

**APORTES DE LA PEDAGOGÍA INFANTIL Y DE LA PROMOCIÓN DE LA RESILIENCIA
PARA POTENCIAR LA HOSPITALIZACIÓN COMO UNA EXPERIENCIA
ENRIQUECEDORA DE APRENDIZAJE**

**YADIRA HENAO VALENCIA
ALEXANDRA LONDOÑO LONDOÑO
YULY MADRID ORTEGA
ERIKA MORENO CADAVID**

INFORME FINAL PROYECTO DE PRÁCTICA PEDAGÓGICA

**ASESORA
COLOMBIA HERNÁNDEZ ENRÍQUEZ**

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE EDUCACIÓN
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN INFANTIL
LICENCIATURA EN PEDAGOGÍA INFANTIL
MEDELLÍN
2006**

Nuestro informe sigue las normas de presentación de tesis y otros trabajos de grado publicados en el año 2002 por el Instituto Colombiano de Normas Técnicas (ICONTEC).

Para efectos de redacción y citación de autores, retomamos las normas de la American Psychological Association (APA, 2002) las cuales permiten, para facilitar la redacción, emplear "el uso de alternativas siempre con el fin de esclarecer la comunicación".

PRESENTAMOS NUESTROS AGRADECIMIENTOS

A los niños(as) y acompañantes por habernos permitido entrar en sus vidas para realizar nuestra práctica.

A las Jefes y Auxiliares de Enfermería de las Salas de Hemato-Oncología y Nefrología por permitirnos compartir con ellas su espacio de trabajo.

Al Doctor Javier Fox Quintana por apreciar y valorar nuestro trabajo vinculándose con esta experiencia pedagógica y compartiendo con nosotras sus saberes.

Al personal de alimentación y limpieza, mensajeros y camilleros por interesarse en el bienestar de los(as) niños(as) y ser para nosotras la cara más amable del Hospital.

A la Doctora Lucrecia Rojas por abrirnos las puertas del Aula, por preocuparse por nosotras y confiar en nuestro trabajo.

Al personal Administrativo del HUSVP por habernos permitido implementar nuestro proyecto en sus instalaciones.

A Colombia Hernández por ser una gran asesora, por interesarse por nosotras como personas y por abrir nuestras perspectivas hacia la investigación y hacia una lectura amplia y crítica de la Pedagogía.

CONTENIDO

	pág.
RESUMEN	8
INTRODUCCIÓN	9
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA	11
2. OBJETIVOS	14
2.1 RESPECTO A LA PRÁCTICA INVESTIGATIVA	14
2.1.1 Objetivo general	14
2.1.2 Objetivos específicos	14
2.2 RESPECTO A LA PRÁCTICA PEDAGÓGICA	14
2.2.1 Objetivo general	14
2.2.2 Objetivos específicos	15
3. MARCO TEÓRICO	16
3.1 CONCEPTOS GENERALES	16
3.1.1 Pedagogía y Pedagogía Infantil	17
3.1.2 Salud, enfermedad y hospitalización	19

3.1.3 Pedagogía Hospitalaria y resiliencia	22
3.2. CONCEPTOS ESPECÍFICOS	29
3.2.1 La lectura y la escritura y la expresión gráfico-plástica	29
3.2.2 Percepción corporal y Proyecto de vida	30
4. DISEÑO METODOLÓGICO	33
4.1 ENFOQUE Y DISEÑO METODOLÓGICO	33
4.2 FASES Y ESTRATEGIAS DE TRABAJO QUE INCLUYÓ NUESTRO PROYECTO	34
4.3 POTENCIALES BENEFICIARIOS	36
4.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS	37
4.5. CON LO QUE NO CONTAMOS EN LA METODOLOGÍA	37
5. HALLAZGOS	45
5.1 PLAN DE ORGANIZACIÓN, PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	45
5.2 IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE ORGANIZACIÓN, PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	47
5.2.1 Hallazgos generados a partir de la síntesis descriptiva de la información recogida	47
5.3 RELACIÓN TEORÍA Y PRÁCTICA	69

5.4 HALLAZGOS GENERADOS DESDE NUESTRA VISIÓN DE LO SUCEDIDO	74
6. LECCIONES APRENDIDAS	80
BIBLIOGRAFÍA	85
REFERENCIADA	85
COMPLEMENTARIA	89
LISTA DE ANEXOS	92
7. ARTÍCULO DIVULGATIVO:	

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A Formato de Caracterización Socio-Demográfica	91
Anexo B Formato de Asistencia niños(as)	92
Anexo C Formato Evaluación	93
Anexo D Estrategia “¿Cómo me veo?”	94
Anexo E Variaciones Estrategia “¿Cómo me veo?”	95
Anexo F Estrategia “Construyendo mi futuro”	96
Anexo G Variaciones Estrategia “Construyendo mi futuro”	97

RESUMEN

Este informe final da cuenta de una Práctica Pedagógica Investigativa, como una propuesta para potenciar la hospitalización infantil como una experiencia enriquecedora de aprendizaje a través de la promoción de la resiliencia en niños(as) entre 4 y 12 años de edad que se encontraban hospitalizados(as) en las Salas de Hemato-Oncología y Nefrología Pediátricas del Hospital Universitario San Vicente de Paúl.

Dicha investigación fue enmarcada teóricamente desde la Pedagogía, la Pedagogía Infantil, la Salud, la Enfermedad, la Hospitalización, la Pedagogía Hospitalaria, la Resiliencia, el Proyecto de Vida, la Percepción Corporal, las Experiencias de Aprendizaje, la Didáctica de la Lectura y la Escritura y Expresión Gráfico-Plástica; referentes conceptuales a través de los cuales fundamentamos nuestra propuesta pedagógica, logrando un acercamiento no sólo a la temática abordada, sino también a la pregunta que guió nuestra investigación.

Nuestra propuesta estuvo guiada metodológicamente desde la investigación cualitativa, articulada desde un paradigma crítico-constructivista, bajo un enfoque etnográfico. Desde esta fundamentación teórica y metodológica diseñamos dos estrategias pedagógicas denominadas *¿Cómo me veo?* que tuvo como objetivo que los(as) niños(as) comprendieran los cambios corporales y psicológicos afrontados durante su proceso de hospitalización y *Construyendo mi futuro* cuyo propósito era indagar las percepciones que tenían los(as) niños(as) acerca de su futuro, para que a partir de ello planearan su proyecto de vida.

La implementación de dichas estrategias dieron como resultado cinco hallazgos fundamentales: la resiliencia como capacidad humana susceptible de ser promovida desde las dinámicas internas de las Salas; los(as) niños(as) hospitalizados como sujetos activos del conocimiento capaces de aprender y de enriquecer la experiencia pedagógica desde sus historias de vida y las realidades particulares en las que se desenvuelven; el Hospital como un espacio intercultural donde convergen diversidades étnicas, sociales y culturales; la incursión del pedagogo infantil desde una mirada integral de los(as) niños (as) y desde un diálogo con otras disciplinas y la hospitalización como un factor protector de acuerdo a la percepción particular de los(as) pacientes.

Palabras claves: Pedagogía Infantil, Hospitalización Infantil, Promoción de la Resiliencia, Estrategias Pedagógicas, Proyecto de Vida, Percepción Corporal.

eINTRODUCCIÓN

Con el presente informe de investigación damos cuenta de una Práctica Pedagógica Investigativa que realizamos cuatro maestras en formación, de décimo semestre de Licenciatura en Pedagogía Infantil de la Facultad de Educación de la Universidad de Antioquia, entre julio de 2005 y noviembre de 2006, con un grupo de niños(as) de 4 a 12 años de edad que se encontraban hospitalizados(as) en las Salas de Hemato-Oncología y Nefrología Pediátrica del Hospital Universitario San Vicente de Paúl de la ciudad de Medellín.

Nuestro proyecto surgió como una propuesta para atenuar la connotación negativa y traumática que desde años atrás se ha conferido a la hospitalización en tanto ella implica una ruptura forzosa y frecuentemente dolorosa de los ritmos habituales de vida de las personas. Connotación que se acentúa en el caso de los(as) pacientes pediátricos(as), en la medida en que los(as) niños(as), en muchos ámbitos, se asocian con la alegría, el juego y la vida familiar y escolar, aspectos fuertemente afectados por la hospitalización, especialmente cuando ésta es prolongada y se ofrece en contextos lejanos o muy distintos al medio de vida escolar de el(la) niño(a) o cuando ocurre en países como el nuestro, donde aún predominan los sistemas escolares que requieren un alto porcentaje de presencialidad.

Por este motivo consideramos necesario diseñar, implementar y evaluar un plan de atención pedagógica, que favoreciera en un grupo de niños(as) hospitalizados(as) una vivencia enriquecedora de aprendizaje, apoyada en la lectura, la escritura y la expresión gráfico-plástica, que les permitiera la expresión y elaboración de sus vivencias actuales, convirtiendo la hospitalización en una experiencia de aprendizaje para su vida.

Enmarcamos teóricamente nuestro proyecto de investigación en conceptos generales como Pedagogía, Pedagogía Infantil, Salud, Enfermedad, Hospitalización, Pedagogía Hospitalaria y Resiliencia; y en conceptos específicos como Proyecto de Vida, Percepción Corporal, Experiencia de Aprendizaje, Didáctica de la Lectura y la Escritura y Expresión Gráfico-Plástica. Nuestra metodología fue de tipo cualitativo, articulada desde un paradigma crítico-constructivista y un enfoque etnográfico.

La práctica comprendió tres fases: en la primera llevamos a cabo el diseño, la evaluación, la socialización y los ajustes del proyecto de trabajo; en la segunda iniciamos la implementación de las estrategias pedagógicas propuestas en el proyecto y elaboramos y aplicamos un plan de análisis preliminar de la información recogida, el cual generó un

informe de avance que fue evaluado por una profesional experta en el tema con el fin de identificar y analizar los aciertos y desaciertos del proceso realizado, para establecer los aspectos a afianzar o reorientar durante la fase siguiente de la práctica. Durante la tercera continuamos la implementación de las estrategias pedagógicas propuestas, sistematizamos y analizamos la información recogida y elaboramos el presente informe final, el cual será posteriormente socializado a los posibles beneficiarios de esta práctica investigativa y a la comunidad académica interesada en la temática.

En el presente texto incluimos siete componentes: el primero es el planteamiento de la pregunta de investigación, el segundo la presentación de los objetivos del proyecto y el tercero y el cuarto, las versiones ampliadas del marco conceptual y del diseño metodológico que orientaron nuestra investigación. En el quinto componente analizamos las semanas de implementación de las estrategias pedagógicas, a partir de lo cual presentamos los hallazgos. En el sexto consideramos las lecciones aprendidas, las limitaciones que presentó nuestro proceso de investigación y damos cuenta de una serie de aspectos que tuvimos presentes para las recomendaciones finales. Como anexos, presentamos los formatos diseñados para el registro de los datos y las tablas que representan gráficamente la información organizada y procesada.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA

El cuidado de los enfermos(as) fue hasta hace algunos siglos una tarea realizada al interior del hogar o de espacios de la comunidad que resultaban familiares a los(as) enfermos(as), quienes en la mayoría de los casos, sólo eran separados(as) de sus ambientes cotidianos cuando su estado los(as) convertía en una carga o en una amenaza para la vida de quienes los(as) rodeaban. En el mundo occidental, a partir del siglo XVIII la atención de los(as) enfermos se institucionalizó y de acuerdo con Chávez, C (1996) dio lugar al surgimiento de los hospitales como establecimientos donde los(as) pacientes se albergaban para recibir atención médica especializada y recursos que facilitarían el tratamiento de sus enfermedades. Así, la hospitalización implicó para el(la) paciente, una ruptura de su vida cotidiana, familiar, social y laboral, durante la cual era sometido(a) a tratamientos que le ocasionaban cambios físicos que afectaban la manera como sentía y concebía su corporalidad, incidiendo en la forma como se relacionaba consigo mismo(a), con los otros(as) y con el mundo.

Estos cambios y rupturas generados durante la hospitalización han sido asociados con sentimientos de confusión, negación, frustración, rabia y desesperanza por parte de la mayoría de los pacientes, pues tal como lo plantea Cordié, A (2004) la enfermedad y la hospitalización no sólo son una agresión corporal o física que se inscribe en un diagnóstico y un tratamiento, sino que también dejan huellas en el psiquismo, más aún si existe un riesgo de muerte, generando desesperación, depresión, pérdida de control y culpabilidad. Es desde esta concepción que la hospitalización ha sido definida como un evento traumático que debe ser contrarrestado a través de propuestas “humanizadoras”, tendientes a mejorar la calidad de la atención y de la vida de los(as) pacientes durante su estadía en los centros hospitalarios. Dichas propuestas de acuerdo con Ullan, A (2004) están orientadas a la mejora de la calidad de los servicios hospitalarios y a la satisfacción de las necesidades físicas, psicológicas y sociales de los(as) pacientes.

Es así, como desde los años ochenta, varios países de Europa y América adelantaron la construcción de un marco jurídico orientado a velar por el bienestar integral de los(as) pacientes (Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente en 1981) y a garantizar la calidad de sus cuidados paliativos, buscando mitigar su dolor y dignificar su hospitalización al brindarle más allá de un soporte médico, un soporte psicológico y espiritual (Saunders, C. 1987). Este interés por transformar la hospitalización, dio lugar a la incursión de diferentes profesionales en el ámbito hospitalario – terapeutas ocupacionales, psicólogos, trabajadores(as) sociales y pedagogos(as), entre otros-, así como al surgimiento de nuevos énfasis o especializaciones en el campo disciplinar de estos profesionales, como la son Psicología de la salud y la Pedagogía Hospitalaria.

Cabe mencionar que la Pedagogía Hospitalaria surge posterior a la Segunda Guerra Mundial, como una propuesta orientada a minimizar los estragos físicos y psicológicos que la guerra había generado en millones de seres humanos, quienes debían aprender a conocer de su enfermedad o de la lesión que habían sufrido, de las limitaciones que ella había causado y del tratamiento que debía seguir para atenderlas o menguarlas. En últimas, debían aprender a promover su salud y a prevenir la enfermedad. Dicha pedagogía, según Ochoa, B; Sobrino, A; y Lizasoain, O (1999), “es una actividad que consiste en la atención psicológica y educativa a los niños enfermos y hospitalizados, así como a sus familias” (p. 217). A este respecto sobresalen los esfuerzos de países como Inglaterra, España, Estados Unidos, México, Chile, Argentina, Uruguay y Venezuela por implementar dicha pedagogía.

En Colombia se ha dado un acercamiento a la Pedagogía hospitalaria con trabajos realizados por estudiantes de la Fundación Universitaria Monserrate (Bogotá) y a través del programa de Aula Lúdico-pedagógica del Hospital Universitario San Vicente de Paúl (Medellín), surgido en el año 2000. Este último acercamiento, se ha adelantado con el apoyo de estudiantes de los tres últimos semestres de la Licenciatura en Pedagogía Infantil de la Facultad de Educación de la Universidad de Antioquia, quienes realizamos allí nuestras prácticas pedagógicas, en líneas de investigación como: Matemáticas, Ciencias, Promoción de la Inteligencia Emocional, Prevención de la Agresión, Estimulación Adecuada a lactantes y Resiliencia.

El trabajo que presentamos a continuación se inscribe en la Línea de Investigación en Resiliencia, adelantado por la Facultad de Educación de la Universidad de Antioquia en la Ciudad de Medellín. Entendemos por resiliencia la capacidad flexible, dinámica y cambiante que le permite al sujeto superar las adversidades exitosamente a pesar de las expectativas de fracaso, combinando características personales, sociales y ambientales. Autores como Grotberg (1995) (Citada por Kotliarenco, M; Cáceres, I y Fontecilla, M. 1997) definen la resiliencia como la “capacidad humana universal para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas e incluso ser transformado por ellas. La resiliencia es parte del proceso evolutivo y debe ser promovido desde la niñez”. La resiliencia es por consiguiente, una capacidad humana crucial para enfrentar situaciones que rompen de manera abrupta con los ritmos, los procesos y la calidad de la salud y la vida de seres humanos, por ello, su promoción resulta pertinente y necesaria en el campo de la hospitalización infantil, en tanto, los(as) niños(as) hospitalizados(as) enfrentan situaciones de gran adversidad y se encuentran en períodos críticos de su crecimiento y de su construcción como seres humanos, en donde la manera en que aprendan a comprender y a manejar las dificultades, será decisiva para mejorar la calidad de su vida futura.

La investigación acerca de este concepto ha permitido conocer que la resiliencia no es una condición innata sino una capacidad aprendida a través de la interacción con personas, ámbitos y situaciones resilientes promotores de dicha capacidad. La promoción de la resiliencia ha sido abordada por autores como Kotliarenco, M; Cáceres, I; y Fontecilla, M (1997), Rutter (1990), Löesel (1992), Luthar (1993) , Grotberg (1996), Vanistendael (1999) y Puerta, M (2002), entre otros; quienes han aportado con sus planteamientos y/o con sus modelos, herramientas para

promoverla, las cuales pueden emplearse desde múltiples ámbitos y perspectivas, como la Psicología, la Puericultura, el Trabajo Social, y en nuestro caso, la Pedagogía Infantil.

Para el caso particular de esta Práctica Pedagógica Investigativa realizada con niños(as) que padecían enfermedades crónicas que limitaban notablemente su disposición física y anímica, resultó conveniente el uso de herramientas pedagógicas como la lectura, la escritura y la expresión gráfico-plástica, en la medida en que ellas no exigían un despliegue amplio de actividad física, siendo ajustadas a los niveles de desarrollo y de apropiación que tenían los(as) pacientes pediátricos de diversas edades, diferentes niveles de desarrollo psicológico y distintas procedencias socioculturales. Además, ellas constituyeron competencias fundamentales para la adquisición de otros conocimientos, para expresar y elaborar sentimientos y pensamientos ligados a la vivencia inmediata.

Basadas en aportes de la pedagogía y de la investigación en la promoción de la resiliencia, nos propusimos desarrollar en las salas de Salas de Hemato-Oncología y Nefrología Pediátricas del Pabellón Infantil del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, una Práctica Pedagógica Investigativa, realizada a través de actividades de lectura, escritura y expresión gráfico-plástica, que potenciara la hospitalización infantil como una experiencia enriquecedora de aprendizaje y que respondiera al siguiente interrogante:

¿Qué aportes brinda la implementación de dos estrategias Pedagógicas, orientadas a promover la resiliencia, para potenciar la hospitalización de un grupo de niños y niñas 4 a 12 años de edad hospitalizados en las Salas de Hemato-Oncología y Nefrología Pediátricas del Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín como una experiencia enriquecedora de aprendizaje?

