del bienestar del niño hospitalizado, de tal manera que este proceso deje el menor grado de consecuencias negativas en el desarrollo del niño a

nivel integral, además de contribuir al cumplimiento de algunos de los objetivos de la pedagogía hospitalaria, como son que el niño pueda continuar con su proceso educativo aunque esté hospitalizado; que pueda bajar sus niveles de estrés, ansiedad, temor, entre otros, gracias al acompañamiento de sus padres, haciendo menos tensa su estancia en el hospital y el proceso de recuperación; y que comprenda la enfermedad, los tratamientos, los cuidados, las causas y consecuencias que ésta trae para su vida.

6. Desarrollar un trabajo con los padres de familia, dirigido a que tomen conciencia acerca de la importancia del adecuado acompañamiento a sus hijos durante el proceso de hospitalización y recuperación de la salud, animándolos a realizar con ellos actividades y acciones encaminadas a reducir en los niños los niveles de estrés, angustia, ansiedad, temor, entre otros, disminuyendo también, la culpabilidad que algunos pueden sentir por la enfermedad de sus hijos.
7. En el Hospital Infantil San Vicente de Paúl, estudiantes de la Facultad de Educación de la Universidad de Antioquia han desarrollado interesantes proyectos pedagógicos con los niños hospitalizados, sin embargo, dichos proyectos, aunque hayan arrojado resultados importantes y hayan contribuido significativamente al desarrollo integral del niño hospitalizado, son ejecutados sólo durante el tiempo que dura la práctica pedagógica de éstos estudiantes. En éste momento (2008) el hospital cuenta con un Aula Lúdico-Pedagógica y una pedagoga hospitalaria que realiza diferentes actividades, por esto se sugiere la continuidad de algunos de los proyectos que han sido realizados y que dados los resultados se pueden considerar eficaces.
8. El Aula Lúdico-Pedagógica con que cuenta el Hospital Infantil San Vicente

de Paúl para atender a la población hospitalizada en las diferentes salas, es un espacio de aprendizaje y esparcimiento, sin embargo, en ocasiones se dificulta la labor con los niños, debido a que el tiempo que permanecen en ella es reducido o no asisten, pues el personal médico y de enfermería frecuentemente no cumplen el horario de ingreso, por no realizar procedimientos, rondas médicas o suministrar los medicamentos a tiempo, motivo por el cual es necesario mayor compromiso por parte de éstos, con el fin de que este espacio sea mejor aprovechado y disfrutado por los menores, brindándoles atención oportuna.

9. Durante el proceso investigativo se vio la necesidad de que los docentes y directivas de las instituciones educativas a las que pertenecen los niños hospitalizados, propicien a éstos las herramientas y los medios necesarios para que continúen, desde este espacio, con su proceso formativo y educativo, pues, durante las observaciones realizadas se pudo evidenciar el interés de algunos niños por avanzar en su aprendizaje. Por tanto se recomienda a la pedagoga hospitalaria y a los padres de familia crear vínculos con el personal de las instituciones educativas para evitar el atraso y la deserción escolar en éstos.

BIBLIOGRAFÍA

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

ALVES, Manuel, ORTIZ, María del Carmen y SERRADAS Marian. (Sep- Dic 2004). El método eduterapéutico como estrategia de apoyo al niño hospitalizado. *Revista de Educación*. (335), 230.

ÁNGEL DINELLO, Raimundo, MOTTA, Jesús y JIMENEZ, Carlos (2001). *Lúdica y creatividad: la nueva pedagogía para el siglo XXI*. Bogotá: Cooperativa Editorial Magisterio.

ARENAS ACEVEDO, Jairo. (1999). *Educación física, infancia y niñez*. Medellín: Editorial Proyección.

AUSUBEL, David, HANESIAN, Helen y NOVAK, Joseph. (1991). *Psicología educativa: un punto de vista cognoscitivo*. México: Editorial Trillas.

BRONFENBRENNER. Uriel. (1987). Los roles como contextos del desarrollo humano. *La ecológica del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós-Ibérica, pp. 105-127.

CABRERA, María del Carmen y SÁNCHEZ, Concepción. (2002). *La estimulación precoz: un enfoque práctico*. España: Editorial siglo XXI de España Editores, SA.

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

CÁRDENAS MEJÍA, Jairo. (2003). La educación, responsabilidad de todos. *Cuadernos pedagógicos*. Medellín. (23) p. 35-43.

CURSIO BERRERO, Carmen Lucía. (2002). *Investigación cualitativa*. Colombia: Editorial kinesis.

DE ZUBIRÍA, Julián. (1994). *Tratado de pedagogía conceptual: los modelos pedagógicos*. Santafé de Bogotá: Editorial fundación Alberto Merani para el desarrollo de la inteligencia.

DIAZ, Ana Elsy & QUIROZ, Rut Elena. (Nov 2001). Corrientes pedagógicas, modelos pedagógicos y enfoques curriculares: Relación sistemática entre ellos. *Revista Avanzada Universidad de Medellín*. (10) páginas 116-129.