2. OBJETIVOS

2.1. RESPECTO A LA PRÁCTICA INVESTIGATIVA

2.1.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar los aportes que brinda la implementación de dos estrategias pedagógicas de promoción de la resiliencia orientadas a potenciar la hospitalización como una experiencia enriquecedora de aprendizaje con un grupo de niños y niñas de 4 a 12 años de edad hospitalizados en las Salas de Hemato-Oncología y Nefrología Pediátrica del Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín.

2.1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Diseñar y aplicar estrategias e instrumentos que permitan registrar la información generada a lo largo de la implementación de las estrategias pedagógicas diseñadas.

Organizar, procesar y analizar la información registrada para presentarla a través de un informe de investigación y de un artículo divulgativo.

Socializar los hallazgos y difundir los productos generados en la práctica, para abrir camino a nuevas preguntas y a propuestas que contribuyan a convertir la hospitalización como una experiencia enriquecedora de aprendizaje.

2.2 RESPECTO A LA PRÁCTICA PEDAGÓGICA:

2.2.1 OBJETIVO GENERAL

Diseñar, implementar y evaluar un plan de atención pedagógica orientado a promover la resiliencia en un grupo de niños y niñas entre los 4 y los 12 años de edad, hospitalizados en las Salas de Hemato-Oncología y Nefrología del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, con el fin de convertir su hospitalización en una experiencia enriquecedora de aprendizaje.

2.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Diseñar e implementar dos estrategias pedagógicas, basadas en la lectura, la escritura y la expresión gráfico-plástica, que promuevan el desarrollo de la resiliencia en un grupo de niños(as) hospitalizados que presentan enfermedades hemato-oncológicas y renales.

Evaluar la incidencia de la implementación de las estrategias pedagógicas diseñadas, a través de una retroalimentación permanente con los(as) niños(as), los padres, la familia acompañante y el personal de la salud.

3. MARCO TEÓRICO

Enmarcamos nuestro proyecto en siete conceptos generales y tres conceptos específicos. A nivel general, retomamos conceptos como Pedagogía y Pedagogía Infantil, marco disciplinar desde el cual estamos formadas; Salud, Enfermedad y Hospitalización, ámbito en el cual se inscribió nuestra propuesta; Pedagogía Hospitalaria, rama de la Pedagogía que integra la pedagogía social y la educación especial para minimizar los efectos traumáticos de la hospitalización y darle continuidad a los procesos de enseñanza-aprendizaje; y la Resiliencia, en tanto los(as) niños(as) con quienes propusimos nuestro trabajo, enfrentaban una situación adversa - enfermedad crónica y con riesgo de muerte y una hospitalización y una serie de tratamientos especializados que implicaban cambios y exigencias marcados en sus rutinas y formas de vida.

A nivel específico, nos basamos en tres conceptos: Proyecto de Vida, en tanto creíamos que pese al riesgo de muerte que enfrentan los(as) niños(as), era posible generar con ellos(as) expectativas de vida a corto, mediano y largo plazo; la Percepción Corporal en la medida en que la enfermedad generó cambios físicos y psicológicos que debieron ser identificados, asumidos y entendidos por los(as) niños(as). La Didáctica de la Lectura y la Escritura y la Expresión Gráfico-Plástica, por ser modalidades de trabajo susceptibles de ser implementadas con niños(as) en estado de salud delicado y por ser formas de expresión y elaboración de los sentimientos, las ideas y las disposiciones de los niños(as) en torno a su situación pasada, presente y futura. Dichos conceptos específicos, no sólo constituyeron un soporte teórico para el proyecto, sino que también fueron herramientas fundamentales a través de las cuales logramos un acercamiento a la temática y a la pregunta que guió nuestra investigación.

Cabe resaltar, que el concepto articulador de este marco teórico fue para nosotras el concepto de Resiliencia, en tanto nos permitía trabajar con los(as) niños(as) acerca de cómo las situaciones de adversidad pueden ser un objeto de reflexión y aprendizaje que aportan enseñanzas constructivas para sus vidas y para la vida de quienes los rodean. Pensamos que el concepto de resiliencia reconoce al ser humano como un sujeto activo, creativo, capaz de transformarse y de transformar su relación con los eventos que vive y con el entorno físico y social que lo rodea. Además, creemos que el potencial de este concepto, es aún incipiente en nuestro medio y que hacer visible esta nueva lectura de la capacidad humana, en situaciones donde tradicionalmente se ha asignado a las personas un rol pasivo, el de "paciente", permite reorientar la perspectiva de la participación del enfermo en su propio proceso de atención y de manejo de su enfermedad.

3.1 CONCEPTOS GENERALES

3.1.1 Pedagogía y Pedagogía Infantil

Retomamos el concepto de Pedagogía, como “el arte, la doctrina y la ciencia de la educación... un concepto que trasciende el discurso acerca de la enseñanza y pone su mirada en la práctica, cuyo campo de aplicación es el discurso” (Zuluaga, O. 2001. p. 27). Un arte que de acuerdo a Emile Planchard (1980) es empíricamente observable y debe orientarse a la construcción de conocimientos destinados a la resolución de los problemas que afrontan los hombres en sus prácticas concretas. Una “disciplina que conceptualiza, aplica y experimenta conocimientos propios a la enseñanza de los saberes específicos que han construido las diversas culturas, con el fin de transformar la sociedad” (Ministerio de Educación Nacional [MEN] 1994).

Para enmarcar el componente pedagógico de nuestra investigación, tuvimos en cuenta la definición que desde el Programa de Licenciatura en Pedagogía Infantil de la Facultad de Educación de la Universidad de Antioquia, al cual pertenecemos, se tiene de este concepto, que enfatiza en la reflexión que se hace sobre el acto educativo, es decir, qué se aprende y cómo se aprende, teniendo en cuenta la construcción reflexiva para la enseñanza de la vida.

De la Pedagogía se desprende entonces la Pedagogía Infantil, que es el arte de instruir y educar a los(as) niños(as). Ésta es entendida por Posada, D (1999) como “todas aquellas acciones encaminadas a promover el desarrollo integral del niño y la niña, propiciando la potenciación de sus habilidades, el cultivo de sus talentos y orientando sus procesos de formación, aprendizaje y construcción del conocimiento” (p. 34). Dicha pedagogía, según el Ministerio de Educación Nacional (1998), debe atender la necesidad de diseñar y ofrecer a los(as) niños(as) espacios de socialización vital a través de experiencias significativas que la familia y la comunidad no ofrecen por sí mismas. Igualmente, Posada, D y Sandoval, C (2000) señalan que ésta es importante para contribuir a la toma de conciencia social sobre la trascendencia e impacto de la atención educativa a niños(as) desde el momento del nacimiento y para brindar una educación en condiciones de equidad en situaciones donde la infancia pueda satisfacer sus necesidades vitales fundamentadas en una pedagogía con pertinencia cultural.

El perfil de estos(as) maestros(as) es concebido desde conocimientos, calidades humanas, habilidades y actitudes necesarias que le permitan contribuir en la generación de una nueva cultura de la infancia. Pedagogos(as) que actúen como generadores(as) del desarrollo integral del niño(a), favoreciendo de manera intencionada sus dimensiones. Profesionales capaces de orientar procesos de aprendizaje en áreas como lecto-escritura, lógica-matemática y ciencias experimentales y sociales, en espacios que trasciendan la escuela como escenario pedagógico para llegar a lugares antes impensados para llevar a cabo su labor, como es el caso de los centros hospitalarios, que acogen a niños(as) que por sus condiciones de salud deben permanecer allí periodos de hospitalización de duración variada, donde la presencia de un pedagogo dinamiza su estadía en este lugar. Docentes que reconocen la investigación educativa y pedagógica como una de sus mayores herramientas para orientar y mejorar su formación y su quehacer profesional.

Teniendo en cuenta nuestra formación académica y la experiencia vivida en la investigación, evidenciamos la necesidad de caracterizar el desarrollo cognitivo de los(as) participantes, con el fin de diseñar las estrategias pedagógicas de acuerdo a sus necesidades y pretendiendo acercarnos a los objetivos planteados en nuestro proyecto. De esta forma, tuvimos en cuenta diferentes teorías sobre el desarrollo infantil, que de acuerdo con Lejarraga, H (2004), “es un concepto que abarca muchos aspectos de un proceso extremadamente complejo y admite varias formas de aproximación y perspectivas” (p. 41). Las principales perspectivas que encontramos sobre el desarrollo fueron: El desarrollo como proceso madurativo (Gesell, 1952), como conducta aprendida (Watson, 1924), como cambio en la erotización del cuerpo y en la forma de resolución de conflictos (Freud, 1930), como proceso cognitivo (Piaget, 1980) y como una cuestión de contexto (Vigotsky, 1932).

Teniendo en cuenta el trabajo realizado durante nuestra Práctica Pedagógica, encontramos que de las anteriores perspectivas, incluimos en nuestro proceso elementos de las teorías de Vigotsky y Piaget, en la medida que iban en consonancia con nuestra formación académica. De la teoría de Vigotsky, distinguimos los estudios de las interacciones entre el desarrollo y la dimensión socio-cultural del ser humano. De la teoría de Piaget, con el fin de aproximarnos a las formas como los(as) niños(as) pensaban, interaccionaban con los(as) otros(as), se comunicaban, entre otros aspectos, tuvimos en cuenta las cuatro etapas del desarrollo: la sensoriomotora, la preoperacional, la de operaciones concretas y la de operaciones formales, que se han descrito así:

Sensoriomotora (nacimiento- 2 años): en ella, los niños(as) piensan actuar sobre el mundo con sus ojos y sus manos. Como resultado, inventan maneras de resolver los problemas sensoriomotores, como pulsar una palanca para escuchar una caja de música, encontrar juguetes escondidos, y poner objetos dentro y fuera de recipientes.

Preoperacional (2-7 años): los niños(as) preescolares utilizan símbolos para representar sus descubrimientos sensoriomotores anteriores. Aparece el lenguaje y el juego de simulación. No obstante, el pensamiento carece de las cualidades lógicas de las dos etapas siguientes.

Operacional concreta (7-11 años): el razonamiento de los niños(as) es lógico, los niños(as) en edad preescolar entienden que una cierta cantidad de limonada o plastilina permanece igual, incluso, después que su apariencia cambie. También organizan objetos en jerarquías de clases y subclases. Sin embargo, el pensamiento no es como el del adulto. Todavía no es abstracto.

Operacional formal (11 años en adelante): la capacidad de abstracción permite a los(as) adolescentes razonar con símbolos que no se refieren a objetos en el mundo real, como las matemáticas avanzadas. También pueden pensar sobre todos los posibles resultados del problema científico, no sólo los más obvios.

Retomar estos aportes teóricos de Piaget y Vigotsky nos permitieron ver que los(as) niños(as) podían ser caracterizados de acuerdo a las edades en las que se encontraban, su desarrollo cognitivo, comunicativo, social, psicomotor y afectivo; sin embargo, esta caracterización no nos indicó que pudiera ser aplicada en forma homogénea a todos(as) los(as) niños(as), puesto que debimos tener en cuenta las realidades en las que ellos(as) vivían, así como los contextos de los que procedían, los valores, las creencias, las costumbres y las habilidades de sus grupos sociales, pues la influencia de estas condiciones fueron determinantes para los niveles de desarrollo que ellos(as) alcanzaron.

3.1.2 Salud, enfermedad y hospitalización

Teniendo en cuenta que los(as) niños(as) ingresan a los hospitales porque sus estados de salud han sufrido un desequilibrio causado por una enfermedad, partimos del concepto de salud, definido por la Constitución Política de Colombia (1991) y retomado por el Ministerio de la Protección Social (2004), como un servicio público, como un bien común cuya prestación de servicios puede ser administrada por el Estado o por particulares, el cual se encuentra en estrecha relación con la salud pública, vista como el abordaje de la salud desde la óptica de lo colectivo, desde los riesgos de los grupos de personas; ambos conceptos son vistos desde un enfoque en torno a la búsqueda de lo saludable, cambiando el tradicional concepto asistencialista del proceso salud - enfermedad, e involucrando a otros sectores sociales y de la administración pública en el control de los factores de riesgo para la salud, como el medio ambiente, el desarrollo, el trabajo, la educación y el transporte.

Los conceptos de salud y enfermedad han sido definidos desde diferentes paradigmas, siendo uno de ellos el de la Sociología Médica, que dice que ambos se encuentran determinados por el contexto al cual pertenece el individuo; cambiando de acuerdo con la época, las condiciones de vida de las poblaciones y las ideas de cada momento histórico, estando limitados por el marco social en el que las personas actúan, y expresados en relación a la interdependencia del individuo con la sociedad y su ambiente total; de manera tal que según Mariño y Hernández (2002) “la salud y la enfermedad son procesos sociales en sí mismas, con historia e interacción con otros procesos sociales...[lo que] exige que los sujetos involucrados en los procesos de salud-enfermedad hablen desde sus representaciones” (pp. 35-36). Es decir, son una elaboración subjetiva, contruidos de acuerdo a las costumbres y las tradiciones que se transmiten en las sociedades, de ahí que el significado que se atribuya al estar sano(a) o estar enfermo(a) dependa de ello y que la diferencia entre éstos dos conceptos esté mediada por la cultura.

Es así como la salud es considerada como un estado biológico y social estático, que implica ideas de variación y de adaptación continuas y la enfermedad, como un desequilibrio bioecológico, psicológico y social o como una falta de reacción del individuo a los estímulos exteriores a los que está expuesto, dando como resultado una perturbación fisiológica, anatómica y/o psicológica. De esta manera, podría decirse que la salud y la enfermedad son las

resultantes del éxito o del fracaso del organismo para adaptarse física, mental y socialmente a las condiciones del ambiente; cuando dicho fracaso se complica es necesario recurrir a la hospitalización.

Históricamente, la hospitalización es una forma de manejo social de la enfermedad, surgida en Occidente a partir del siglo XVIII, cuando el cuidado de los(as) enfermos(as) pasó de manos de la familia a las de una institución de salud que contaba con personal capacitado y con recursos necesarios para brindarles atención oportuna. Su asociación con la enfermedad y con el aislamiento de la persona, la ruptura de su ritmo de vida, la separación de sus seres queridos, el abandono de su residencia e incluso con la muerte. Desde esta perspectiva, la hospitalización ha sido considerada un evento traumático y adverso, que de acuerdo con Grau Rubio (2001) “puede provocar ansiedad, culpabilidad y sensación de castigo, ira y resentimiento, conductas regresivas, disminución de la autoestima y sentimientos de impotencia” (p. 172), que en algunos casos se deben a la falta de explicación y comprensión de los procedimientos hospitalarios y a la angustia relacionada con la reanudación de la vida cotidiana.

La hospitalización posee una connotación social más negativa cuando involucra a la infancia, en tanto la niñez se asocia con juego, actividad y alegría, que se ven afectadas cuando un niño(a) debe ser ingresado(a) a un hospital; según Serradas, M (2006) ésta puede ser percibida como “un acontecimiento que altera su ajuste normal, origina inestabilidad en las relaciones y aumenta el riesgo de sufrir problemas sociales.” (p. 38) Además, de acuerdo a esta autora (2003), los(as) niños(as) son conscientes que por su enfermedad deben ingresar al hospital y que la gravedad y el tipo de tratamiento que ésta requiera determinará el tiempo que estarán ingresados, lo que puede afectar su autoestima y convertirse en una situación adversa tanto para ellos(as) como para sus familias. De acuerdo con lo anterior, se hace necesario que los(as) niños(as), y sus familias sean preparados y que reciban la información pertinente para que comprendan su nueva situación y puedan así disminuir los efectos negativos que ésta conlleva, pues como dice Brazelton (1989), “para un niño es mucho más terrible la sensación de lo desconocido e inesperado, que el miedo ante un dolor para el que ya está preparado.” (p. 242).

De este modo, la hospitalización infantil, especialmente cuando el(la) niño(a) es internado por enfermedades crónicas, implica una mayor permanencia en el centro hospitalario y exige un tratamiento más complejo y doloroso que promueve que estas enfermedades se conviertan en adversidades específicas para los(as) niños(as) que las padecen. A continuación describimos brevemente los dos tipos de enfermedades que presentaban los(as) niños(as) que participaron de nuestra investigación, así como la sintomatología, el tratamiento y el tipo de repercusiones que cada una de ellas conlleva.

Las enfermedades hemato-oncológicas, son aquellas relacionadas con la sangre y los tumores ligados al cáncer, entendido éste como el crecimiento descontrolado de células anormales que

han mutado de tejidos normales. Los diagnósticos más comunes en la Sala de Hemato-Oncología del HUSVP son Leucemia Linfocítica Aguda, Linfomas, Púrpura Trombocitopénica, Anemia de Células Falciformes y Hemofilia. Los síntomas más comunes son: fiebre, palidez, debilidad, sangrado en la piel o membranas mucosas, dolor de cabeza y abdomen, y sensibilidad en los huesos; también se presentan cambios físicos como pérdida de peso y en algunos casos dificultades del habla. Las enfermedades nefrológicas, tienen que ver con los problemas renales, siendo los diagnósticos más frecuentes en la Sala del HUSVP: nefritis o inflamación del riñón, síndrome nefrótico, hidronefrosis, nefroesclerosis, cálculos renales, uremia, infecciones urinarias y pielonefritis. Estas patologías presentan síntomas como escalofrío, fiebre, cefalea, dolor lumbar, náuseas, escasez de orina, edema generalizado, aumento del colesterol en la sangre, dolor agudo, escozor al orinar, hemorragia, infección secundaria u obstrucción, somnolencia, insomnio, espasmos y convulsiones.

Los síntomas de cada enfermedad mencionados anteriormente alteraron el estado de ánimo de los(as) niños(as) participantes, notándose en tristes, desanimados(as), desmotivados(as) y angustiados(as); lo cual evidenciábamos en su negativa a levantarse de la cama, salir de la habitación y participar de las actividades, lo que en algunas ocasiones limitó la experiencia pedagógica; sin embargo, en la mayoría de los casos los(as) niños(as) superaron esta adversidad y se vincularon activamente con el trabajo permitiendo la implementación de las estrategias, dando cuenta de un proceso pedagógico para la promoción de la resiliencia y acercándonos a los hallazgos obtenidos en nuestra investigación.

Cabe mencionar que las personas con enfermedades hemato-oncológicas y renales pueden vivir por un tiempo prolongado, siempre y cuando sean diagnosticados(as) y tratados(as) adecuadamente, no sólo desde procedimientos como la quimioterapia y la diálisis y el consumo de los medicamentos, sino también desde la revisión periódica del personal de la salud y una dieta balanceada. Para garantizar la calidad de vida de estos(as) pacientes es necesaria la intervención de un equipo multidisciplinario dispuesto a establecer relaciones positivas con los(as) pacientes y sus acompañantes, a ofrecer la información y la explicación adecuada para facilitar la comprensión de los procedimientos, y a escuchar los sentimientos, preocupaciones e inquietudes de los(as) niños(as) y sus familias, humanizando así la hospitalización y minimizando el carácter traumático de dicho evento, teniendo en cuenta que éste incide de maneras diversas y particulares en cada niño(a), según su procedencia cultural, su edad, su grado de escolaridad y las características de su grupo familiar.

La Organización Mundial de la Salud (1999), considera que el tratamiento de los(as) niños(as) con cáncer y enfermedades renales debe ser conocido no sólo por el personal de la salud, sino también por sus padres y familiares. Por esta razón, existen recomendaciones clínicas para el tratamiento, haciéndose necesario emplear un enfoque multidisciplinario que ofrezca atención paliativa completa, que tenga en cuenta que el dolor y la eficacia de su alivio debe evaluarse periódicamente durante todo el proceso y que su medición y manejo – para estas y muchas otras enfermedades -, está ligado con aspectos sociales, culturales y educativos, que

determinan para cada grupo humano y para cada persona, lo que concibe como salud, bienestar, vida y muerte.

En el caso de los(as) participantes de esta práctica investigativa, la gravedad y el carácter crónico de las enfermedades, las ideas y sentimientos relacionados con la vida y la muerte tienden a surgir de muy diversas maneras, una de ellas se reveló en la forma como la familia y el(la) paciente asumió la continuidad de su escolaridad y de su proyecto de vida, especialmente porque su tratamiento implica prolongados períodos de hospitalización, donde los pacientes son sometidos a procedimientos como quimioterapia y diálisis; lo que no implica que por dicha situación falten contenidos para enseñar y aprender como parte del desarrollo integral de los(as) niños(as).

3.1.3 Pedagogía Hospitalaria y resiliencia

Ante la situación de hospitalización infantil por enfermedades crónicas, el pedagogo (a) infantil puede intervenir y hacer presencia a través de la Pedagogía Hospitalaria, en tanto la enfermedad y la hospitalización infantil han sido registradas a través de la historia y se han intentado minimizar sus efectos negativos desde la década de los años 30-40, donde comienza a evidenciarse una actividad pedagógica con niños(as) hospitalizados(as); pero es hasta después de la segunda guerra mundial que dicha actividad, tal como lo plantea Doval (2001) abandona lentamente su carácter caritativo-asistencial para irse convirtiendo en una nueva ciencia en el marco educativo y en una actividad profesional llamada pedagogía hospitalaria, la cual se originó después de la segunda guerra mundial en Inglaterra y ha sido difundida en países como España, México, Estados Unidos, Chile, Uruguay, Venezuela y Colombia.

Dicha Pedagogía Hospitalaria, es una rama de la Pedagogía que se encarga de brindar atención educativa a los(as) niños(as) en edad escolar con problemas de salud, de manera que, según Serradas, M (2003) “no se retrasen en su desarrollo personal ni en sus aprendizajes, a la vez que procura atender las necesidades psicológicas y sociales generadas como consecuencia de la hospitalización y la concreta enfermedad que padecen” (p. 6). Igualmente, es su deber brindar a los(as) pacientes y a su familia la información adecuada y suficiente para comprender su nueva situación y generar con ellos(as) estrategias que les ayuden a afrontar y superar esta adversidad.

La Pedagogía Hospitalaria puede abordarse desde la pedagogía social, la educación especial y la enseñanza compensatoria: la primera en tanto no se inscribe en el contexto escolar e impacta tanto al niño(a) como a su entorno; la segunda porque pretende atender a la diversidad, considerando las necesidades educativas especiales derivadas de la enfermedad y la hospitalización; y la tercera porque según Doval (2001) intenta atenuar las desventajas educativas de los(as) niños(as) enfermos(as) y convalecientes, aprovechando

cualquier situación dolorosa para transformarla en una experiencia de aprendizaje significativa para la salud y la vida.

Según Serradas, M (2003) algunos de sus objetivos son colaborar en la adaptación de el(la) niño(a), y su familia a la situación de hospitalización, menguando los sentimientos de rechazo, depresión e incertidumbre; evitar los posibles retrasos en el aprendizaje, convirtiendo la hospitalización en una oportunidad para desarrollar otro tipo de destrezas; ayudar a el(la) niño(a), y a su familia a establecer vínculos con el hospital durante el tiempo de permanencia allí, para informar y aclarar sus dudas respecto al proceso que están viviendo, dando una mayor importancia al apoyo emocional, afectivo, psicológico y educativo, estableciendo relaciones con el personal de la salud que los atiende. Desde la visión de Doval (2001), “para lograr dichos objetivos se requiere de un pedagogo profesional, con una gran versatilidad y flexibilidad, con capacidad de adaptación y empatía, con sentido del humor, dispuesto a mediar con el grupo médico y familiar y capacitado para que a partir de estrategias lúdicas, creativas, pedagógicas e innovadoras favorezca el equilibrio emocional y la autonomía que el niño haya perdido durante la hospitalización” (p. 180).

A nivel internacional Inglaterra, España, Estados Unidos y México han liderado iniciativas para promover dicha pedagogía; en Latinoamérica sobresalen al respecto los esfuerzos de países como Chile, Argentina, Uruguay y Venezuela por acercarse a sus planteamientos. Así por ejemplo, la profesora venezolana Marian Serradas (2003) ha hecho aportes valiosos al respecto, señalando “la importancia de la acción educativa en la mejora de la calidad de vida del niño hospitalizado, así como la necesidad de reclamar el aula hospitalaria como un espacio creado para compensar el retraso académico, dar contenido educativo a los tiempos libres y dar un apoyo emocional a los niños y a sus padres” (p. 15)

A nivel nacional, sobresalió el trabajo realizado por algunas estudiantes como Aldana, D; Alfonso, M; Cárdenas, O; Gómez, A; Jaramillo, A; Mancera, L; Pedraza, L y Sánchez, A (s.f.) de Licenciatura en Preescolar de la Fundación Universitaria Monserrate (Bogotá), quienes en su práctica pedagógica en un hospital de la ciudad, trabajaron por el fortalecimiento del vínculo afectivo entre los(as) niños(as) hospitalizados(as), sus padres y familias acompañantes y por el favorecimiento de la adaptación a dicha situación ayudando al restablecimiento del equilibrio emocional del paciente y su familia. Igualmente, trabajaron en la complementación de la formación académica que abandonaron los(as) pacientes, intentando restablecer su estructura personal durante su estadía en el hospital.

A nivel local, señalamos el trabajo del Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez (2006), que “ofrece asistencia psicopedagógica para que los niños no se atrasen académicamente mientras permanecen hospitalizados”, y el del Hospital Universitario San Vicente de Paúl, que cuenta desde el año 2000 con un Aula Lúdico-Pedagógica en la que hasta el 2005 sobresalió la intervención de algunas estudiantes de Licenciatura en Educación Preescolar, con las que se evidenció un esfuerzo por dar continuidad a los procesos

académicos de los(as) niños(as) desde el abordaje de las diferentes áreas del conocimiento. Desde este último año, y hasta la fecha, hemos llegado maestras en formación de Licenciatura en Pedagogía Infantil, quienes hemos implementado en las diferentes Salas del Hospital Infantil nuestros Proyectos de Práctica Pedagógica de acuerdo a las diferentes líneas de investigación en las cuales estamos inscritas.

El(la) pedagogo(a) infantil a través de la Pedagogía Hospitalaria, puede hacer de la hospitalización infantil una experiencia enriquecedora de aprendizaje que potencie en los(as) pacientes, el desarrollo de capacidades que contribuyan a mejorar el manejo de su situación actual y futura. Al respecto, cabe mencionar que el término experiencia ha sido definido desde diferentes puntos de vista, respondiendo a las necesidades particulares de cada época y sociedad, siendo reconocidas por Larrosa (1998) tres perspectivas fundamentales: la primera la define como un elemento mediador entre el conocimiento y la vida humana, la segunda la concibe como un saber adquirido durante la existencia de cada sujeto y la tercera la enuncia como un método de ciencia objetiva que tiene como propósito la apropiación de la verdad y el dominio del mundo.

Sin embargo, desde nuestra práctica pedagógica, consideramos que la experiencia de hospitalización no se enmarca plenamente en estas teorías, pues debe transformar la vida de los(as) participantes en la medida en que les permita afrontar su proceso de hospitalización desde una manera subjetiva, individual y particular, concibiendo así la experiencia hospitalaria como un hecho humano, personal e intransferible que transforma la vida de cada uno(a) de los(as) niños(as) y que les permite atribuirle un significado a su hospitalización dependiendo de la historia que cada uno(a) ha construido a lo largo de su existencia.

Por otro lado, otra autora como Garibay, B (s.f) (citando a Good, 1973) define experiencia de aprendizaje “como toda actividad intencional (diseñada por el departamento y/o el profesor), que tiene como propósito provocar el aprendizaje significativo y demostrable en el alumno, el cual acontece en ámbitos diversos, dentro y fuera de la escuela”; es decir, las experiencias de aprendizaje no se inscriben exclusivamente en el ámbito escolar, pues cada situación o acontecimiento puede generar en el sujeto procesos de transformación de esquemas previos y adquisición de nuevas habilidades, conceptos y destrezas que le ayudaran a otorgarle sentido y valor a la vida y a las diversas situaciones que ésta propicia, desde un encuentro con el otro que lo reta, lo desestabiliza y lo forma.

Es así, como percibimos la hospitalización infantil como una experiencia enriquecedora de aprendizaje, la cual más allá de convertirse en un concepto, se enmarca en una pasión que lleva al sujeto a una reflexión de sí mismo, de su historia de vida y de la manera como se enfrenta a las adversidades. Para ello retomamos a Larrosa (2003) quien define experiencia como “modo de habitar el mundo de un ser que existe, de un ser que no tiene otro ser, otra esencia, que su propia existencia: corporal, finita, encarnada, en el tiempo y en el espacio, con otros” (p. 176), de este modo nuestra propuesta pedagógica más allá de abordar conceptos

propios del ámbito escolar, se centró la resiliencia, como una de las capacidades más importantes que pueden promover los pedagogos y las pedagogas en el medio hospitalario.

Dicha capacidad de resiliencia según Gómez, J; Posada, A y Ramírez (2000), “se origina en el latín del término *resiliere*, que significa volver atrás, volver de un salto” (p. 269), siendo una noción utilizada inicialmente por la ingeniería para referirse a la capacidad que tienen algunos materiales para recuperar su forma después de haber sido sometidos a deformaciones, con lo que sus inicios se enmarcan en las ciencias exactas. A nivel mundial, el concepto de Resiliencia ha evolucionado teóricamente desde ser una capacidad hasta ser un proceso, para dar respuesta a las determinadas condiciones que tienen las personas de acuerdo a los contextos y a las diferentes épocas. Éste ha sufrido diversas modificaciones que buscan responder a las necesidades específicas de cada sociedad y época, siendo incorporado en el mundo anglosajón por las ciencias sociales hacia los años 70s, asociado con la pobreza y la invulnerabilidad, entendida esta última como una constitución de fortaleza humana que le impide a esta especie ceder ante la adversidad. Históricamente se plantea que incluso desde la primera guerra mundial - hacia el año 1914- ya existía una preocupación por los sobrevivientes y por el estilo de vida que adoptarían al terminar el conflicto militar, convirtiéndose dicha preocupación en los primeros esbozos de la resiliencia.

En la década de los 80s aparece un auge hacia el estudio de personas que haciendo caso omiso a las situaciones de riesgo desarrollan competencias, con esta perspectiva se hacía énfasis en los aspectos negativos y sombríos, más no en los mecanismos protectores o promotores de dicha competencia. Posteriormente, hacia los años 90s y gracias a los aportes de la psicóloga norteamericana Emily Werner, la investigación de la resiliencia toma un nuevo enfoque, enmarcado en la genética-individualista, en la que los estudios partían de la identificación de las características y conductas presentes en los sujetos que les permitían un desarrollo exitoso a pesar de estar inmersos en situaciones adversas. Dicha visión fue transformada hacia los años 1999-2000 por un modelo interaccional-ecológico, que sigue los preceptos de Bronfenbrenner, quien plantea que la resiliencia es el resultado de un proceso dinámico y flexible entre la persona y el ambiente en el cual se desenvuelve, permitiendo la adaptación sin importar la adversidad. Esta actual perspectiva retoma tres elementos fundamentales: la adversidad (trauma, riesgo o amenaza); la adaptación positiva (superación de la adversidad) y el proceso (característica interactiva).

Es así como desde los primeros esbozos teóricos de la resiliencia se destacan dos perspectivas fundamentales: la primera, desde la investigación epidemiológica ligada al enfoque de riesgo, es decir, se centra en los aspectos negativos que rodean al ser resiliente en sus características individuales y en datos empíricos; y la segunda, se enmarca en un modelo de desafío que concibe la resiliencia como un escudo protector que atenúa los efectos nocivos y que incluso puede transformarlos de forma positiva, siendo esta última visión la más cercana y acorde para las actuales investigaciones al respecto, pues tiene una mirada más social que no se enfoca en la patología sino en las potencialidades del sujeto. No obstante, tal como lo plantean Vanistendael (1999) y Puerta, M (2002) es poco factible encasillar el concepto a un período

histórico determinado, pues la resiliencia es un proceso en la vida de todo hombre y mujer, la cual a pesar de no ser nombrada ni teorizada es una capacidad inherente a la especie humana.

En Latinoamérica existen iniciativas teórico-prácticas en países como Colombia, Chile, Perú y Costa Rica, que abordan el tema desde las realidades particulares de sus habitantes. Entre los investigadores más significativos de Colombia, encontramos a Puerta, M (2002), quien afirma que la Resiliencia es un proceso que abarca tres tareas: Promoción de los factores resilientes, con lo que alude al fortalecimiento de la resiliencia desde las pautas y prácticas de crianza; compromiso con el comportamiento resiliente, refiriéndose a la identificación de la adversidad, sus causas y efectos; y evaluación de los resultados de resiliencia, que están relacionados con el reconocimiento de lo aprendido sobre ésta. Así, esta autora plantea que existen unos ámbitos generadores de Resiliencia los cuales son:

Redes sociales informales que brindan aceptación incondicional: En este ámbito se ubican las personas cercanas a él (ella) (con o sin lazos consanguíneos) que le brindan amor, aceptación, apoyo y disponibilidad incondicional, convirtiéndose así en personas significativas que les ayudan no sólo a comprender su realidad particular sino también a superar exitosamente las adversidades.

Capacidad para encontrar significado a todo lo que ocurre en la vida a partir de la fé: Dicha capacidad está enmarcada en aquellos objetos, personas, Dioses o religiones que motivan al ser humano a darle sentido a la existencia, lo motiva a seguir adelante y le brinda la confianza para creer que todo puede mejorar.

Desarrollo de aptitudes: Este ámbito se refiere a la capacidad de las personas de establecer relaciones inter e intrasubjetivas desde la interiorización y respeto de la norma. Dichas relaciones se caracterizan por su solidez y porque producen a los seres humanos una sensación de gratificación. Se pueden poner marcas, para distinguir niveles de contenidos. Por ejemplo, tipos de letras como este...

Desarrollo de autoestima: Hace alusión a la capacidad que tienen las personas de quererse a sí mismas desde una valoración de las limitaciones y habilidades que posee y desde el reconocimiento de las características particulares que posee de acuerdo a su historia personal y al contexto en el cual se desenvuelve.

Sentido del humor: Entendido como la capacidad que le permite a los seres humanos reconocer que tanto ellos(as) mismos(as) como el mundo que los(as) rodea son imperfectos(as); así mismo, el sentido del humor les brinda la posibilidad de encontrarle el sentido positivo a la vida a pesar de las dificultades.

Por otro lado, en Chile, sobresalen las investigaciones de Kotliarenco, M, Cáceres, I y Fontecilla, M (1997), quienes plantean la Resiliencia como una capacidad humana que conjuga factores personales y ambientales, a través de los cuales los seres humanos logran no sólo enfrentar las experiencias traumáticas o adversas, sino también extraerles el lado positivo, convirtiéndolas en oportunidades de crecimiento y fortalecimiento.

En Perú, Lamas, H y Lara, M (1998) definen la Resiliencia como una “capacidad o propiedad de recuperar rápidamente la condición después de haber sido forzado, presionado o lastimado” (pp 12-13); dicha capacidad no se refiere a disposiciones genéticas sino a recursos personales y sociales que le permiten a las personas obtener buenos resultados, mantener un nivel de competencia y recuperarse de un trauma. En tanto en Costa Rica, Badilla, M (1.999) teoriza la resiliencia como aquella capacidad que le permite a las personas que viven en medio de una condición adversa enfrentar exitosamente las dificultades sin fracasar. Ésta es considerada como una cualidad cambiante y relativa que se presenta en la especie humana, sin ser innata, sino construida en la medida en que el ser humano interactúa con el ambiente y se enfrenta a situaciones adversas que le generan un desequilibrio. Es decir, la persona logra no sólo vencer la dificultad sino también ser transformado positivamente por la experiencia. Desde esta concepción podría decirse que existen ciertos factores que pueden favorecer o no esta capacidad en los sujetos y que no sólo se refieren a las capacidades personales o a una estructura física, psíquica y emocional, sino que también hacen alusión al contexto en el cual se desenvuelve cada persona.

Estrategias para promover la resiliencia

En cuanto a las estrategias para promover la resiliencia, encontramos diferentes propuestas entre las que sobresalieron los planteamientos de Rutter (1990), quien comenta la existencia de factores protectores que pueden contrarrestar las situaciones adversas; Löesel (1992) afirma que para desarrollar una personalidad positiva debe enfrentarse el estrés compensando los factores de riesgo; Bradley (1994) sustenta que “las experiencias de cuidado de los niños que actúan como protectoras como la disponibilidad de juguetes y materiales, variedad de estimulación, responsividad paterna, aceptación al comportamiento del niño y adecuado espacio de privacidad y exploración demuestran ser consistentes en el apoyo del desarrollo integral de los niños” (p. 26)

Igualmente, según las ideas de Parral, J; Contreras, M; Bonsignore, A; y Schust, J, retomando la “Metáfora de la casita” de Vanistendael (1996), afirman que “es útil para entender el concepto de resiliencia” (p. 2) en tanto considera las necesidades materiales básicas, la aceptación fundamental de la persona, las redes de contactos informales, la capacidad de descubrir un sentido a la vida, la autoestima, las aptitudes, el sentido del humor y las competencias; además de otras experiencias por descubrir. Del mismo modo, Basile, H (1999), retoma los 5 ámbitos señalados por Vanistendael (1999) así: Redes sociales de apoyo, capacidad para buscar algún

significado, aptitudes sociales, convicción de tener algún control sobre la propia vida y autoestima.