_____ (2005). *Educación, instrucción y desarrollo*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.

_____ (2002). Reflexiones teóricas sobre la relación entre la pedagogía y la didáctica. *Lecciones Inaugurales 2002*. Páginas 29-40

DURÁN STRAUCH, Ernesto. (2004). El buen trato empieza por casa: nuestros hospitales, un lugar amable para los niños. Colombia: Sociedad Colombiana de Pediatría.

Enciclopedia psicopedagógica: pedagogía y psicopedagogía. España: Editorial Océano.

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

FERNANDEZ, Severino, CÁCERES, María Pilar & AZNAR, Inmaculada. (Abril-Junio de 2006). Pedagogía hospitalaria: principales características y ámbitos de actuación educativa (remedial y preventiva). *Revistas de Ciencias de la Educación*. (206), páginas 227-244.

FLÓREZ OCHOA, Rafael. (2001). *Investigación educativa y pedagógica*. Bogotá: Editorial MC Graw Hill.

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

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

GÓMEZ MENDOZA, Miguel Ángel. (2000). Pedagogía: definición, métodos y modelos. *Revista de Ciencias Humanas (Pereira)*. 7 (26), p. 101.

GONZÁLEZ PATIÑO, Edith Yamile y otros. (2006). *Representaciones sociales sobre la estimulación emocional y verbal de los acompañantes de niños y niñas en el contexto hospitalario*. Tesis. Universidad de Antioquia, Facultad de Ecuación. Medellín.

GRAU, Rubio Claudia y ORTIZ González Carmen. (2001). *La pedagogía hospitalaria en el marco de una educación inclusiva*. Málaga: Editorial 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.

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

JIMÉNEZ, F. (2001). *Taller de actividades para el desarrollo del esquema corporal*. España: Ediciones Ceac.

LIZASOAIN RUMEU, Olga. (2005). Los derechos del niño enfermo y hospitalizado: El derecho a la educación. Logros y perspectivas. *Estudios Sobre Educación*. (9), páginas 189-201.

MAIER, Henry. (1969). *Tres teorías sobre el desarrollo del niño: Ericsson, Piaget y Sears*. Argentina: Centro Regional de Ayuda Técnica.

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

MAZO ZULUAGA, Astrid Elena. (2006). *Los niños hospitalizados ante las relaciones con el personal de salud*. Tesis Universidad de Antioquia, Facultad de Educación. Medellín.

MENESES MONTERO, Maurenn & MONGE ALVARADO María. (2001). El juego en los niños: enfoque teórico. *Educación: 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.

Tecnológico de Antioquia. (S.f). *Módulo estimulación adecuada cero a dos años*. Medellín.

MONTOYA VILLEGAS, Diana Patricia, SÁNCHEZ MAYA, Ana Isabel. (2006). *Soñando con un lugar donde ver el sol*. Tesis. Universidad de Antioquia, Facultad de Educación. Medellín.

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

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

MURCIA FLORIAN, Jorge. (1992). *Investigar para cambiar*. Santa Fé de Bogotá: Editorial Cooperativa Editorial Magisterio.

OCHOA, Belén & POLAINA, Aquilino. (1999). El estrés de los padres como consecuencia de la hospitalización de sus hijos: una revisión. *Estudios de Psicología*. (63-64), páginas 147-161.

PACHÓN, Luís. (1987). *Los derechos del niño en la vida diaria*. Bogotá: Editorial Semper.

PAJA BURGOA, José. (1998). *La Convención de los derechos del niño*. Madrid: Editorial Técnos S.A.

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

PELÁEZ, Diana. (S. f.). *Escala valorativa del desarrollo*. Colombia.

PIAGET, Jean e INHELDER, Bärbel. (1993). *Psicología del niño*. Madrid: Ediciones Morata, S. L.

PIAGET, Jean. (1985). *Seis estudios de psicología*. España: Editorial Planeta de Agostini S. A.

POLAINO, A. & LIZASOAIN O. (1992). La pedagogía hospitalaria en Europa: la historia reciente de un movimiento pedagógico innovador. *Psicothema*. 4 (1), páginas 48-67.

POSADA, Álvaro y otros. (1998). *El niño sano*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.

RESTREPO GÓMEZ, Bernardo. (1997). *Investigación en educación*. [Módulo 7]. Santa Fé de Bogotá: Ediciones Corlas.

ROLDÁN, Ofelia, ALVARADO, Sara, HINCAPIÉ, Claudia, OCAMPO, Esteban, RAMÍREZ, Jorge, MEJÍA, Marco y OSPINA, Héctor. (2001). *Educación, el desafío de hoy: construyendo posibilidades y alternativas*. Santafé de Bogotá: Cooperativa Editorial Magisterio.

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), páginas 90-103.

SARMIENTO DÍAZ, María Inés. (1984). *Estimulación temprana*. Bogotá: Universidad de Santo Tomás.

SARRAMONA, Jaume. (1985) *¿Qué es la pedagogía? Una respuesta actual*. Barcelona: Editorial Ceac.

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

SERRADAS, Marian. *La acción educativa como alternativa en la reducción de la ansiedad en el niño hospitalizado*. Tesis Doctoral inédita. Universidad de Salamanca. Facultad de Educación. 2002.