También sobresale el trabajo de Edith Grotberg (1996) y sus colaboradores teniendo en cuenta la importancia, la trascendencia y el carácter multinacional de su obra "*Guía de Promoción de la Resiliencia en los niños para fortalecer el espíritu humano*", donde proponen el modelo TENGO, SOY/ESTOY y, PUEDO, en el que destacan las siguientes características:

Yo TENGO: Personas en derredor en quienes confío y que me quieren incondicionalmente, personas que me ponen límites para que aprenda a evitar los peligros o problemas, personas que me muestran por medio de su conducta la manera correcta de proceder, personas que quieren que aprenda a desenvolverme sólo, personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro o cuando necesito aprender. Yo SOY: Un apersona por la que otros sienten aprecio y cariño, feliz cuando hago algo bueno para los demás y les demuestro mi afecto, respetuoso de mi mismo y del prójimo. Yo ESTOY: Dispuesto a responsabilizarme de mis actos, seguro de que todo saldrá bien. Yo PUEDO: Hablar sobre cosas que me asustan o me inquietan, buscar la manera de resolver mis problemas, controlarme cuando tengo ganas de hacer algo peligroso o que no está bien, buscar el momento apropiado para hablar con alguien o actuar, encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito" (pp. 4 -5)

Con base en lo anterior, podemos decir que nuestras estrategias no se aproximaron a los planteamientos de Rutter, Löesel, o Luthar, en tanto nuestras experiencias no neutralizaron las situaciones negativas ni abordamos conceptos o contenidos relacionados con el estrés. Coincidimos con las ideas de Vanistendael y Grotberg, con el primero en la medida que consideramos la incidencia de la "Metáfora de la casita" en la promoción de la resiliencia y retomamos los ámbitos generadores de ésta. Con la segunda, porque reconocimos la importancia del modelo TENGO, SOY/ESTOY y PUEDO para favorecer la resiliencia en los(as) niños(as).

Así pues, para nuestra intervención, la concepción de resiliencia más pertinente fue la que la enuncia como una capacidad humana que conjuga factores personales y ambientales a través de los cuales los sujetos logran no sólo enfrentar las experiencias traumáticas o adversas, sino también extraerles el lado positivo, convirtiéndolas así en oportunidades de crecimiento y fortalecimiento. Ésta concepción se enmarcó como la cualidad cambiante y dinámica que le permite a los sujetos desarrollarse sana e integralmente, de tal forma que la labor pedagógica a realizar en dicho centro partió del fundamento de que la resiliencia es susceptible de ser promovida, no sólo en los(as) pacientes sino también en sus padres y familia acompañante, tomando en cuenta las características particulares de éstos(as) y los contexto de los cuales proceden; convirtiéndose así en una intervención pedagógica a través de la cual la hospitalización pueda cambiar su connotación traumática y negativa, para convertirse en una experiencia de aprendizaje para la salud y la vida.

3.2 CONCEPTOS ESPECÍFICOS

3.2.1 La lectura y la escritura y la expresión gráfico-plástica

Para llevar a cabo la labor de promoción de la resiliencia, como pedagogas infantiles utilizamos dos herramientas: La didáctica de la lectura y la escritura y la expresión gráfico-plástica. En cuanto a la primera, inicialmente señalamos que la Didáctica se refiere al acto reflexivo del proceso de enseñanza-aprendizaje y según Hurtado, R (Citando a Zuluaga, O y otros, 2003), a la forma de conocer o de aprender del hombre y la mujer, a los objetos de enseñanza, a los procedimientos para enseñar, a la educación, y a las particularidades, condiciones o estrategias bajo las cuales debe ser enseñado un saber específico. En otras palabras, encontramos que la Didáctica de la lectura y la escritura se concibe como el proceso a través del cual el hombre y la mujer accede al lenguaje oral y escrito, no como procesos mecánicos de repetición, decodificación y descomposición, estrechamente ligados a habilidades visuales y motrices, sino como herramientas que le permiten comprender el mundo que lo rodea desde un aprendizaje significativo.

Es así como se nombra la lectura, según Hurtado, R; Serna, D y Sierra, L (2001), como “un proceso de construcción de significados a partir de la interacción entre el texto, el contexto y el lector” (p. 12). Un proceso dinámico en el que intervienen y se combinan simultáneamente estos tres factores, para cuya combinación determina la comprensión, propósito fundamental del proceso lector. Así mismo, estos autores definen la escritura como una disciplina académica, erudita y exigente, que de acuerdo con Hurtado, R; Serna, D y Sierra, L (2001), es definida como “un proceso complejo, en el cual se involucran diversas operaciones cognitivas que le permiten al escritor no sólo representar lo que siente, piensa y conoce del mundo, sino comprender mejor lo que comunica” (p.6).

En síntesis y siguiendo a estos autores, la lectura y la escritura son competencias fundamentales para el hombre y la mujer, porque a través de ellas logra desarrollar la creatividad, resolver problemas internos, estructurar la personalidad, comprender el mundo en el que están inmersos(as), trascender los límites del tiempo y el espacio, inmortalizar su pensamiento, acceder a otros mundos posibles y relacionarse con los(as) demás, desde la puesta en práctica de capacidades intelectuales y cognitivas que permiten un aprendizaje con sentido. Por consiguiente, su didáctica entonces ha de estar enmarcada en la comprensión, en la variedad de portadores de texto, en contenidos, estándares y competencias propias de una disciplina, en la confrontación y en la vinculación de los diferentes estamentos sociales.

Por su parte, la expresión gráfico-plástica se remonta a 1865 con estudios e investigaciones sobre las manifestaciones pictóricas de los(as) niños(as), su contenido y las diferentes maneras de representarlo. En la primera mitad del siglo XX se formó la conciencia por la importancia del

arte en el desarrollo infantil, influenciada especialmente por la aparición de nuevos estudios y conceptos en el campo de la Psicología y la Antropología.

Según Prada, C (2002), "la expresión gráfico-plástica, como todo lenguaje, supone un proceso creador" (p. 10), por ello para poder llegar a representar -comunicar creativamente- es necesario conseguir un equilibrio entre lo que se vive y lo que se expresa; y es así como el(la) niño(a) manejan esta expresión sin ser conscientes de que su obra es un tratado de comunicación. De este modo, por medio de sus creaciones el(la) niño(a) representa aquello que constituye el objeto de su deseo, miedo, temor o tristeza, convirtiéndose en autor(a) y determinante de ellas. Lowenfeld, V (1947) citado por Prada, C (2002), considera que los dibujos de los(as) niños(as) son palabras, y que a través de ellas expresan mucho más que su inteligencia o su nivel de desarrollo mental, son una especie de proyección de su propia existencia y de la ajena, o más bien de la forma como sienten y sienten existir a los(as) demás.

Es importante rescatar que la expresión gráfico-plástica es una forma de manifestación de los sentimientos de los(as) niños(as), es una expresión que surge desde su inconsciente, de tal forma que se considera la producción infantil como una construcción interna donde lo fundamental es permitir la expresión de las emociones y dar vía libre a la espontaneidad de sus deseos y anhelos.

De este modo, estas tres herramientas nos sirvieron para enmarcar las dos estrategias de nuestro proyecto, las cuales toman como base los conceptos específicos de percepción corporal y proyecto de vida.

3.2.2 Percepción corporal y Proyecto de vida

Frente a la percepción corporal, encontramos que la experiencia corporal de el(la) niño(a) constituye los cimientos donde se inicia el proceso de estructuración de sus personalidades, afianzándose e identificándose como yo corporal y posteriormente organizando los datos que provienen de la relación consigo mismo y con el mundo exterior, dependiendo del nivel de madurez alcanzado por el sistema nervioso y que se reafirma en lo que se conoce como imagen del cuerpo. De esta forma, la percepción corporal está íntimamente ligada a los términos de auto-imagen, auto-concepto, auto-estima, auto-conocimiento, auto-cuidado, auto-regulación y auto-control, los cuales hacen alusión a la apreciación que cada persona tiene de sí misma.

En la educación colombiana, de acuerdo con Ospina, A (1994), "el concepto de cuerpo se ha relacionado con el de higiene, considerándose desde una visión de salud-enfermedad y con un énfasis biologicista en la propuesta educativa" (p.p 10-11). En el campo de la Medicina, la concepción de cuerpo tiene importancia por su especialidad, con lo que notamos que el cuerpo

se convierte en un asunto de múltiples especialistas y analistas. De esta forma, el cuerpo puede ser considerado como una suma de partes.

Al interior de la Pedagogía, todas las corrientes pedagógicas han asumido una concepción de cuerpo limitada a ser aplicadas en lo que concierne a los significados que de él se propongan. Por ello, las diferentes disciplinas no han recurrido a construir un concepto propio acerca de cuerpo. Sin embargo, según los Lineamientos Curriculares (1998), la corporeidad se considera como un elemento sustantivo en la formación integral de las personas en la que “el ser humano debe ser visto como totalidad, como una unidad tal, que no es posible afectar una sola de sus dimensiones sin que se afecten las demás” (p. 22). Actualmente, la percepción corporal ha sido limitada al campo motriz, pero se considera importante no sólo retomar el aspecto físico, sino también el psicológico, teniendo en cuenta que el cuerpo cambia, siente, se estructura de acuerdo al organismo y se desarrolla según la cultura y la sociedad en que se vive.

De esta forma, la expresión corporal abarca todo el lenguaje que se trasmite con el cuerpo, un lenguaje voluntario o involuntario que está presente en todos los momentos de la vida y se ha establecido que según los rangos de edades:

Los(as) niños(as) entre los 4 y 6 años desarrollan sus destrezas motoras finas y gruesas y su coordinación óculo-manual; donde (s.f.) “el rasgo predominante es la vivacidad manifiesta y la movilidad permanente, conjuntamente con una disposición alegre para resolver tareas motoras deportivas” (p. 5).

Los(as) niños(as) entre 7 y 12 años experimentan un aumento en su capacidad física y de coordinación, sus habilidades motrices continúan perfeccionándose y el juego físico cobra relevancia, notándose que (s.f.) “la conducta motora se caracteriza por una dinámica elevada pero al mismo tiempo controlada y dominada. Generalmente poseen grandes deseos de aprender y una gran disposición de rendimiento para las actividades deportivas” (p. 7).

Esta clasificación en nuestra práctica se vio alterada en tanto algunos(as) niños(as) a pesar de estar en estos rangos, no se identificaban con la totalidad de las características de cada etapa debido a los síntomas y conocimiento de su enfermedad, al contexto en el que vivían, al grado de escolaridad y a sus procesos cognitivos, lo cual influyó también en las expectativas de vida de los(as) niños(as) y en la forma como las proyectaban a partir de la reflexión sobre sus proyectos de vida.

Respecto al proyecto de vida, según Posada, A (2001), “todo hombre por el mero hecho de existir realiza un proyecto de vida, pero es distinto ser capaz de anticiparlo y luego conscientemente realizarlo” (p. 1), por lo que fue necesario, en este caso, de nuestra guía para la orientación y formulación consciente de un proyecto de vida que recogiera las aspiraciones y

los sentimientos de los(as) niños(as) hospitalizados que participaron en nuestro proyecto. Reconocimos que un proyecto de vida debe dar cuenta de preguntas como quién soy, hacia dónde voy, qué debo hacer para lograr lo que me propongo, con qué cuento para ello, qué quiero llegar a ser; y qué implica retomar los procesos de desarrollo personal, social y vocacional a partir de una constante auto-crítica y auto-reflexión, que permita dar cuenta de las aptitudes, intereses, valores, conocimientos, decisiones y desarrollos socio-afectivos de cada niño(a), para que logran contar con las herramientas adecuadas para afrontar los retos y situaciones que se les presentaban en la vida diaria. Según D'Angelo, O (1994), "el proyecto de vida es un modelo ideal sobre lo que el individuo espera o quiere ser y hacer, que toma forma concreta en la disposición real y sus posibilidades internas y externas de lograrlo, definiendo su relación hacia el mundo y hacia sí mismo y su razón de ser como individuo en un contexto y tipo de sociedad determinada" (p. 3); todo ello, a partir de la articulación de diferentes aspectos de la personalidad, como los valores morales, estéticos y sociales, y la planeación de tareas, metas y planes.

A nivel local, observamos con relación a esta temática los planteamientos del Grupo de Puericultura de la Universidad de Antioquia (2001), quienes afirman que "las circunstancias difíciles que acompañan con frecuencia el discurrir por la vida, se pueden afrontar de una mejor manera cuando la existencia está dotada de un sentido y ha sido enriquecida con un proyecto de vida que permite actuar más proactiva que reactivamente en el diario vivir" (p. 1); señalan que en la elaboración de dicho proyecto, se deben tener en cuenta como condiciones fundamentales el contexto ético, la coherencia interna y la claridad sobre lo que se quiere, así como los elementos que aporta el medio y los adultos significativos como modelos orientadores; además de ser formulado desde las preguntas cruciales de quién soy, con qué cuento y qué quiero llegar a ser, asociadas con el sentido de trascendencia.

De acuerdo con Ospina, C. (2006), del Centro de Familia Santa María, , adscrito a la Clínica Cardiovascular de Medellín, un proyecto es un camino para alcanzar una meta, donde la persona debe tener claro hacia dónde se dirige su vida, qué plan tiene y cuál es el objetivo que quiere seguir, de tal manera que las metas determinadas en el ámbito social, familiar, laboral, personal, o económico, entre otros, deben ser programadas para ser alcanzadas en un proyecto de vida que requiere tiempo, valor y disciplina, y que parte del deseo de cada individuo. Dicho proyecto puede hacerse teniendo en cuenta la historia personal, las metas personales, las metas profesionales, las estrategias para lograrlas y la concertación con las personas que ayudarán a cada individuo en ese proceso.

Con base en los referentes conceptuales mencionados anteriormente, diseñamos, ejecutamos, socializamos y evaluamos un plan de atención pedagógica, con el fin de potenciar la hospitalización infantil como una experiencia enriquecedora de aprendizaje, a partir de la implementación de dos estrategias, "¿Cómo me veo?" y "Construyendo mi futuro", promoviendo la resiliencia desde las dinámicas internas de cada Sala y las particularidades de los(as) niños(as).

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 ENFOQUE Y DISEÑO METODOLÓGICO

El diseño metodológico de nuestro proyecto tuvo que ver con la investigación cualitativa, en la que pretendimos explorar, describir y comprender la realidad, haciendo conceptualizaciones basadas en el comportamiento, los conocimientos, las actitudes y los valores que guiaban a los(as) participantes. Desde ésta, reconocimos las dinámicas internas de los(as) actores(actrices) sociales y el valor de sus aportes como seres humanos con características, intereses y capacidades particulares influenciadas por el contexto en el que se desenvuelven, sus estilos cognitivos y su historia de vida; percibiendo a los(as) niños(as) hospitalizados(as) en las Salas de Hemato-Oncología y Nefrología Pediátricas del HUSVP como seres únicos, capaces de aportar a la investigación desde sus experiencias y desde la forma particular en la que cada uno(a) vive su proceso de hospitalización. (Sandoval, 1996)

Nuestra investigación siguió el paradigma crítico-constructivista, porque reconocemos que toda investigación está marcada por la subjetividad de el(la) investigador(a) y porque nos interesaba comprender, interpretar y transformar la realidad de los(as) participantes, realizando una construcción colectiva que tuviera en cuenta las representaciones sociales y evidenciara nuestro quehacer pedagógico. (Guba y Lincoln, 1994). Fue así como comprendimos que el conocimiento es un hecho relativo, enmarcado por las vivencias de los(as) participantes, de tal forma que cada paciente pediátrico, como participante, enriqueció la investigación desde el lugar de sujeto atravesado por el deseo, con un proceso de desarrollo propio y con una visión particular del mundo que lo(a) rodea dependiendo de aspectos como su edad, su nivel de escolaridad, su diagnóstico o su composición familiar, de tal forma que logramos una construcción colectiva del conocimiento desde el respeto por la diferencia.

Nuestro enfoque metodológico partió de lo etnográfico, entendido por Woods (1998) como “el estudio descriptivo y clasificadorio, a partir de la observación de costumbres, creencias y prácticas desde dentro del grupo y de las perspectivas de sus miembros, donde lo que cuenta son sus significados y sus interpretaciones” (p. 18). Enmarcamos la conducta humana en los escenarios naturales donde ella ocurre y comprendimos que los significantes que los(as) niños(as) le atribuyen a su enfermedad y al proceso de hospitalización están influenciados por sus representaciones simbólicas; es decir, comprendimos que las Salas de Hemato-Oncología y Nefrología Pediátricas, fueron los contextos inmediatos en los que se desarrollaron los(as) participantes y que sus representaciones pudieron ser transformadas en la interacción con otras personas y con las estrategias de intervención pedagógica que implementamos.

4.2 FASES Y ESTRATEGIAS DE TRABAJO QUE INCLUYÓ NUESTRO PROYECTO

Comprendió 4 fases interactivas que se retroalimentaron y se confrontaron permanentemente en el proceso de investigación: el diseño del proyecto, la implementación de estrategias para la promoción de la resiliencia, la evaluación y la socialización de los hallazgos y los conocimientos generados.

La etapa de diseño consistió en la conformación del equipo de trabajo, la selección de los(as) participantes, el acercamiento a la institución, los contactos iniciales con los(as) participantes y el personal de la institución, la exploración de la situación, la elaboración de reseñas, la revisión de instrumentos de indagación y registro del trabajo, la definición de la pregunta, la formulación de los objetivos y la escritura de nuestro proyecto de práctica.

Para la revisión de instrumentos de indagación y registro del trabajo utilizamos la observación participante, las charlas informales, la realización del diario pedagógico, el cuaderno de historias que se asemeja a la historia clínica que maneja el personal de la salud, en el que registrábamos el desarrollo de las sesiones y la impresión respecto a las estrategias implementadas, los formatos de asistencia en los que consignamos los datos socio-demográficos de los(as) niños(as), uno diligenciado por nosotras (Ver Anexo A) y el otro tramitado por los(as) niños(as) (Ver Anexo B). El uso de estos instrumentos constituyó un apoyo para realizar las lecturas cualitativas de la información y del proceso mismo.

Igualmente, manejamos el “Cuadernillo Construyendo mi futuro”, en el que cada niño(a) escribía y/o dibujaba su proyecto de vida, describiendo su orientación profesional, las personas significativas en su vida, cómo veían su futuro respecto a la enfermedad y qué creían debían hacer para mejorar dicho futuro, y un formato de evaluación de los(as) niños(as) (Ver Anexo C). Así mismo, realizamos revisión de documentos y estudio de textos relacionados con Pedagogía Infantil, Salud, Enfermedad, Hospitalización, Enfermedades Hemato-Oncológicas y Renales, Pedagogía Hospitalaria, Resiliencia, Proyecto de Vida, Percepción Corporal, Didáctica de la Lectura y la Escritura, Expresión Gráfico-Plástica y Metodología de la Investigación, para la elaboración de los componentes teóricos de los informes de nuestro proyecto de práctica pedagógica.

La fase de implementación de las estrategias la desarrollamos con niños(as) hospitalizados(as) en las Salas de Hemato-Oncología y Nefrología Pediátricas del HUSVP, en ella tuvimos presente que cualquier espacio y situación son propicios para el aprendizaje y que cualquier persona sin importar su formación académica o el vínculo que tenga con el hospital puede enriquecerse personal y profesionalmente no sólo desde el contacto directo con las estrategias de nuestra experiencia pedagógica sino también desde las diferentes fuentes de información como las carteleras, los plegables, las guías, las unidades de atención a los(as) usuarios(as) y las conversaciones informales que se establecieron entre usuario(a)-personal del Hospital.

Es así como reconocimos el Hospital como un lugar de aprendizaje, especialmente para los(as) niños(as) hospitalizados(as) en las Salas de Hemato-Oncología y Nefrología Pediátricas, cuyas características y contextos particulares fueron el punto de partida para el diseño de las estrategias pedagógicas de esta investigación. Dichas estrategias incluyeron la lectura, la escritura y la expresión gráfico-plástica, como herramientas para dinamizar los encuentros con los(as) pacientes pediátricos(as) y propiciar espacios donde los(as) niños(as) asumieran una posición activa frente a su hospitalización, teniendo en cuenta su proyecto de vida y la comprensión de los cambios corporales.

De allí que las estrategias implementadas se denominaron Construyendo mi futuro (Ver Anexo D) y ¿Cómo me veo? (Ver Anexo E), las cuales fueron diseñadas teniendo en cuenta la edad de los(as) niños(as), su nivel de desarrollo, sus capacidades, limitaciones, necesidades y su estado de salud, de tal manera que fueron pensadas para unos(as) participantes específicos cuyas vidas se encontraban influenciadas por las dinámicas hospitalarias.

Con la primera estrategia indagamos las percepciones que tenían los(as) niños(as) acerca de su futuro para que a partir de ello comenzaran a construir su proyecto de vida, teniendo en cuenta su historia personal y reconociendo la importancia de las redes sociales de apoyo para la construcción y ejecución de éste. La segunda estrategia tuvo como objetivo comprender los cambios corporales y psicológicos que afrontaban los(as) niños(as) durante su proceso de hospitalización. Es así, como quisimos propiciar experiencias pedagógicas que movilizaran cognitiva y emocionalmente a los(as) niños(as), tomando como punto de referencia la situación particular que estaban afrontando debido a su enfermedad, tratamiento y proceso de hospitalización, en las que asumieran una posición crítica y reflexiva acerca de sí mismos(as), su proyecto de vida y su percepción corporal, sin que esto implicara retomar contenidos académicos específicos. De igual manera, que aprendieran a sacar provecho de la situación en la que se encontraban mostrándoles a partir de los ámbitos generadores de resiliencia que era posible aprender en el hospital y asimilar de otra manera la hospitalización, resignificándola a partir de la implementación de las estrategias y desde el reconocimiento de sus historias personales, de sus características, intereses, necesidades y capacidades particulares, que dan cuenta de su subjetividad y de su sesgo personal, los que a su vez están influenciados por la cultura, la familia y los diversos estamentos sociales en los cuales se desenvuelven.

Es desde la anterior perspectiva como podemos afirmar que las estrategias pedagógicas diseñadas e implementadas en ambas Salas tomaron como punto de partida las vivencias particulares de los(as) participantes, las dinámicas hospitalarias en las cuales estaban inmersos(as) y sus voces, en la medida en que ellos(as) tenían la posibilidad no sólo de participar activamente de las experiencias pedagógicas, sino de evaluarlas comentando que lo que más les gustaba era dibujar, pintar, compartir con los demás y pensar en sus cambios corporales y en su futuro. Además, tenían la posibilidad de proponer nuevas actividades para

próximos encuentros como armar rompecabezas, jugar bingo, hacer fiestas, cantar y dar un paseo, entre otras.

La fase de evaluación incluyó la autoevaluación, coevaluación y heteroevaluación: la primera, partió de la reflexión personal de cada una de nosotras y fue consignada en el diario pedagógico. La segunda, incluyó la socialización verbal de casos y la pertinencia de la planeación de las actividades, la discusión de nuestras habilidades en cuanto al manejo de grupo, la recursividad y el acercamiento a los(as) participantes y al personal médico. La tercera, fue realizada a partir de la visita de la asesora y de las compañeras del Proyecto de Práctica Pedagógica de la Línea de Resiliencia, quienes observaron las intervenciones e hicieron anotaciones al respecto. Además, el informe escrito del proyecto fue leído y revisado por el doctor Javier Fox Quintana, Oncólogo Pediatra de la Sala de Hemato-Oncología, quien comentó que “las diferentes estrategias y actividades que realiza el grupo de Pedagogía Infantil de la Universidad de Antioquia, con los niños y niñas hospitalizados en las Salas de Hemato-Oncología y Nefrología del HUSVP, utilizando la lectura, la escritura, el juego, la expresión gráfico-plástica, entre otras, son de vital importancia en la atención integral del niño(a) y su familia porque han permitido mejorar su capacidad de adaptación y resiliencia al proceso de hospitalización y enfermedad que son traumáticos para ellos, logrando que progresen en todo sentido.” (Agosto, 2006)

La fase de socialización incluyó tres momentos, en el primero, se socializó el proyecto en la Jornada de Pedagogía Infantil ante el Comité de Carrera para que éste le diera su aval; Igualmente, con algunas compañeras que también practican en el Aula Lúdico-Pedagógica y con la doctora Lucrecia Raquel Rojas, Coordinadora de dicho programa y quien comento que “con las actividades que programan las educadoras se crea un ambiente más acorde a la edad de los niños y, a su rutina diaria como son el juego, la creatividad y la compañía de otros niños con quienes comparte en los momentos de trabajo con las profes. Se ha logrado cambiar, en parte, la rutina de hospitalización que está cargada de exámenes físicos, inyecciones, toma de muestras, ayunos, radiografías... por momentos de creatividad, actividad mental, juego, música, risa y compañía de otros niños”(Mayo, 2006). En el segundo, hicimos una muestra de las producciones de los(as) niños(as) a la que asistieron los(as) participantes, sus familias y algunas personas de las Salas, y al personal del Pabellón Infantil del Hospital se le realizó una breve presentación que dio cuenta del proyecto. En el tercero, socializamos el informe final, los hallazgos y las recomendaciones a la comunidad universitaria.

4.3 POTENCIALES BENEFICIARIOS

Los niños(as) participantes: fueron ellos(as) los(as) principales beneficiarios(as) del Proyecto, porque a ellos(as) iba dirigido el plan de atención pedagógica buscando disminuir los efectos negativos de la hospitalización, reducir la situación de angustia y desorientación que les generó el cambio abrupto y complejo de contexto. Se escucharon sus voces y con la implementación de las estrategias los(as) niños(as) reflexionaron sobre sí mismos(as), su enfermedad, su futuro y su percepción corporal.

Los familiares o acompañantes de los(as) niños(as) hospitalizados(as): buscamos beneficiarlos indirectamente a partir de la mejor adaptación al medio hospitalario, con la reducción de angustia y desorientación que les generaba los(as) niños(as) el cambio abrupto y complejo de contexto. Así mismo, a través de las estrategias pedagógicas los padres y acompañantes de los(as) niños(as) hospitalizados(as), lograron involucrarse activamente con sus hijos(as) en la medida en que los(as) ayudaban con la ejecución de las tareas y este momento se convertía en un espacio de acercamiento y afianzamiento de lazos.

El personal de las Salas: también fue considerado beneficiario de nuestro proyecto en tanto médicos(as), enfermeras, personal administrativo, de limpieza y alimentación, camilleros y mensajeros, eran quienes tenían contacto directo con los(as) niños(as) y participaban en el proceso de hospitalización y de investigación y desde su labor reconocieron la importancia de implementar propuestas pedagógicas que aportaran al bienestar de los(as) pacientes pediátricos y que propiciaran diálogos multidisciplinares.

Nosotras como pedagogas: porque afianzamos nuestra formación como pedagogas infantiles interesadas en potenciar la salud y la resiliencia en la niñez, ampliamos nuestro campo de acción incursionando como investigadoras a través del diseño, implementación, evaluación y socialización de una propuesta de práctica pedagógica para potenciar la hospitalización como una experiencia enriquecedora de aprendizaje.

4.4 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Desde nuestra percepción apreciamos a los(as) niños(as) como sujetos capaces de pensar, y con conceptos previos que les permitieron aportar desde sus historias personales y enriquecer nuestra experiencia pedagógica, participando voluntariamente, con libertad de suspender en cualquier momento el proceso, trabajando desde su elaboración y su propio ritmo y teniendo en cuenta tanto su estado de salud como su disposición anímica.

Las producciones de los(as) niños(as) eran de su pertenencia, pero se les pedía autorización en un formato que diseñamos para ello, cuando deseaban donarlos como evidencia del proceso con fines investigativos. Igualmente, utilizamos un formato para autorizar el registro fotográfico, en el que los(as) padres o acompañantes aprobaban que les tomáramos fotos a los(as) niños(as) mientras participaban de las estrategias. Además, cuando hemos necesitado mencionar en este informe los(as) participantes utilizamos sólo su primer nombre para proteger sus identidades.

4.5. CON LO QUE NO CONTAMOS EN LA METODOLOGÍA

Cuando hicimos el diseño metodológico no contábamos con que el proceso de investigación iba más allá de diseñar, implementar, sistematizar y evaluar la experiencia, porque a medida que nos íbamos relacionando con los(as) participantes íbamos creando vínculos afectivos con ellos(as) que nos hacían verlos no sólo como pacientes pediátricos, sino como sujetos de aprendizaje que no se acercaban a la visión de niño que habíamos construido a través de las prácticas integrativas que preceden al Proyecto Pedagógico, porque aunque llegamos con la idea de que sí estaban enfermos lo que sabíamos al respecto no incluía sus historias de vida y la diversidad de características que tenían ellos(as), sus familias y los lugares de los que procedían y mucho menos reconocíamos la influencia que todo esto tuvo sobre ellos(as), la hospitalización y el proceso de práctica.

Además, estábamos acostumbradas a que la planeación siempre funcionaba y que todo se desarrollaba según lo establecido, sin tener en cuenta que podíamos encontrar en el mismo espacio niños(as) de diferentes edades, de diferentes culturas y contextos, que sus habilidades comunicativas no estaban a un mismo nivel, que los procedimientos no les iban a permitir siquiera levantarse de sus camas, e incluso encontrarnos con que ya nunca volverían a estar porque habían muerto. Lo cual nos indica que cuando trabajamos con investigación cualitativa y etnografía es necesario caminar junto a los(as) participantes rompiendo la línea de investigador – investigado, dándonos cuenta que los procesos van más allá de la teoría y de la metodología que se escriben sobre el papel, porque la investigación pasa por el cuerpo y cuando eso sucede, no es posible ver a las personas como objetos de investigación, lo cual nos llevó a querer compartir este capítulo en el que narramos cómo fueron algunas de nuestras experiencias:

Al comenzar la escritura de nuestro proyecto de práctica pedagógica nos dimos cuenta que lo más difícil era el diseño metodológico, puesto que para la mayoría de nosotras era la primera vez que escuchábamos los conceptos de diseño, enfoque y paradigma y no teníamos ni siquiera una idea de dónde empezar a buscar; sin embargo, al contar con Colombia Hernández como asesora, quien tiene experiencia en investigación, empezamos a comprender que investigar era más que leer, reseñar e intervenir con los(as) niños(as) para escribir en el diario pedagógico lo encontrado a partir de la teoría y la práctica. Y fue por ello que en el momento de empezar con las lecturas de Woods y Guba y Lincon, empezamos a darnos cuenta que nos faltaba profundizar al respecto, pero fuimos ampliando nuestros conocimientos y comprendiendo conceptos que antes eran desconocidos y que ahora son más cercanos.

En el momento de pensar en el diseño de las fases y de las estrategias de intervención, tuvimos en cuenta que por compañeras de semestres superiores sabíamos del trabajo en el Hospital Universitario San Vicente de Paúl y nos llamó la atención poder propiciar experiencias pedagógicas en dicho contexto. Al iniciar nuestro Proyecto de Práctica Pedagógica I, le comentamos esto a nuestra asesora, y ella nos sugirió observar el lugar, consultar sobre su

historia y sobre los servicios que ofrecía, y hacer reseñas al respecto, para comprender sus dinámicas internas y reconocer la importancia de que la labor pedagógica trascendiera las paredes de la escuela y permeara los diferentes estamentos sociales. Invitándonos además a que buscáramos otros espacios como Comfama y la Corporación Educativa Combos para ampliar nuestra perspectiva y confirmar nuestra inclinación por el Hospital.

Una vez que tuvimos esta panorámica general de la institución, concentramos nuestros esfuerzos en conocer el pabellón infantil, sitio en el cual llevaríamos a cabo nuestra propuesta pedagógica. Para ello establecimos diálogo con la doctora Lucrecia Rojas, coordinadora del Aula Lúdico-Pedagógica, quien nos brindó la posibilidad de conocer la historia del programa. Así, parecerá entonces la historia del primer día de clases, y de pronto puede serlo, pero la sensación de incertidumbre y curiosidad por saber qué pasaría con el inicio de un proyecto que nunca nos imaginamos hacer, empezó por lo menos con la claridad de que la línea de investigación sería la resiliencia y que el lugar de práctica que habíamos elegido era el Hospital Universitario San Vicente de Paúl.

Antes de iniciar con la experiencia hicimos un recorrido por éste, para conocer y observar las diferentes dinámicas que se manejaban en este contexto en el que pensábamos trabajar. Igualmente, recorrimos el Pabellón Infantil y por parejas seleccionamos la Sala donde llevaríamos a cabo nuestra intervención pedagógica, identificando las Salas de Hemato-Oncología y Nefrología Pediátricas como dos espacios que favorecían nuestra investigación debido a las características de los(as) pacientes que allí se encontraban, pues el hecho de presentar enfermedades crónicas implicaban prolongados períodos de hospitalización y visitas frecuentes al centro hospitalario, lo que se convertía en una situación adversa que nos permitió evidenciar los aportes desde nuestro campo disciplinar en la promoción de la resiliencia y la potenciación de la hospitalización infantil como una experiencia enriquecedora de aprendizaje desde la implementación de estrategias pedagógicas.

Una vez identificadas las Salas, decidimos que trabajaríamos en éstas por parejas, teniendo en cuenta la incidencia no sólo de los diagnósticos de los(as) participantes en el proceso de atención pedagógica, sino también de sus estados físicos y anímicos según los procedimientos médicos. Para iniciar asistimos a las Salas con el propósito de conocer a los(as) participantes, identificando sus lugares de procedencia, los diagnósticos más frecuentes, el tipo de tratamiento que recibían y las características particulares que presentaban, convirtiéndose dicha información en el insumo fundamental para el diseño de los instrumentos de recolección de información y de las estrategias de intervención pedagógica.

Posteriormente, bajo el consenso de las cuatro nos consolidamos como un solo equipo de investigadoras y aunque nos dio mucho temor comenzar, el tiempo fue pasando y sin pensarlo ya llevábamos unas cuantas semanas en las cuales era necesario pensar una pregunta de investigación y en unos objetivos... fueron horas de escribir y borrar, de redactar y corregir, pero lo hicimos y a partir de muchas ideas sobre la connotación traumática de la hospitalización

decidimos preguntarnos: ¿Qué aportes brinda la implementación de dos estrategias Pedagógicas, orientadas a promover la resiliencia, para potenciar la hospitalización de un grupo de niños y niñas 4 a 12 años de edad hospitalizados en las Salas de Hemato-Oncología y Nefrología Pediátricas del Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín como una experiencia enriquecedora de aprendizaje?.

Fue así, como poco a poco fuimos construyendo nuestro proyecto de investigación, por ello revisamos documentos y estudiamos textos relacionados con Pedagogía Infantil, Salud, Enfermedad, Hospitalización, Enfermedades Hemato-Oncológicas y Renales, Pedagogía Hospitalaria, Resiliencia, Proyecto de Vida, Percepción Corporal, Didáctica de la Lectura y la Escritura, Expresión Gráfico-Plástica y Metodología de la Investigación. De este modo y después de leer, escribir, reescribir varias versiones y estar casi un semestre en las Salas realizando actividades lúdicas y recreativas con los(as) niños(as), llegó el momento de diseñar las estrategias pedagógicas que sí apuntaran al objetivo planteado para el proyecto.

Desde la anterior perspectiva, al momento de diseñar las estrategias tuvimos en consideración que las dinámicas hospitalarias y las condiciones de vida de los(as) niños(as) requerían que las experiencias pedagógicas no implicaran mucho movimiento, pues algunos pacientes debían permanecer conectados (as) a máquinas de diálisis u oxígeno, en algunos casos no podían levantarse de sus camas ni salir de la habitación o se encontraban débiles debido a la medicación o a un procedimiento médico; es así como identificamos la necesidad de propiciar espacios de aprendizaje a través de la lectura, la escritura y al expresión gráfico-plástica como herramientas fácilmente adaptables a las particularidades de nuestros (as) participantes, delimitando un rango de edad de 4 a 12 años partiendo del nivel de desarrollo de los y las niñas y la psicógenesis de la lengua escrita.