_____. (Sept-dic. 2003). La pedagogía hospitalaria y el niño enfermo: Un aspecto más en la intervención socio-familiar. *Revista de Pedagogía*. 24 (71), págs 447-468.

TIRADO GALLEGO, Marta Inés. (1999). Educar para la vida desde un sentido de la vida. *Área del desarrollo humano*. Universidad de Manizales.

TOMASCHEWSKY, K. (1966). *Didáctica general*. México D.F.: Editorial Grijalbo S.A.

TUCKER, Nicholas. (1979) *¿Qué es un niño?* Madrid: Ediciones Morata.

UNICEF. (s.f.). *Derecho a tener derecho: infancia, derecho y políticas sociales en América latina*. [Tomo I]. Editorial la primera prueba, C.A.

VYGOTSKI, Lev. Trad. (2000). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona: Editorial Crítica.

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

Cibergrafía

[http://www.elhospital.org.co/espanol/acerca del hospital/Acerca historia2.htm](http://www.elhospital.org.co/espanol/acerca_del_hospital/Acerca_historia2.htm)

(consulta realizada 8 de marzo 2007)

ESCANERO MARTÍNEZ, Ignacio. (1997). Seminario sobre sociedad valores y educación. *Igualdad en las diferencias. La atención a la diversidad en los centros.*

Recuperado el 10 de Mayo de 2008 en <http://www.mepsyd.es/cesces/ignacio.html>

RAMÍREZ, Edgar. (1998). *La investigación pedagógica.* Recuperado el 21 de Mayo 2007: <http://us.geocities.com/esquitarr.geo/invest.html>

SIERRA RODRÍGUEZ, Pedro Alberto. *Calidad del niño hospitalizado.* Recuperado el 11 de marzo de 2007 de: http://encolombia.com/pediatria34299_calidad28.htm

ULLÁN Ana María y otros. (2004). *Los niños en los hospitales de Castilla y León: disposición y organización de espacios, tiempos y juegos en la hospitalización infantil.* Recuperado el 3 de Marzo de 2007, en <http://72.14.209.104/search?q=cache:wpX00Bs1etMJ:www.ucm.es/info/curarte/INFORME%2520LOS%2520NI%25D1OS%2520EN%2520LOS%2520HOSPITALES%2520DE%2520CYL.pdf+investigaciones+sobre+estimulacion+en+ni%C3%B1os+en+hospitales&hl=es&ct=clnk&cd=30&gl=co>

ANEXOS

IMÁGENES

Anexo 1



Ilustración 1 Exocuerpo



Ilustración 2 Endocuerpo

Anexo 2



Ilustración 3 Imagen Corporal



Ilustración 4 Imagen Corporal



Ilustración 5 Imagen Corporal



Ilustración 6 Imagen Corporal

Anexo 3



Ilustración 7 Dibujo con la mano no dominante



Ilustración 8 Dibujo con la mano no dominante

Anexo 4



Ilustración 9 Objetos internos válvula

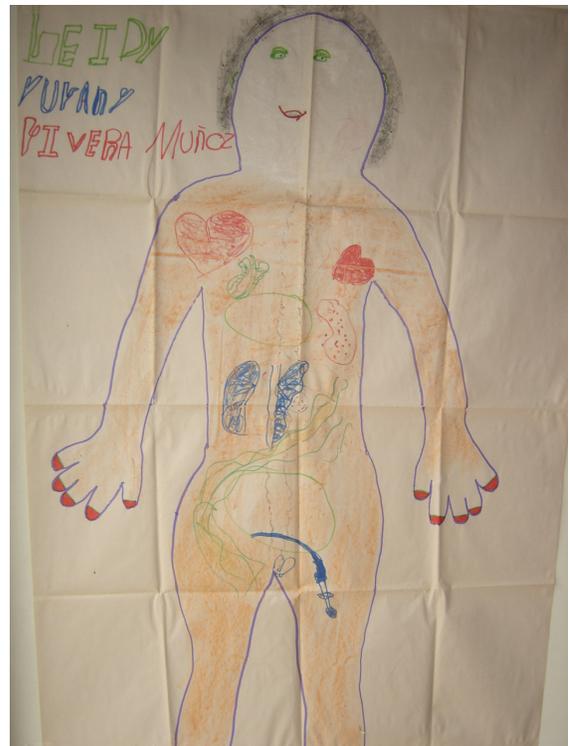


Ilustración 10 Objetos internos, catéter

Anexo 5

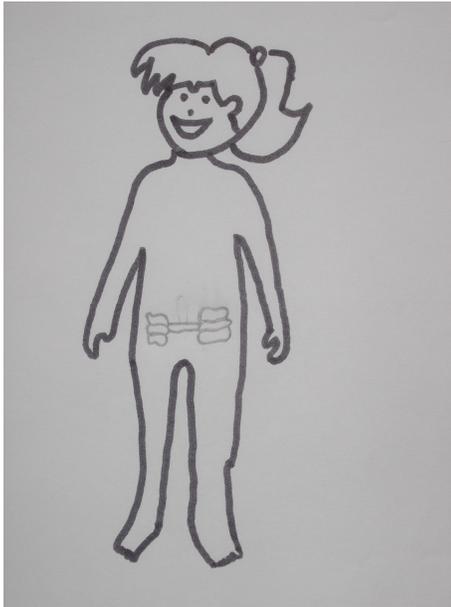


Ilustración 11 Preconcepto del Sistema urinario

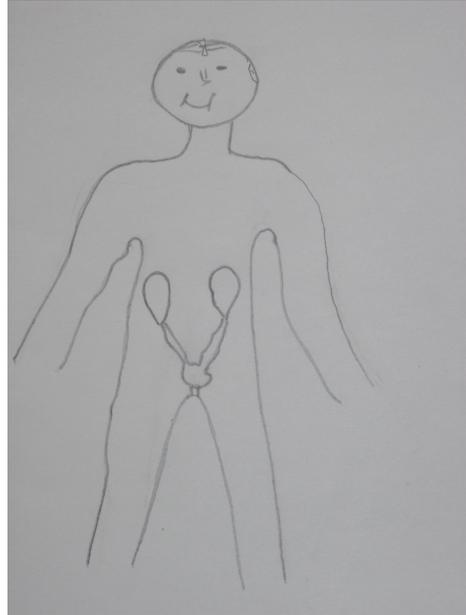


Ilustración 11b Sistema Urinario

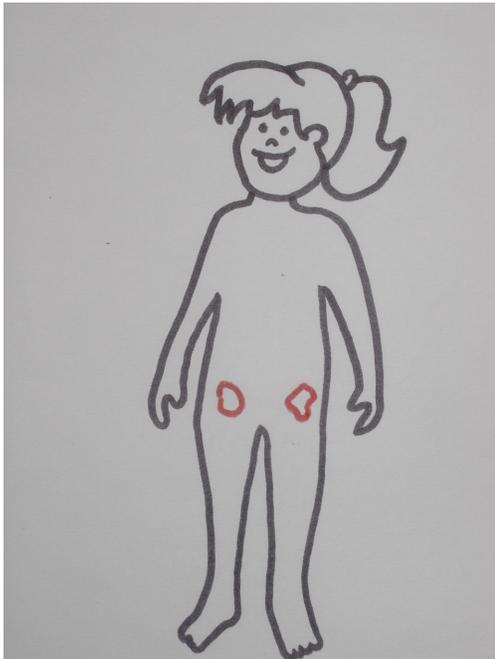


Ilustración 12 Preconcepto Sistema Urinario

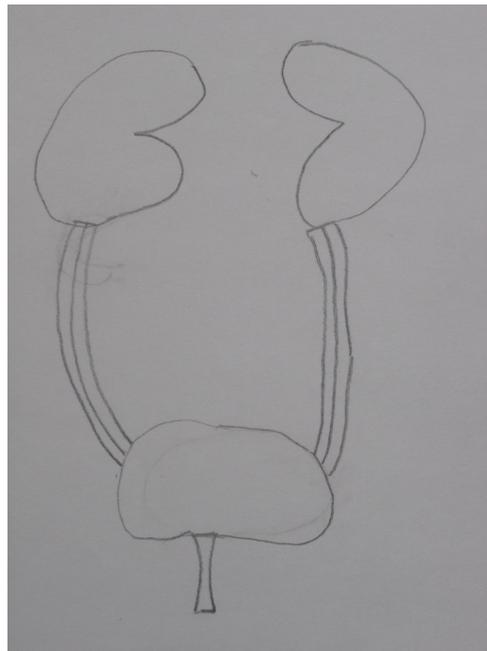


Ilustración 12b Sistema Urinario

Anexo 6

Ilustración 13 Estructura del esquema corporal de una niña de 6 años



Ilustración 13



Ilustración 14

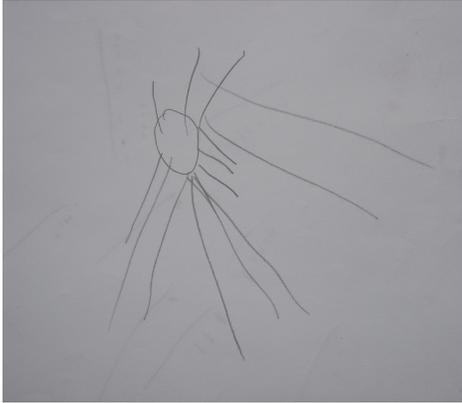


Ilustración 15



Ilustración 16



Ilustración 17



Ilustración 18

Anexo 7



Ilustración 19 Esquema Corporal



Ilustración 20 Sistema Circulatorio



Ilustración 21 Sistema Digestivo

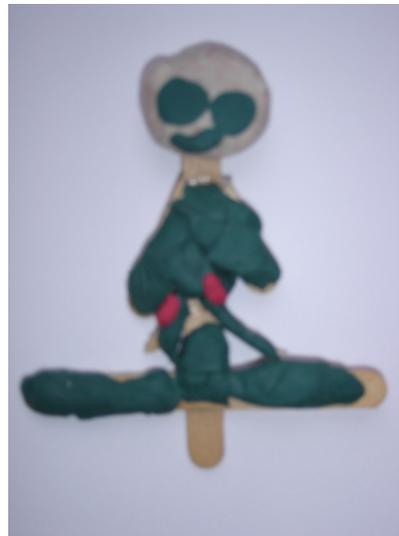


Ilustración 22 Ubicación de los riñones



Ilustración 23 Esquema Corporal en arcilla



Ilustración 24 Esquema Corporal en arcilla



Ilustración 25 Imagen Corporal Esgrafiado



Ilustración 26 Imagen corporal Plastilina



Ilustración 27 Esquema Corporal Rompecabezas

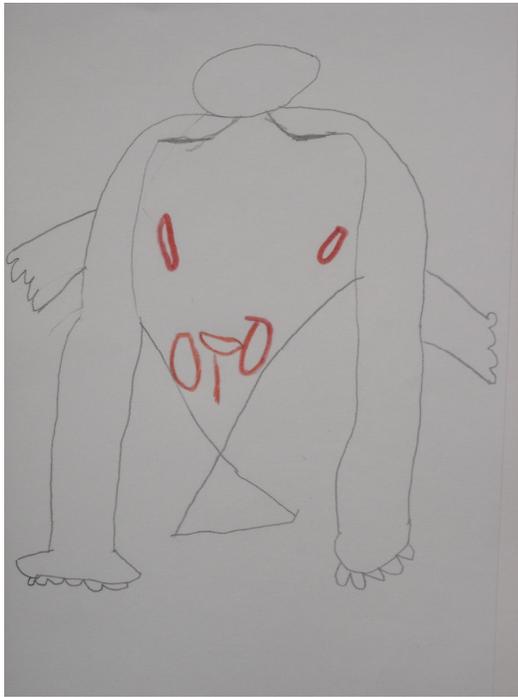


Ilustración 28 Sistema Urinario



Ilustración 29 Esquema Corporal Rompecabezas

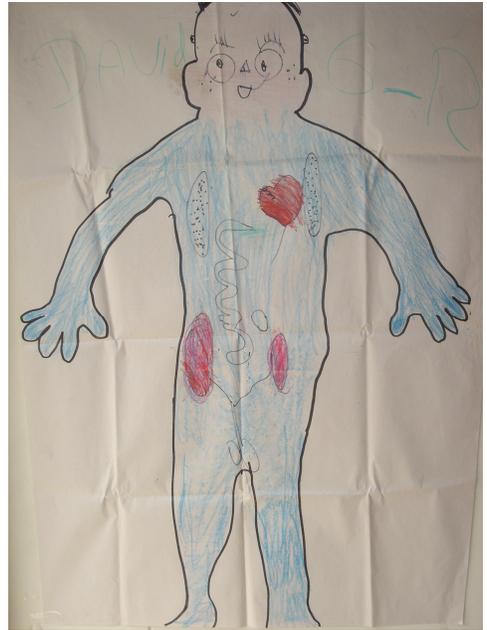


Ilustración 30 Exocuerpo

ANEXO 8

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DE ESTIMULACIÓN LÚDICA Y PEDAGÓGICA

PRESENTACIÓN