Dichas estrategias fueron implementadas semanalmente en ambas Salas durante un período inicial de 5 semanas, lapso de tiempo que consideramos como prueba piloto que nos permitió evidenciar en los(as) participantes la acogida del trabajo propuesto y la pertinencia de las estrategias en las dinámicas de cada Sala. Posteriormente, implementamos nuevamente las estrategias durante 18 semanas realizando diversas variaciones que permitieron dinamizar y enriquecer las experiencias pedagógicas sin perder de vista el propósito inicial de cada una de las estrategias. No obstante, en algunas ocasiones fue necesario realizar otro tipo de actividades como talleres de origami, plastilina y manualidades, pues los(as) niños (as) que habían realizado reiteradamente las estrategias expresaban su deseo por realizar este tipo de trabajos. Estas sugerencias enriquecieron nuestra investigación, teniendo en cuenta que partimos de una investigación cualitativa, bajo un paradigma crítico-constructivista nutrida por un enfoque etnográfico, reconociendo la investigación como un proceso flexible y dinámico, susceptible de ser transformado teniendo en cuenta las voces de los participantes desde sus costumbres, creencias, dinámicas de vida, estilos cognitivos, nivel de escolarización y de desarrollo, contribuyendo así a una construcción social del conocimiento.

Cada sesión de implementación de las estrategias comenzaba con nuestra llegada al Hospital, preparándonos para ir por parejas a cada Sala, nos poníamos la jardinera que nos identificaba como *"las profes"* ante los(as) niños(as) y las demás personas que se encontraban en los diferentes servicios. Luego organizábamos los materiales que necesitábamos, que iban desde un lápiz hasta una hoja de papel gigante, que en ocasiones eran tantos, que parecía que los bolsillos y las manos de ambas no eran suficientes, después nos íbamos para las Salas donde la mayoría de ellos(as) se alegraban al vernos llegar, preguntando: *"Profe, ¿y hoy qué vamos a hacer?"*.

Al entrar a las Salas, comenzábamos siempre saludando al personal, a los(as) niños(as), a los(as) acompañantes que se encontraran en los espacios comunes, ya fuese almorzando, jugando con muñecas, rompecabezas o carritos, caminando, conversando, viendo televisión o jugando play. Dejábamos los materiales sobre una de las mesitas, nos lavábamos las manos y luego una de nosotras diligenciaba la asistencia mientras otra invitaba a participar a los(as) pacientes, primero a quienes estaban afuera y luego recorriendo las habitaciones.

Con los(as) niños(as) que estaban aislados o no podían salir de sus habitaciones realizamos un trabajo personalizado en dicho espacio, implementando las estrategias o realizando actividades que estos(as) nos sugerían. En tanto quienes participarían se desplazaban al "rincón", en Hemato-Oncología o "la salita", en Nefrología, espacios adecuados en cada Sala para el trabajo pedagógico con los(as) niños(as), se organizaban el espacio y los materiales. Cuando todos y todas estábamos listos(as) en las mesitas, y antes de comenzar con las estrategias, se establecía un diálogo con ellos(as), en donde de manera informal se preguntaba por la cotidianidad de la vida de todos(as), de sus familias, el estado de salud de algún niño o niña en particular, o a quién le habían dado salida; en Nefrología además, hablábamos sobre sus novios y novias, las visitas que recibían, los exámenes que les hubiesen realizado, los sueños que tuvieron durante la noche, la muerte de alguien, y el traslado de Sala de alguno de ellos o ellas. Este espacio de conversación se aprovechaba para hacer el registro de caracterización sociodemográfica, que recogía datos como nombre, edad, género, grado escolar, habilidades comunicativas, diagnóstico, número de ingresos, último ingreso, ciudad de origen, ciudad de residencia, nombre del acompañante, parentesco y teléfono; éste servía a la vez para que entre ellos y ellas se conocieran aún más, al saber sobre sus lugares de procedencia, sus familias, sus gustos y lo que se encuentra en general en los sitios de donde veían.

Acto seguido, al implementar las estrategias, comentábamos a los(as) niños(as) en qué consistía la estrategia, salvo en algunas ocasiones, en las que alguno(a) que ya había participado previamente, se convertía en el dinamizador de la estrategia, diciéndole a los(as) demás qué había que hacer. Cuando terminábamos la experiencia pedagógica organizábamos el espacio de trabajo, para luego despedirnos de las personas de las Salas, momento en el que recibíamos besos y abrazos espontáneos de la mayoría de los(as) niños(as), quienes nos decían *"chao profe"*, *"hasta mañana"* *"¿a qué hora vienen"* y algunos y algunas en Nefrología nos ayudaban a llevar los materiales hasta la puerta, donde nos despedían agitando sus manos y regalándonos sus sonrisas.

El tiempo de la ejecución sirvió para que los(as) niños(as) estimularan la capacidad para expresarse a través de la lectura, la escritura y técnicas gráfico plásticas, compartir los materiales para el trabajo, tratarse con cortesía, aprender a decir “*por favor*” y “*gracias*”, a establecer relaciones respetuosas entre ellos(as) y con las demás personas que se encontraban en las Salas, y a reírse de los comentarios divertidos que alguno(a) de ellos(as) realizaba o de algo que pasaba sin esperarlo y que los(as) hacía reír.

Luego de dar las instrucciones, cada quien elaboraba su producción (trabajo realizado por los(as) niños(as) de acuerdo a la estrategia implementada, por ejemplo títeres, cuadernillos, dibujos), siempre con nuestra compañía, explicando nuevamente a quien lo necesitara, ayudando con el uso de los materiales, y hablando sobre lo que fuera ocurriendo durante ese proceso: Como la llegada de un(a) paciente a la Sala, la entrada del personal de la salud, a quienes algunos(as) compartían lo que estaban haciendo, o la visita de algún paciente que hubiese ido a revisión o estuviera en otra Sala, que pedía permiso para entrar a saludar y trabajar con nosotras, y los(as) que preferían aplazar su salida para realizar las actividades. Además, en Hemato-Oncología algunas de las señoras de limpieza se interesaban por la salud y el estado de ánimo de algunos(as) pacientes, llegando a servirles en ocasiones como compañía y consuelo. En Nefrología los camilleros y mensajeros más apreciados les hacían bromas y preguntaban por sus producciones, así como “el algo”, que casi siempre era un momento feliz y esperado por la mayoría con ansias, donde quienes lo llevaban –del centro de distribución de alimentos- tenían un vínculo especial con ellos(as).

Al finalizar la elaboración de producciones, se hacía la socialización de éstas, donde quien quisiera, contaba a los(as) demás qué había hecho y por qué, como una forma de compartir y expresar los sentimientos generados con la participación en las estrategias, que generalmente disfrutaban y realizaban con agrado, afirmando que les gustaba. Después de socializar, preguntábamos quiénes querían donar su producción como evidencia del trabajo de nuestro proyecto, algunos(as) se quedaban con ella y quienes la donaban autorizaban el hecho en el formato que creamos para ello. Luego, incluso a veces simultáneamente, cada niño(a) participante diligenciaba el formato de evaluación de la sesión, en el que consignaba qué le había gustado, que no, qué aprendió y qué le gustaría hacer en la próxima sesión.

Cuando terminábamos la experiencia pedagógica organizábamos el espacio de trabajo, para luego despedirnos de las personas de las Salas, momento en el que recibíamos besos y abrazos espontáneos de la mayoría de los(as) niños(as), quienes nos decían “*chao profe*”, “*hasta mañana*” “*¿a qué hora vienen*” y algunos(as) en Nefrología nos ayudaban a llevar los materiales hasta la puerta, donde nos despedían agitando sus manos y regalándonos sus sonrisas.

Fue difícil formar parte del “personal” de las Salas y ser reconocidas por el personal de la salud, visibilizar el componente pedagógico en la experiencia uniéndolo al componentes lúdico en pro del éxito de las estrategias y de la promoción de la resiliencia, así como explicar el concepto de cambio corporal y trabajar con algunos(as) niños(as) niñas por su corta edad, por las consecuencias de los medicamentos, los procedimientos y/o por sus temperamentos. Sin embargo, no todo fue difícil, porque establecer contacto con los(as) niños(as), los(as) acompañantes, la Dra. Lucrecia (Coordinadora del Aula), el personal de limpieza, el personal de alimentación y algunas de las auxiliares y jefes de enfermería, fue fácil. E igualmente fue positivo tener a nuestra disposición todos los materiales requeridos para el trabajo en las Salas.

Llegar a la Sala y ver algunos rostros tristes de niños y niñas por causa del dolor de la enfermedad fue algo difícil, además empezar a realizar las estrategias planeadas con los niños y niñas que sí podían salir pero que por los efectos del tratamiento estaban desalentados o desanimados nos parecía complicado. Pero lo que más partía nuestros corazones era llegar con la energía y las ganas de trabajar con los niños y niñas y encontrarnos con la sorpresa de que algunos(as) de ellos(as) ya estaban muertos, esto nos hizo comprender que el apego hacia ellos era prohibido si no queríamos terminar con los ojos llorosos... a pesar de ello, fue imposible evitarlo y hubo momentos en los que las lágrimas ahogaron nuestras palabras y nuestros conocimientos, e incluso traspasamos los límites del hospital. Todo lo que vivimos en las Salas nos movilizó mucho, a algunas nos descomponía bastante ver a los(as) niños(as) tan enfermos(as) y tan desanimados(as), pero nos alentaba pensar que nuestro trabajo les podía aportar algo positivo mientras estuvieran hospitalizados; sin embargo, nos inquietaba cómo planear, qué hacer con ellos y con ellas y cómo promover la resiliencia.

A lo largo del trabajo la angustia fue aumentando en algunas de nosotras, cada vez era más doloroso verlos enfermos y no saber qué hacer, ni cómo hacerlo, nos cuestionamos como personas y como pedagogas, dudamos de nuestra capacidad para estar en ese lugar y soportar las realidades de los niños, dudamos de nuestra preparación universitaria para aportar desde la pedagogía infantil herramientas valiosas a los niños, las niñas y sus familias para minimizar los efectos traumáticos de su hospitalización, cuestionamos el papel de una pedagoga en el hospital y cuestionamos el trato que les dan algunos médicos y enfermeras a los(as) niños(as). Con el paso del tiempo fue haciéndose más llevadera la situación, algunas enfermeras y algunos(as) de los médicos de las Salas fueron siendo más asequibles y los(as) niños(as) cada vez más reclamaban nuestra presencia y nuestro trabajo.

Cuando las experiencias no eran gratas en las Salas, al día siguiente al entrar al hospital y levantar nuestras miradas hacia el segundo y tercer piso y ver algunos(as) niños y niñas agitando sus manitos tratando de saludarnos, nos hacían olvidar los momentos difíciles del día anterior y llegar a las Salas con el semblante que los(as) participantes se merecían. Entender sus situaciones y acercarnos a ellos para brindarles apoyo y robarles una sonrisa era gratificante, pero cuando veíamos que al implementar alguna estrategia se cumplía con el objetivo planteado era lo que nos hacía pensar que nuestro trabajo sí valía la pena. Además, los comentarios del personal de las Salas sobre la insistencia de los(as) niños(as) sobre la hora

de nuestra llegada y su alegría al vernos llegar, facilitaban nuestro trabajo y nos animaba a continuar.

Aunque nuestra experiencia terminó, consideramos que el trabajo que hicimos con los(as) niños(as) se puede mejorar, y si tuviéramos la oportunidad de volver a hacer el proyecto, no dudaríamos en trabajar en estas Salas y seguiríamos teniendo en cuenta los cambios que fueron apareciendo a lo largo del proceso para mejorarlo, dando cabida así a las recomendaciones finales de nuestro proyecto.

5. HALLAZGOS

5.1. PLAN DE ORGANIZACIÓN, PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

Los lineamientos del plan de organización, procesamiento y análisis de la información que se presentan a continuación, se esbozaron desde la formulación del proyecto, durante el primer semestre de la práctica y durante el segundo semestre de la misma, se consolidaron en un plan preliminar que fue aplicado para analizar un período de 4 semanas de implementación de las estrategias de promoción de la resiliencia diseñadas. El análisis de este período fue recogido en el informe de avance del mismo semestre, el cual fue revisado por un evaluador conocedor del tema y sus sugerencias al texto y, específicamente al plan de análisis fueron retomadas para el desarrollo del presente informe final.

El plan incluye dos niveles de manejo de la información: Un nivel *descriptivo*, en donde presentamos una síntesis descriptiva de la información recogida durante la práctica, en torno a los cuatro aspectos definidos para seguir el proceso de implementación de las dos estrategias diseñadas e implementadas para promover la resiliencia. Estos aspectos son:

1. Asistencia y participación de niños(as) en las sesiones de trabajo.
2. Caracterización socio-demográfica de los(as) niños(as) participantes.
3. Desempeño de los y las participantes durante las sesiones realizadas.
4. Análisis de las producciones de los(as) niños(as) participantes.

Para facilitar la comprensión de la información de cada aspecto, elaboramos tablas y diagramas los cuales comentamos y pusimos en diálogo entre sí, discriminando inicialmente los datos recolectados en cada Sala, los cuales son posteriormente unificados, de tal forma que se evidencian los resultados totales de la Práctica Pedagógica Investigativa; así mismo, esta información es puesta en relación con el marco conceptual y metodológico de nuestro proyecto.

De igual manera, presentamos un segundo nivel de organización, procesamiento y análisis de la información, que consideramos de tipo *interpretativo*, en donde a partir de la síntesis descriptiva de la información, previamente realizada, tratamos de responder a la pregunta y los objetivos de la investigación planteados. Es decir, establecimos los hallazgos relacionados con la práctica investigativa y con la intervención pedagógica de la propuesta y finalmente, a partir de la reflexión realizada en torno a la totalidad del proceso, presentamos lo que consideramos fueron algunas de las más importantes lecciones aprendidas y algunas de las lecciones por compartir con otros(as)

investigadores(as) y con las diversas comunidades relacionadas con el proyecto de trabajo que desarrollamos.

Debe tenerse en cuenta que este proceso de organización, procesamiento y análisis, retoma información recogida durante el período comprendido entre mayo 2 al 25 y julio 10 a noviembre 2 de 2006, es decir abarcó 21 semanas de práctica, durante las cuales realizamos 24 sesiones de trabajo pedagógico en la Sala de Hemato-Oncología y 32 en la Sala de Nefrología, implementando las estrategias planteadas. Además, para dinamizar el proceso, realizamos 12 sesiones en Hemato-Oncología y 18 en Nefrología de otro tipo de actividades complementarias, como talleres de plastilina y origami, y elaboración de manualidades. Cabe mencionar que estas sesiones “complementarias” no fueron procesadas ni incluidas en el plan de análisis, pues no estaban directamente relacionadas con la Práctica Pedagógica Investigativa; no obstante, dichas experiencias nos permitieron consolidar los vínculos con los(as) participantes y tener una visión más amplia de ellos(as), compartiendo espacios lúdicos y recreativos que enriquecieron el trabajo pedagógico y respondieron a las voces de los(as) niños(as), quienes en algunas ocasiones nos proponían formas de trabajo alternativo alusivas a temas de su interés o a la celebración de fechas especiales (amor y amistad, día de la mujer, navidad, entre otras).

De la misma manera, podemos afirmar que estas sugerencias si bien implicaron la realización de actividades no contempladas en nuestro cronograma de trabajo, no fueron percibidas como una falencia de la Práctica Pedagógica, sino como una riqueza de la misma, pues desde el tipo de investigación (cualitativa), el paradigma (crítico-constructivista) y el enfoque (etnográfico) reconocimos la investigación como un proceso flexible y dinámico, susceptible de ser transformado teniendo en cuenta las voces de los(as) participantes desde sus costumbres, creencias, dinámicas de vida, estilos cognitivos y niveles de desarrollo, contribuyendo así a una construcción social del conocimiento, reconociendo que nuestra Práctica Pedagógica Investigativa estuvo marcada por las historias personales y los saberes no sólo de los niños y las niñas sino también de nosotras como participantes activas del proceso; es decir, dichas variaciones enriquecieron la experiencia pedagógica y nos dieron una nueva perspectiva de los intereses y necesidades de nuestros(as) participantes, contribuyendo así a un intercambio y una retroalimentación constante.

Igualmente, es importante señalar que el proceso de práctica, en términos generales, transcurrió adecuadamente en la medida que pudimos asistir a las Salas e implementar las estrategias en las fechas estipuladas contando con los recursos necesarios, el apoyo del personal de las Salas, y la asistencia y participación de los(as) niños(as). Anotamos que Sala de Hemato-Oncología estuvo en cuarentena desde el 24 de agosto hasta el 20 de septiembre, razón por la cual no pudimos trabajar con los(as) participantes. Esta situación de anormalidad nos llevó a reorganizar el cronograma de actividades, de tal forma que el tiempo durante el cual no se propiciaron las experiencias de aprendizaje, fue empleado para sistematizar la información generada hasta el momento y avanzar en la escritura del presente informe final, procurando así no afectar desfavorablemente el proceso; sin embargo, por limitaciones de

tiempo las sesiones de trabajo con los(as) niños(as) no pudieron ser sustituidas, motivo por el cual se observa una diferencia en el conteo de sesiones en cada Sala.

5.2 IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE ORGANIZACIÓN, PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN DISEÑADO

5.2.1. Hallazgos generados a partir de la síntesis descriptiva de la información recogida

5.2.1.1 Nuestros participantes

Asistencia y participación

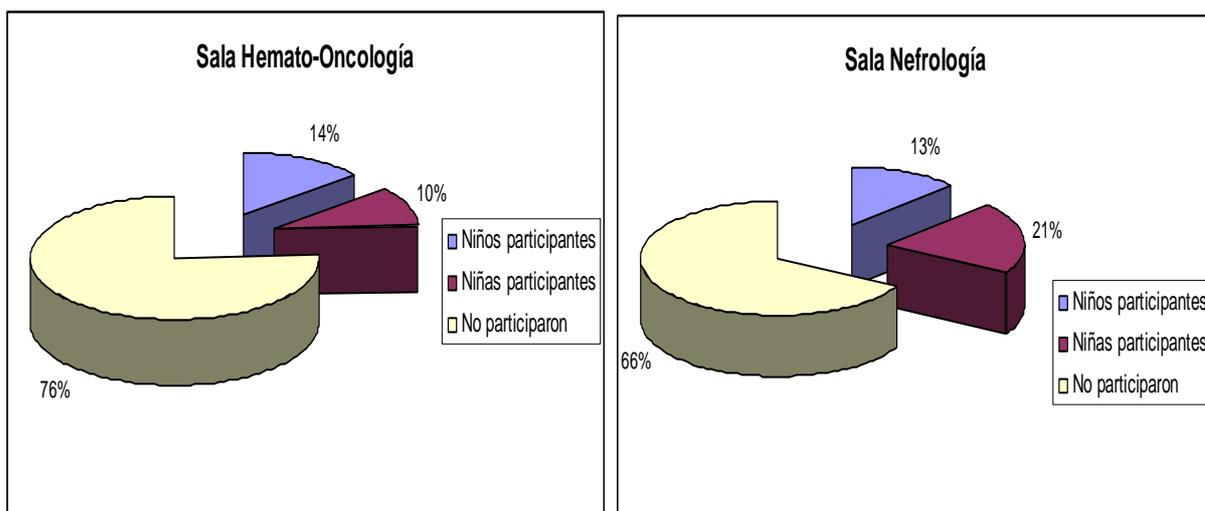


Tabla 1: Asistencia y participación de los(as) niños(as)

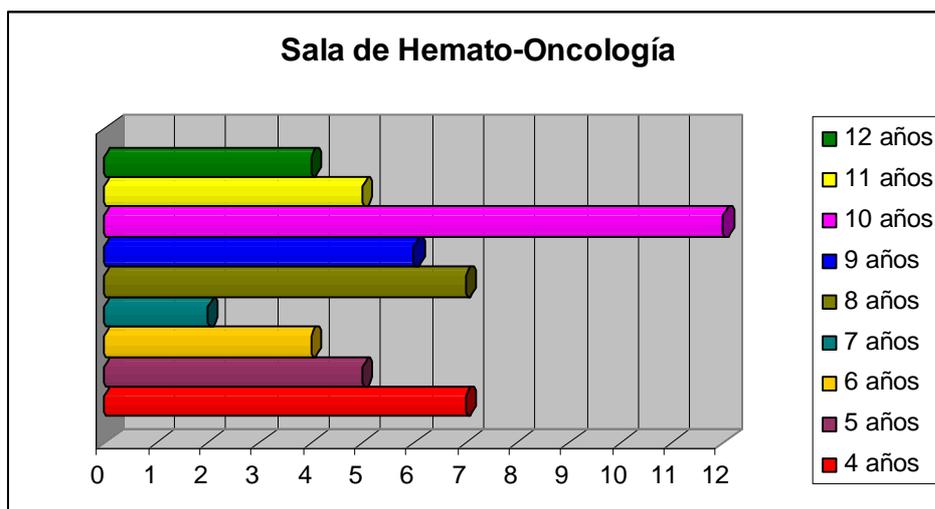
En la sala de Hemato-Oncología permanecieron hospitalizados(as) 214 niños(as) y de estos(as) participaron en las experiencias pedagógicas 52 niños(as), distribuidos por género así: 22 niñas y 30 niños y en la sala de Nefrología permanecieron hospitalizados(as) 102 niños(as) y de estos(as) participaron en las experiencias pedagógicas 34 niños(as), distribuidos por género así: 21 niñas y 13 niños.

Desde los anteriores datos se evidencia que nuestra investigación contó con una participación total de 43 niñas y 43 niños, quienes se ubicaban en un rango de edad de 4 a 12 años y que participaron activamente de las sesiones pedagógicas.

Dicha participación estuvo influenciada por las dinámicas cotidianas del centro hospitalario, pues en algunas ocasiones los(as) niños(as) no podían estar presentes en el trabajo pedagógico porque debían ser sometidos(as) a diversos tratamientos propios de su enfermedad, estaban conectados a máquinas de diálisis u oxígeno o permanecían en reposo o aislados. Es así como se observa que el estado de salud de los(as) niños(as) fue el factor que más incidió en su participación de las experiencias de aprendizaje y no se evidenciaron cambios significativos de participación respecto al género; es decir, ser niño o niña, no fue un agente determinante en la respuesta actitudinal, comportamental y/o verbal de los(as) participantes ante la propuesta pedagógica. De esta manera, los representantes de ambos géneros acogieron las estrategias pedagógicas y participaron de ellas desde el interés por el trabajo propuesto y sobre todo porque su disposición física y emocional se los permitía.

Por otro lado, cabe señalar que el total de 86 participantes fueron caracterizados socio-demográficamente teniendo en cuenta aspectos como: edad, nivel de escolaridad, habilidades comunicativas, diagnóstico, ciudad de origen, ciudad de residencia y acompañante durante el proceso de hospitalización. Es relevante anotar que en el formato de caracterización de los(as) participantes indagábamos por el número de ingresos al centro hospitalario, la fecha del último ingreso, el número telefónico y el estrato de la vivienda; sin embargo, estos aspectos no fueron retomados en el presente análisis pues no logramos un registro riguroso, en la medida en que ni los(as) niños(as) ni sus acompañantes recordaban claramente la información.

Edad



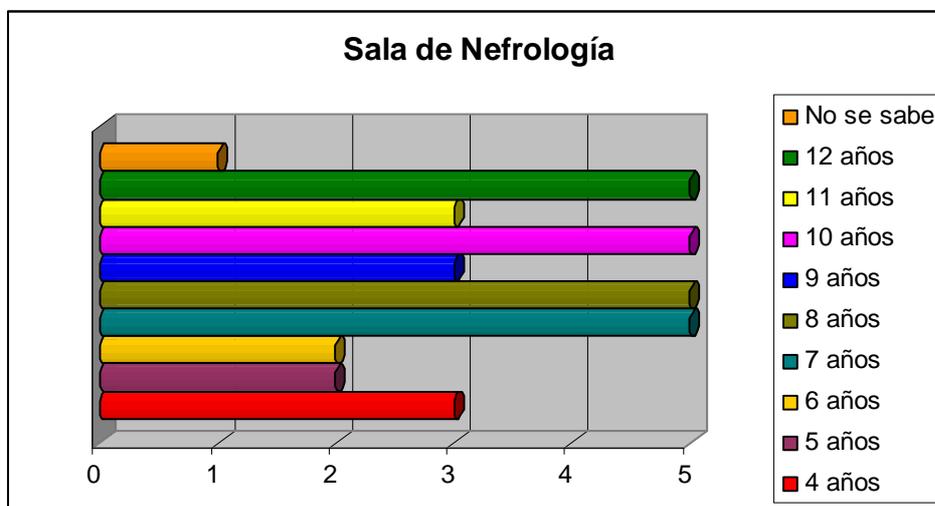


Tabla 2: Edades de los(as) niños(as)

De acuerdo con el rango de edad establecido para la Práctica Pedagógica Investigativa (4 a 12 años), podemos decir que en la Sala de Hemato-Oncología se propiciaron experiencias de aprendizaje con niños (as) de las siguientes edades:

- 7 niños(as) de 4 años
- 5 niños(as) de 5 años
- 6 niños(as) de 4 años
- 2 niños(as) de 7 años
- 7 niños(as) de 8 años
- 6 niños(as) de 9 años
- 12 niños(as) de 10 años
- 5 niños(as) de 11 años
- 4 niños(as) de 12 años de edad.

Respecto a la Sala de Nefrología trabajamos con niños(as) que se ubicaban en los siguientes rangos de edad:

- 3 niños(as) de 4 años
- 2 de 5 años
- 2 de 6 años
- 5 de 7 años
- 5 de 8 años
- 3 de 9 años
- 5 de 10 años
- 11 de 3 años
- 5 de 12 años y no se obtuvo el dato de uno de los participantes.

A partir de esta información, podemos decir que nuestra Práctica Pedagógica Investigativa contó con la participación de 10 niños(as) de 4 años, 7 de 5 años, 6 de 6 años, 7 e 7 años, 12 de 8 años, 9 de 9 años, 17 de 10 años, 8 de 11 años, 9 de 12 años y no logramos establecer la edad de uno de los participantes.

Teniendo en cuenta estos datos, evidenciamos un amplio rango de edad que nos permitió trabajar con niños(as) ubicados en diferentes niveles de desarrollo, esto incidió en la manera en como comprendieron las instrucciones, ejecutaron la tarea y socializaron sus producciones. Desde esta perspectiva, es necesario resaltar que a menor edad, menor grado de escolaridad y menor dominio de las habilidades comunicativas, mayor fue la necesidad de brindar un acompañamiento pedagógico personalizado; sin embargo, desde el diseño metodológico de nuestra investigación estas diferencias más que ser consideradas como un obstáculo, fueron percibidas como una fuente de diversidad que nos permitió propiciar experiencias enriquecedoras de aprendizaje desde y para la diferencia, respetando las particularidades de los(as) participantes, promoviendo la resiliencia desde el desarrollo de la autoestima, motivándolos(as) a trabajar desde el reconocimiento de sus limitaciones y capacidades.

Además, otros factores como los lugares de procedencia y residencia, la presencia de un(a) acompañante, la edad, el nivel de escolaridad, los estados físicos y anímicos de los(as) niños(as), las dinámicas propias de cada Sala de hospitalización, entre otros aspectos, incidieron en el desarrollo de las experiencias pedagógicas, pues todos ellos determinaron la manera cómo cada participante le dio sentido a su enfermedad y a la situación actual que estaban viviendo.

De igual manera, es importante aclarar que el rango de edad no necesariamente excluía el trabajo pedagógico con los(as) más pequeños(as), sino que su participación y producciones no fueron retomadas al momento de sistematizar y analizar la información recolectada a lo largo de la investigación.

Respecto a la anterior información, podemos mencionar desde nuestra experiencia pedagógica con los(as) niños(as) de ambas salas que cada participante poseía niveles de desarrollo y estilos de aprendizaje diferentes que están relacionados no sólo con su edad cronológica sino también con los estímulos externos y sus estilos de vida; es así, como reconocimos, el aprendizaje como un proceso continuo que debía ser adaptado a cada niño(a) teniendo en cuenta su edad mental y los factores personales y ambientales que inciden significativamente en al historia de vida de cada persona. Desde esta concepción, tuvimos en cuenta que cada niño(a) es único(a) y que su percepción de la hospitalización, su manera de enfrentar las adversidades y de participar en las experiencias pedagógicas es particular y está influenciada no sólo por sus características personales, sino también por el contexto en el que se desenvuelve, las actividades que realiza y las personas que lo(a) rodean.

Nivel de escolaridad

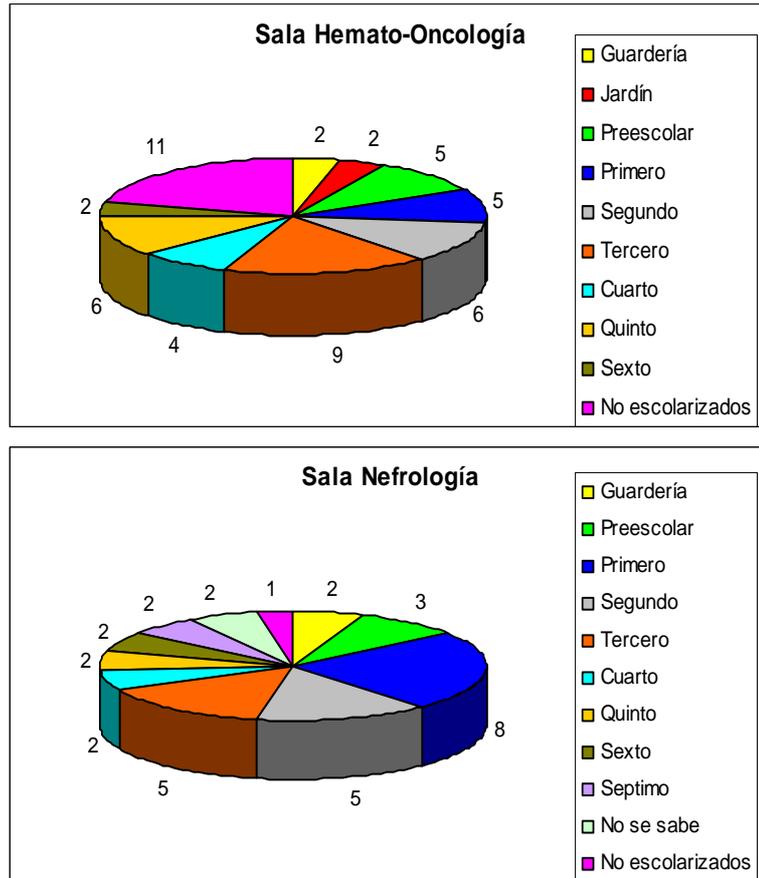


Tabla 3: Nivel de escolaridad de los(as) niños(as)

Debido al amplio rango de edad, a lo largo de las experiencias de aprendizaje encontramos niños(as) que se ubicaban en diversos niveles de escolaridad, de este modo en la Sala de Hemato-Oncología encontramos los siguientes niveles:

- 2 niños(as) asistían a la Guardería
- 2 niños(as) asistían al Jardín Infantil
- 5 niños(as) asistían a Preescolar
- 5 niños(as) asistían a Primero
- 6 niños(as) asistían a Segundo
- 9 niños(as) asistían a Tercero
- 4 niños(as) asistían a Cuarto

- 6 niños(as) asistían a Quinto
- 2 niños(as) asistían a Sexto y 11 no se encontraban escolarizados.

Por otro lado, en la Sala de Nefrología los(as) niños(as) se ubicaban en los siguientes grados escolares:

- 2 niños(as) se encontraban en Guardería
- 3 niños(as) se encontraban en Preescolar
- 8 niños(as) se encontraban en Primero
- 5 niños(as) se encontraban en Segundo
- 5 niños(as) se encontraban en Tercero
- 2 niños(as) se encontraban en Cuarto
- 2 niños(as) se encontraban en Quinto
- 2 niños(as) se encontraban en Sexto
- 2 niños(as) se encontraban en Séptimo
- 1 niño(a) no se encontraba escolarizado y no obtuvimos el grado de escolarización de 2 de los(as) participantes.

A partir de lo anterior, podemos afirmar que de los 86 participantes 4 niños(as) estaban en guardería, 2 en Jardín, 8 en Preescolar, 13 en Primero, 11 en Segundo, 14 en Tercero, 6 en Cuarto, 8 en quinto, 4 en Sexto, 2 en Séptimo, 12 no permanecieron escolarizados y no logramos establecer el nivel de escolaridad de 2 de los(as) niños(as).

Es así, que desde las características particulares de la población atendida en el Pabellón Infantil del HUSVP y específicamente de los(as) participantes de la investigación hospitalizados(as) en las Salas de Hemato-Oncología y Nefrología encontramos gran diversidad respecto al nivel de escolarización de los(as) niños(as), dicha diversidad estuvo influenciada no sólo por los rangos de edad donde se ubicaban los(as) participantes, sino también por las condiciones económicas, culturales, personales y familiares; es decir, que algunos(as) niños(as) han podido asistir regularmente al aula de clase pese a su enfermedad dando continuidad a sus procesos académicos, mientras que otros no se encontraban escolarizados ya sea porque aún no han ingresado al sistema educativo o han abandonado la escuela debido al prolongado proceso de hospitalización.

Desde esta perspectiva, observamos que los niveles de escolaridad influyeron en el desempeño de los(as) participantes, pues el acceder a las Instituciones Educativas les ha brindado herramientas para un mejor desempeño académico y comportamental; es decir, los(as) niños(as) más avanzados en el ámbito educativo comprendían más fácilmente los objetivos de las estrategias y desarrollaron aptitudes sociales que les permitieron establecer relaciones sólidas y respetar las normas y los límites, propiciando así algunos ámbitos generadores de resiliencia. Así mismo, tal como lo mencionamos anteriormente, si bien existe una relación entre

el nivel de escolaridad y el desempeño de nuestros(as) participantes, también hay otros factores que mediaron al momento de propiciar las experiencias de aprendizaje y establecer relaciones entre los(as) niños(as) y las maestras.

Lo anterior no significa que los (as) más pequeños(as) o de bajo nivel de escolaridad no lograron avanzar en el proceso de convertir su hospitalización en una experiencia enriquecedora de aprendizaje, sino que fue un proceso más lento, que implicó un trabajo pedagógico a través del cual los(as) pequeños(as) consolidaran las capacidades adquiridas y cambiaran algunos esquemas comportamentales renunciando a la postura egocéntrica que caracteriza los primeros años de vida.

Habilidades comunicativas

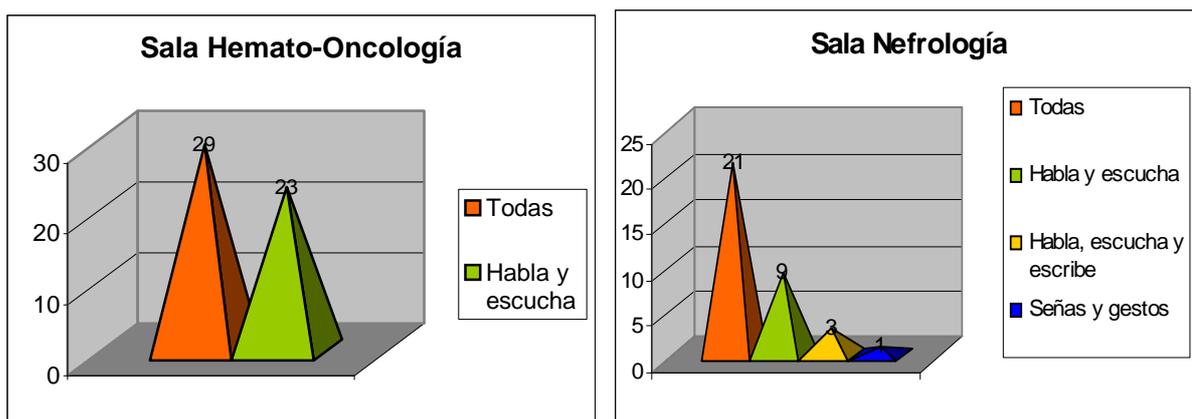


Tabla 4: Habilidades comunicativas de los(as) niños(as)

Respecto a las habilidades comunicativas de nuestros participantes podemos afirmar que en la Sala de Hemato-Oncología 29 de los(as) niños(as) poseían las cuatro habilidades (habla escucha, lectura y escritura) y 23 de ellos(as) sólo hablaban y escuchaban, mientras que en la Sala de Nefrología 21 niños(as) manejaban las 4 habilidades comunicativas, 9 hablaban y escuchaban, 3 hablaban, escuchaban y escribían y 1 se comunicaba a través de señas y gestos, pues tenía una discapacidad auditiva.

De este modo, a lo largo de todo el proceso realizamos un trabajo pedagógico con 50 niños(as) que dominaban las cuatro habilidades, 32 que hablaban y escuchaban, 3 que hablaban, escuchaban y escribían y 1 que se comunicaba con gestos y señas.