Los tratamientos médicos, derivados de la enfermedad del niño hospitalizado, generan transformaciones a nivel físico, es así como su esquema corporal cambia considerablemente: con respecto a la imagen al presentar los siguientes cambios, aumento del vello corporal, baja estatura, edema corporal, entre otros, esto hace que su imagen sea o no de su agrado, que se sienta mal consigo mismo y por ende con su grupo social, afectando las relaciones interpersonales e intrapersonales. Así mismo, se ha podido observar cómo algunos niños consideran que los cuerpos extraños insertados en su físico hacen parte de la figura del cuerpo humano, situación que altera la idea de imagen corporal, es el caso de una de las niñas hospitalizadas quien tiene una válvula en su cabeza y asume que todas las personas también la tienen. En relación al concepto corporal, el cual, según Arenas (1999, p. 63) *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*"; se ha podido observar que la mayoría de los niños desconocen algunas partes del cuerpo y la función que cumplen, especialmente aquellos órganos que están afectados por su enfermedad.

Además de lo anterior, la hospitalización genera en el niño cambios en el aspecto emocional y personal debido a que se interrumpen las actividades que habitualmente realiza, como son estudiar, jugar, compartir con los amigos y relacionarse con la familia; además hace que él se retraiga, sea tímido, se eleven sus niveles de estrés, pues ingresa a un espacio desconocido, con personas que no le son familiares (médicos, enfermeras y todo el personal del hospital), quienes llegan frecuentemente a interrumpir sus actividades para darle una pastilla, aplicarle una inyección, tomarle la presión, entre otras, además lo hacen sin ninguna explicación, como si él tuviera conocimiento de por qué está allí; generando angustia, miedo, inconformidad; así lo plantea Sierra (s.f.) al retomar los aportes de Campo, Molinello y Escallón (1997) *“la vulnerabilidad del niño aumenta al presentarse un trastorno de adaptación caracterizado por síntomas ansiosos y depresivos como respuesta al dolor, al medio ambiente institucional, a los procedimientos médicos y quirúrgicos y a la separación del núcleo familiar”*.

Estas alteraciones afectan su calidad de vida y recuperación haciendo que ésta sea más prolongada, al mismo tiempo su comportamiento y actitud varían, evidenciándolo durante las actividades coordinadas por las maestras en formación de la Universidad de Antioquia; pues aunque todos participan, la forma de interactuar en la sesión cambia: unos son demasiado tímidos, les da dificultad relacionarse con sus semejantes y expresarse verbal y corporalmente, siempre esperan que les digan qué hacer; hay otros que, a pesar de ser más espontáneos, no se percibe en ellos el entusiasmo propio de niños de su edad; esto no quiere decir que no disfruten con las actividades, al contrario, todos se interesan en ellas, solamente que cada uno lo hace a su propio ritmo; además salen de la rutina y reposo que genera el hospital, pues ellos mismos argumentan: *“es aburrido estar hospitalizado porque nos alejan de los hermanos y no nos dejan jugar ni salir”*³³. Por lo tanto es necesario proporcionarle al niño espacios que le permitan construir a través de la experimentación, la reflexión y la interacción

³³ Testimonio de una niña mediante charla informal.

social y con su entorno, de tal manera que pueda compartir y disfrutar de todo aquello que aprende.

Ahora bien, si se tiene en cuenta que en todo lugar se aprende, el hospital se convierte en un espacio para potenciar la capacidad socio-afectiva del individuo, desarrollando así competencias indispensables para la formación integral.

De acuerdo a lo dicho anteriormente, es posible concluir que el desarrollo de los niños hospitalizados es afectado en sus diferentes dimensiones, ya que éstas están interrelacionadas, por lo tanto si una de ellas está afectada, las otras también lo estarán. Por ello se considera que el tema investigativo será la ludí-estimulación pedagógica, como eje central, la cual permitirá la reestructuración del esquema corporal del niño hospitalizado, pues durante la fase de diagnóstico, se evidenció que éste, debido a los cambios físicos generados por su enfermedad, por la desescolarización, el no acompañamiento de los padres, personal médico y de enfermería y los largos periodos de hospitalización, se le dificulta estructurar en forma adecuada el concepto y la imagen corporal.

OBJETIVOS

GENERAL

Favorecer la reestructuración del esquema corporal del niño hospitalizado, entre los 5 y 13 años de edad, de la sala de nefrología del Hospital Infantil San Vicente de Paúl, mediante la ejecución de un programa de estimulación lúdico y pedagógico, basada en la Pedagogía Hospitalaria, para mejorar su relación con el entorno y consigo mismo.

ESPECÍFICOS

- Aplicar estrategias basadas en la estimulación lúdica y pedagógica que faciliten la reestructuración de la imagen corporal del niño hospitalizado.
 - Aplicar estrategias basadas en la estimulación lúdica y pedagógica que faciliten la reestructuración del concepto corporal del niño hospitalizado.
 - Evaluar el programa de estimulación lúdico y pedagógico para establecer si la ejecución de éste permite reestructurar el esquema corporal del niño hospitalizado.
-
- **UNIDADES TEMÁTICAS**

Para el desarrollo de este programa se han realizado o estructurado tres unidades temáticas que retoman los factores más relevantes que influyen directamente en la reestructuración del esquema corporal; a saber, el conocimiento del exocuerpo y endocuerpo, el fortalecimiento de la autoestima, autoeficacia, autoimagen y autoconcepto, y las implicaciones de la hospitalización; pues es necesario brindarle al niño la información pertinente respecto a lo que sucede dentro y fuera de él para que reconozca, comprenda y acepte su situación y aprenda a desenvolverse positivamente en la vida.

UNIDAD 1

CONCEPTO CORPORAL

TEMAS

1. Conocimiento del cuerpo
 - 1.1 Identificación.

- 1.2 Localización.
 - 1.3 Diferenciación.
 - 1.4 Lateralidad.
 - 1.5 Direccionalidad.
 - 1.6 Control corporal.
-
2. Sensopercepción.
 - 2.1 El oído.
 - 2.2 La vista.
 - 2.3 El tacto.
 - 2.4 El olfato.
-
3. Las implicaciones de la enfermedad en los diferentes sistemas del cuerpo humano.
 - 3.1 Sistema óseo.
 - 3.2 Sistema muscular.
 - 3.3 Sistema circulatorio.
 - 3.4 Sistema nervioso.
 - 3.5 Sistema respiratorio.
 - 3.6 Sistema digestivo.
 - 3.7 Sistema urinario.
-
4. Conocimiento de la enfermedad.
 - 4.1 Causas.
 - 4.2 Consecuencias.
 - 4.3 Ubicación.
 - 4.4 Sintomatología.
 - 4.5 Tratamientos y procedimientos médicos.

UNIDAD 2

IMAGEN CORPORAL

TEMAS

1. Percepción del cuerpo
 - 1.1 Autoconcepto (Representación mental).
 - 1.2 Autoimagen (Sentimiento respecto al cuerpo).
 - 1.3 Inclusión de un objeto externo al propio cuerpo.
 - 1.4 Autoestima (cuidado corporal).

UNIDAD 3

HOSPITALIZACIÓN

TEMAS

1. Conocimiento del hospital
 - 1.1 Qué es.
 - 1.2 Rutinas en el hospital.
 - 1.3 Cotidianidad escolar, familiar y social.

ACTIVIDADES

UNIDAD 1 CONCEPTO CORPORAL

OBJETIVO

Proporcionar al niño/a hospitalizado conocimientos con respecto a su cuerpo para que reestructure su concepto corporal.

INDICADORES DE LOGROS

- Reconoce las partes del cuerpo.
- Diferencia su lado derecho del izquierdo.

- Identifica direcciones como arriba, abajo, a los lados, entre otros.
- Reconoce los órganos de los sentidos.
- Diferencia los sistemas del cuerpo.
- Identifica la función de los riñones en el organismo.
- Reconoce su enfermedad y los tratamientos para ella.

Tema 1: conocimiento del cuerpo

Sesión 1: Reconocimiento de las partes del cuerpo

- Saludo.
- Lectura de cuento.
- Actividad: “Golpear el globo”, usando las diferentes partes del cuerpo.
- Actividad: “El baño”: Se utiliza una pelota pequeña y en parejas cada niño debe enjabonar al otro e ir nombrando las diferentes partes del cuerpo.
- Actividad: “Frente a frente”.
- Actividad: “El mosquito vuela, vuela”.
- Ronda “El baile de la conga”.
- Armar rompecabezas de las partes del cuerpo.
- Reconocimiento de los pies.
- Ubicar las partes del cuerpo en un maniquí.
- Evaluación de la sesión.
- Asistencia.
- Despedida.

RECURSOS: Música, cuento, colores, crayolas, lápices, globos, pelotas, rompecabezas de las partes del cuerpo, fichas con el nombre de las diferentes partes del cuerpo.

Sesión 2: Lateralidad, direccionalidad, control corporal

- Elaboración de manillas con pastas.
- Ronda del zafarrancho.
- Ronda del campanario.
- Ronda del lupilú.
- Ficha de desplazamiento en cuadrículas.
- Trabajo manual con la mano no dominante.
- Carrera de observación.

RECURSOS: Fichas, pastas, témperas, pinceles, grabadora, música, hojas de block, crayolas, marcadores, juguetes para la carrera de observación.

Sesión 3: los sentidos: olfato y oído

- Saludo.
- Lectura de cuento.
- Introducción al tema.
- Actividad: las fragancias y mi nariz: A cada niño se le proporciona diferentes fragancias como perfumes, esencia de vainilla, condimentos, polvo mexicana, canela, entre otros, para que identifiquen los diferentes olores.
- Actividad: identificar sonidos (cuerpo, animales, naturaleza, ciudad).
- Identificar sonidos con los ojos vendados.
- Juego, el teléfono roto.
- Elaboración de un instrumento musical (Puede ser maraca, tambor, llama lluvia, etc).
- Socialización de las sensaciones experimentadas con el oído y el olfato.
- Evaluación de la sesión.
- Asistencia.
- Despedida.

RECURSOS: cuento (La mudanza de margarita), perfumes, esencias, plantas, cd sonido de animales, antifaz, alfileres, tubos de papel, arroz, témperas, pegante.

Sesión 4: los sentidos vista y tacto

- Saludo.
- Lectura de cuento.
- Introducción al tema.
- Actividad: Concéntrese.
- Actividad: “El juego del espejo”.
- Actividad. “Adivina lo que hay”: Con los ojos vendados los niños debe identificar diferentes objetos a través del tacto.
- Actividad: “El mensaje”.
- Actividad con arcilla.
- Caminar sobre texturas: pastas, semillas, espuma, palos de paleta, entre otros.
- Evaluación de la sesión.
- Asistencia.
- Despedida.

RECURSOS: cuento, grabadora, música, concéntrese, témperas, vinilos, objetos (juguetes), arcilla, bolsas plásticas, vendas, texturas (pastas, semillas, espuma, palos de paleta, entre otros).

Sesión 5: sistemas del cuerpo humano óseo, muscular

- Saludo.
- Lectura de cuento.
- Juego de movimiento.
- Rompecabezas del sistema óseo y muscular.
- Conocimientos previos sobre el sistema óseo, muscular.
- Introducción al tema (se utilizan afiches de ambos sistemas).

- Construcción con palitos, plastilina: con palos de paletas se elabora la figura del cuerpo humano, representando el esqueleto, luego se le aplica plastilina que serían los músculos; así los niños representarían la figura humana.
- Evaluación de la sesión.
- Asistencia.
- Despedida.

RECURSOS: cuento, tablero, marcador borrable, palitos, pega, afiche del sistema óseo y muscular.

Sesión 6: sistemas del cuerpo humano nervioso y circulatorio

- Saludo.
- Lectura de cuento.
- Actividad de sensibilidad nerviosa con diferentes objetos: pasar objetos como pluma, texturas, tela, papel, etc., por las diferentes partes del cuerpo del niño.
- Elaboración de rompecabezas del sistema nervioso.
- Introducción al tema.
- Cadena de dominó.
- Ritmo corporal.
- Elaboración de rompecabezas del sistema circulatorio.
- Simulación sistema circulatorio para que los niños identifiquen cómo funciona dicho sistema.
- Evaluación de la sesión.
- Asistencia.
- Despedida.

RECURSOS: cuento, rompecabezas, tablero, marcador borrable, simulación del

sistema circulatorio, dominó, plumas, diferentes texturas, tela, papel, grabadora, música.

Sesión 7: sistemas del cuerpo humano respiratorio y digestivo

- Saludo.
- Lectura de cuento.
- Juego con rompecabezas: Conocimientos previos.
- Información general sobre el sistema digestivo.
- Juego del gusano con fichas de alimentos: los niños deben sacar de una caja llena de pelotas fichas de alimentos, luego dirigirse con la ficha por una especie de tubo elaborado en tela, el cual representa el aparato digestivo (esófago, estómago, intestinos).
- Elaboración de rompecabezas: conocimientos previos.
- Información general sobre el sistema respiratorio.
- Ejercicios de respiración.
- Pintura con pitillos.
- Evaluación de la sesión.
- Asistencia.
- Despedida.

RECURSOS: cuento, rompecabezas del aparato digestivo y respiratorio gusano, fichas de alimentos, hojas, pitillos, pinturas, tablero, marcador, grabadora, música.

Sesión 8: sistemas del cuerpo humano sistema urinario

- Saludo.
- Lectura de cuento.
- Saberes previos.
- Rompecabezas.
- Introducción del tema (estructura del sistema circulatorio).
- Ronda el puente está quebrado.

- Moldear en plastilina el aparato urinario.
- Evaluación de la sesión.
- Asistencia.
- Despedida.

RECURSOS: cuento, rompecabezas, estructura del sistema circulatorio, plastilina, tablas.

Sesión 9: Conocimiento de la implicación de la enfermedad

- Saludo.
- Lectura y socialización del cuento “Franklin va al hospital”.
- Elaboración de un cuento con ayudadas gráficas.
- Obra de títeres en la se explique las implicaciones de la enfermedad (causas, sintomatología y tratamiento).
- Asistencia.
- Evaluación.
- Despedida.

RECURSOS: cuento, ayudas gráficas, títeres.

UNIDAD 2 IMAGEN CORPORAL

OBJETIVO

Propiciar en el niño la reflexión sobre el cuidado y la importancia de su cuerpo para que reestructure su imagen corporal.

INDICADORES DE LOGROS

- Dibuja las partes internas y externas de su cuerpo.
- Reconoce elementos externos como parte de su cuerpo.

- Reconoce la importancia del cuidado de su cuerpo.
- Acepta su cuerpo como es.

TEMA 2: Percepción del cuerpo

Sesión 10: imagen corporal

- Saludo.
- Lectura de cuento.
- Saberes previos.
- Dibujar en papel periódico la silueta del cuerpo y sus partes.
- Socialización de la actividad: cada niño expresa lo que dibujo, mencionando cada una de las partes del cuerpo, tanto internas como externas.
- Evaluación de la sesión.
- Asistencia.
- Despedida.

RECURSOS: papel periódico, crayolas, marcadores, colores, cuento. Música.

Sesión 11: Autoimagen

- Saludo.
- Lectura de cuento.
- Actividad: Elaboración de un títere con diferentes materiales; cada niño se verá representado en dicho títere.
- Socialización de la actividad donde cada niño manifieste los sentimientos que tiene de su propio cuerpo.
- Evaluación de la sesión.
- Asistencia.
- Despedida.

RECURSOS: cuento, bolsas de papel, marcadores, colores, crayolas, lana,

papel de seda, papel iris.

Sesión 12: Autoconcepto

- Saludo.
- Lectura de cuento.
- Actividad mirarse en un espejo: cada niño expresará todo lo que le gusta y no le gusta de su cuerpo.
- Elaboración de un esgrafiado donde cada niño se dibuje y resalte aquellas partes del cuerpo que más le guste.
- Socialización de la actividad donde cada niño manifieste lo que piensa de si mismo.
- Evaluación de la sesión.
- Asistencia.
- Despedida.

RECURSOS: cuento, espejo, cartulina crayolas, punzones.

Sesión 13: Autoestima

- Saludo.
- Lectura de un cuento.
- Actividad cómo me cuido: a cada niño se le da una hoja de block donde está dibujada la figura humana, la deben rellenar con plastilina de acuerdo a las indicaciones de las maestras, por ejemplo, aplicar plastilina de color azul en la parte del cuerpo que más se cuidan. Al terminar se socializa el trabajo de cada uno.
- Obra de teatro por parte de las maestras en formación para dar cuenta de los cuidados que se deben tener con el cuerpo.
- Evaluación de la sesión.
- Asistencia.
- Despedida.

RECURSOS: cuento, hojas de block, plastilina, colores.

UNIDAD 3 HOSPITALIZACION

OBJETIVO

Reducir en el niño los efectos negativos de la hospitalización para que pueda reestructurar su esquema corporal.

INDICADORES DE LOGROS

- Reconoce que es un hospital.
- Distingue las rutinas que se dan al interior del hospital.
- Establece relaciones con las personas que se encuentran en el hospital.
- Manifiesta a través de actividades el manejo de aparatos.

TEMA 3: Conocimiento del hospital

Sesión 14: hospitalización

- Saludo.
- Lectura del cuento.
- Juego de la escalera.
- Explicación del tema por parte de las maestras en formación.
- Evaluación.
- Asistencia.
- Despedida.

RECURSOS: cuento, escalera, dados.