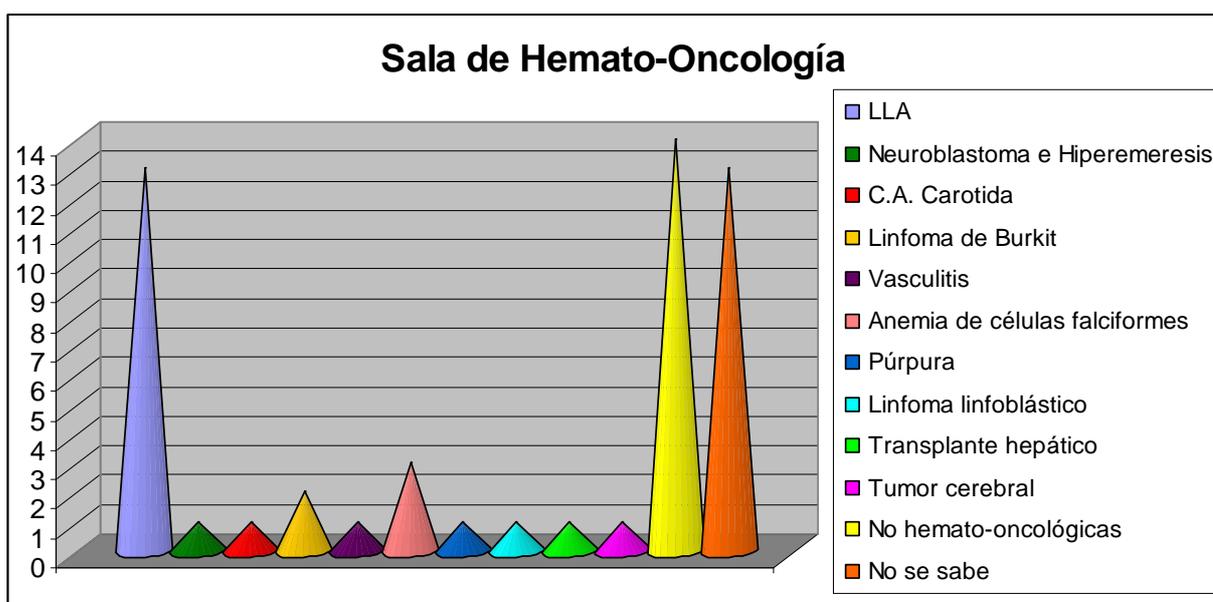
Frente a lo anterior, cabe señalar que la adquisición de las habilidades comunicativas es un proceso gradual influenciado por las características particulares de cada niño(a), su nivel de escolaridad y el contexto en el que se desenvuelve; de esta manera, es común encontrar que

las primeras habilidades adquiridas por los(as) niños(as) fueron la escucha y el habla, como habilidades desarrolladas desde las dinámicas de vida cotidianas y la interacción con el medio. Posteriormente, han ido adquiriendo la lectura y la escritura, identificadas como aquellas habilidades por medio de las cuales se interioriza y se exterioriza el mundo respectivamente e íntimamente relacionadas con los procesos educativos.

En el caso particular de la Sala de Hemato-Oncología, observamos que los(as) niños(as) privilegiaron la lectura de cuentos, los cuales comprendieron desde la reconstrucción de la historia y la formulación de preguntas y respuestas hasta la representación gráfica de lo que más les gustó; mientras que la escritura fue percibida como algo aburrido o como una imposición externa aludiendo a la noción convencional de la lectura y la escritura. En la Sala de Nefrología observamos que nuestros(as) participantes privilegiaron la escritura sobre la lectura, identificando la primera como un instrumento para consignar gráficamente sus historias de vida, su percepción corporal y sus expectativas de vida para el futuro, mientras que la segunda se les volvió tediosa y con poco sentido; pues fue una actividad que realizaron constantemente con otros practicantes, mientras que la escritura fue algo novedoso, llamativo, que no realizaron con mucha frecuencia.

Por otro lado, debemos aclarar que en los casos particulares donde los(as) 3 participantes han desarrollado el habla, la escucha y la escritura, esta última era realizada por imitación bajo un referente visual (la maestra escribía y el(la) niño(a) imitaba la escritura).

Diagnóstico



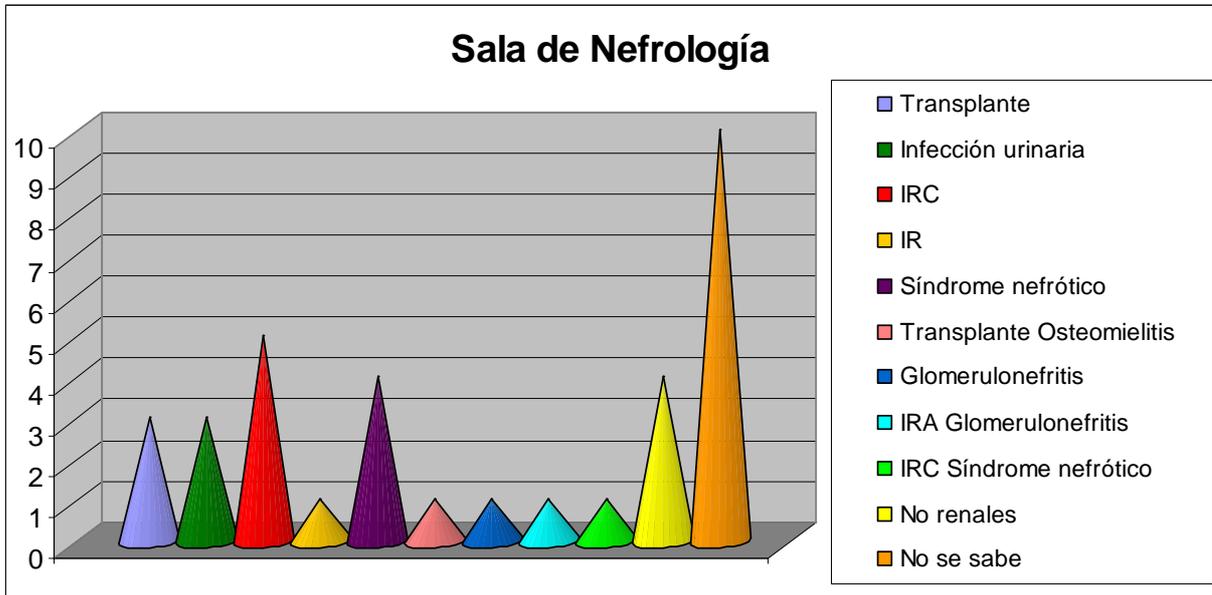


Tabla 5: Diagnóstico de los(as) niños(as)

De acuerdo al registro del motivo de hospitalización de nuestros participantes, encontramos que en la Sala de Hemato-Oncología los siguientes diagnósticos:

- 13 niños(as) con LLA
- 1 niño(a) con Púrpura
- 1 niño(a) con Neuroblastoma e Hiperemeresis
- 2 niños(as) con Linfoma de Burkitt.
- 1 niño(a) con CA Carótida
- 1 niños(a) con Vasculitis
- 3 con Anemia de Células Falciformes
- 1 niño(a) con Linfoma Linfoblástico
- 1 niño(a) con Transplante Hepático
- 1 niño(a) con Tumor Cerebral
- 1 niño(a) con Amputación de dedo
- 1 niño(a) con Traumatismo Intracraneal
- 1 niño(a) con Vértigo y Migraña,
- 1 niño(a) con I.T.U
- 1 niño(a) con Taquicardia Intraventricular,
- 1 niño(a) con Colitis
- 2 niños(as) con Fractura de Cráneo
- 1 niño(a) con herida en dedo
- 1 niño(a) con Fractura de Pie
- 1 niño(a) por accidente de moto
- 1 niño(a) con problemas de Vejiga
- 1 niño(a) con Fractura de Húmero

- 1 niño(a) niño(a) con Diabetes y no obtuvimos el diagnóstico de 13 niños(as).

Por otro lado, en la Sala de Nefrología los diagnósticos encontrados fueron:

- 3 niños(as) con Transplante Renal
- 3 niños(as) con Infección Urinaria
- 5 niños(as) con Insuficiencia Renal Crónica
- 1 niño(a) con Insuficiencia Renal
- 4 niños(as) con Síndrome Nefrótico
- 1 niño(a) con Transplante y Osteomielitis
- 1 niño(a) con Glomerulonefritis
- 1 niño(a) con Insuficiencia Renal Aguda y Glomerulonefritis
- 1 niño(a) con Insuficiencia Renal Crónica y Síndrome Nefrótico
- 1 niño(a) con Leucemia
- 1 niño(a) por accidente de tránsito
- 1 niño(a) con Crisis Asmática
- 1 niño(a) por fractura abierta y no obtuvimos el diagnóstico de 10 de los(as) participantes.

La anterior información nos revela que durante la Práctica Pedagógica Investigativa, trabajamos con 25 niños(as) con enfermedades Hemato-Oncológicas, 20 niños(as) con enfermedades Renales, 18 con otros diagnósticos no propios de las Salas y no obtuvimos información del motivo de hospitalización de 23 de los(as) participantes.

A partir de lo anterior, se evidencia que debido a la demanda de servicios médicos en el HUSVP, es necesario que algunos(as) pacientes permanezcan hospitalizados en Salas que no se encuentran relacionadas con el motivo de su hospitalización; no obstante, es importante aclarar que tanto en la Sala de Hemato-Oncología como Nefrología se le brinda prioridad a la atención de niños(as) que por su enfermedad y condición de salud requieren los cuidados especializados de Hemato-Oncólogos y Nefrólogos.

Así mismo, observamos que los diagnósticos específicos tuvieron cierta relación con la manera en que los(as) niños(as) participaron de las experiencias pedagógicas, especialmente las alusivas a la estrategia ¿Cómo me veo? visibilizando un mayor reconocimiento de los cambios corporales en los(as) pacientes con enfermedades Hemato-Oncológicas. Este aspecto será ampliado en páginas posteriores al hablar del impacto de las estrategias, en la medida en que presentaremos la manera cómo los(as) niños(as) visibilizan sus cambios corporales y su proyección hacia el futuro, tomando como punto de referencia la realidad particular que cada uno(a) de ellos(as) están afrontando.

Ciudad de origen

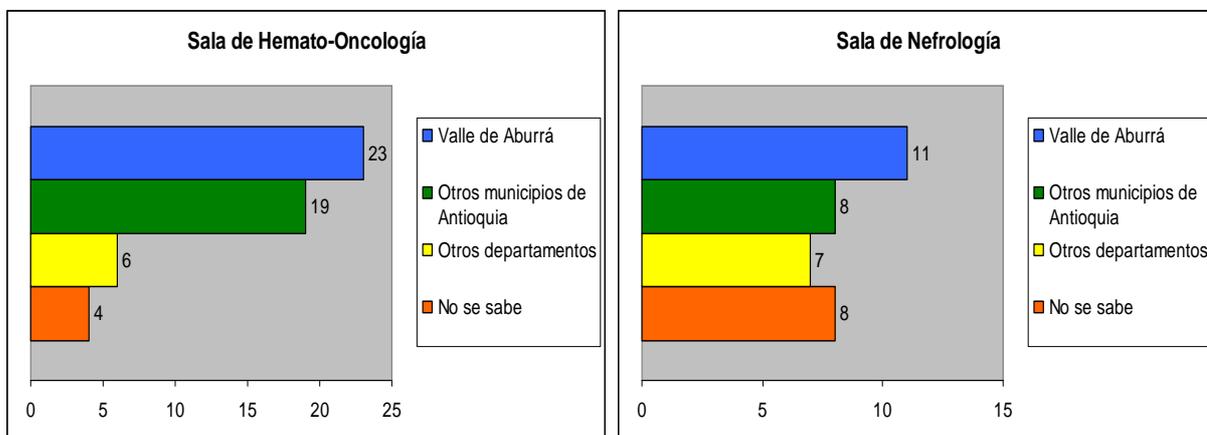


Tabla 6: Ciudad de origen de los(as) niños(as)

En la sala de Hemato-Oncología 23 niños(as) provenían del Valle de Aburrá, 19 de otros municipios de Antioquia, 6 de otros departamentos del país y no obtuvimos el dato de 4 de ellos(as) y en la sala de Nefrología 11 niños(as) provenían del Valle de Aburrá, 8 de otros municipios de Antioquia, 7 de otros departamentos y no tuvimos información de la ciudad de origen de 8 de ellos(as).

A partir de la caracterización socio-demográfica de los(as) participantes podemos decir que 34 niños(as) hospitalizados en ambas salas provenían del Valle de Aburrá, 27 de otros municipios de Antioquia (Santuario, Yalí, Tarazá, Titiribí, Jardín, Betania, Sonsón, San Carlos, Turbo, Betania), 13 de otros departamentos (Córdoba, Quindío, Cundinamarca, Chocó, Caldas) y no tuvimos la ciudad de procedencia de 12 de ellos(as).

Ciudad de residencia

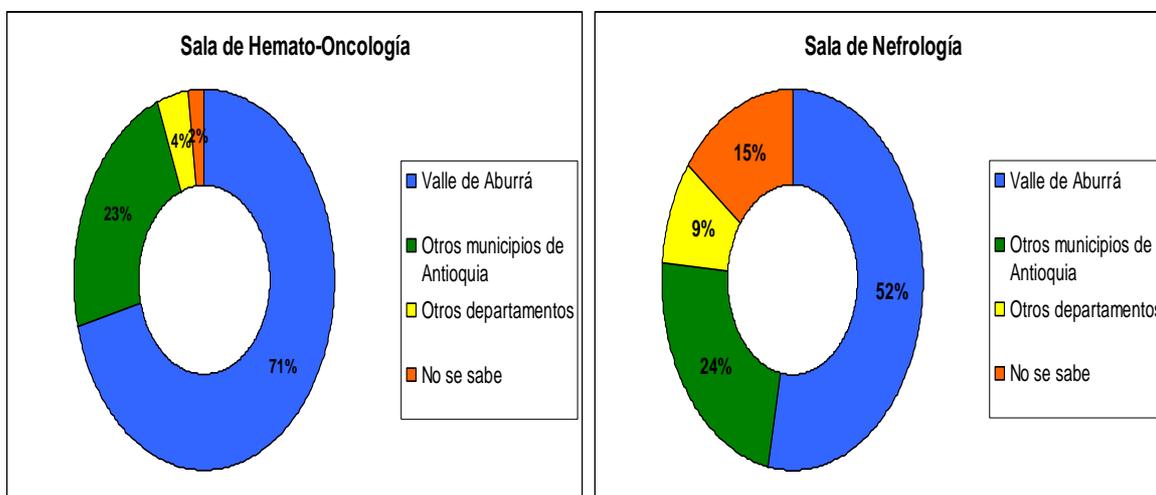


Tabla 7: Ciudad de residencia de los(as) niños(as)

En la sala de Hemato-Oncología 37 niños(as) residían en el Valle de Aburrá, 12 en otros municipios de Antioquia, 2 en otros departamentos y no obtuvimos información de 1 niña y en la sala de Nefrología 18 niños(as) vivían en el Valle de Aburrá, 8 en otros municipios de Antioquia, 3 en municipios de otros departamentos y no tuvimos acceso a la ciudad de residencia de 5 de ellos(as).

Los niños y niñas hospitalizados en ambas salas residían en diferentes zonas del país así: 55 de ellos(as) vivían en el Valle de Aburrá, 20 en otros municipios del departamento de Antioquia (Betania, Sonsón, Puerto Berrio, La Unión, Dabeiba, Amagá, Segovia, Tarazá, San Carlos, Jardín, Santuario), 5 en otros departamentos del país (Chocó, Cundinamarca, Boyacá, Quindío, Córdoba) y no obtuvimos información de la ciudad de residencia de 6 de ellos(as).

Respecto a las ciudades de origen y residencia de los(as) niños(as) hospitalizados(as) logramos identificar el Hospital Universitario San Vicente de Paúl como un espacio intercultural que brinda sus servicios a personas de diversas regiones, con diferente herencia a nivel étnico, social, cultural y económico. Desde esta perspectiva reconocimos que la historia de vida particular de cada uno(a) de los(as) participantes está influenciada por el contexto en el cual se desenvuelve, pues este incide en la manera en que los(as) niños(as) perciben su salud, enfermedad y proceso de hospitalización.

Es así como a lo largo de las sesiones pedagógicas los(as) niños(as) según su contexto, su procedencia, nivel de desarrollo y sus características personales le atribuyeron diferentes significados al hecho de permanecer sanos o enfermos y reconocieron en algunos casos el Hospital como un factor protector que les propiciaba bienestar físico y emocional, en la medida en que este lugar contaban con recursos humanos y materiales que mejoraban su calidad de vida. En otros casos el hospital era percibido como un espacio poco ameno, que les implicaba

separarse de sus seres queridos y romper con las dinámicas escolares, culturales, sociales y familiares.

Desde esta mirada, visibilizamos que para algunos(as) niños(as) el concepto de salud y enfermedad están íntimamente relacionados con la realización o suspensión de actividades cotidianas como jugar, salir o compartir con los seres queridos y para algunos(as) el hospital se convirtió en un espacio ameno, donde les gusta estar, donde han mejorado su calidad de vida y donde se les brinda un acompañamiento pedagógico que les resultaba gratificante, esto lo corroboraron por medio de frases como *“a mí me gusta estar aquí”, “yo me quiero quedar en el hospital, aquí estoy contento y me siento aliviado”* y *“no quisiera que ustedes (las profesoras) se me fueran nunca de aquí”*.

Por el contrario, para otros(as) pacientes, los días en el hospital transcurrían rutinarios, permanecían aburridos y deseaban retornar a sus hogares y sus estilo de vida cotidianos, pues extrañaban sus familias, amigos e institución educativa, ellos(as) expresaban *“aquí no puedo jugar”, “No, (me gusta el hospital) porque es muy aburrido, porque chuzan mucho, pasan llorando mucho los niños, las enfermeras nos dicen mucho vamos a chuzarlos. Algunas veces no me puedo mover ni levantar”*.

De igual manera, al identificar los lugares de procedencia y residencia de nuestros participantes, reconocimos que el Hospital Universitario San Vicente de Paúl brinda sus servicios especializados a personas de diversos contextos y niveles socio-económicos, con una proyección social de atender al enfermo y mejorar sus condiciones de vida, lo cual le ha brindado reconocimientos a nivel nacional e internacional debido a la calidad de la atención que ofrece y los avances tecnológicos e investigativos que ha alcanzado en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades.

Acompañante durante el proceso de hospitalización

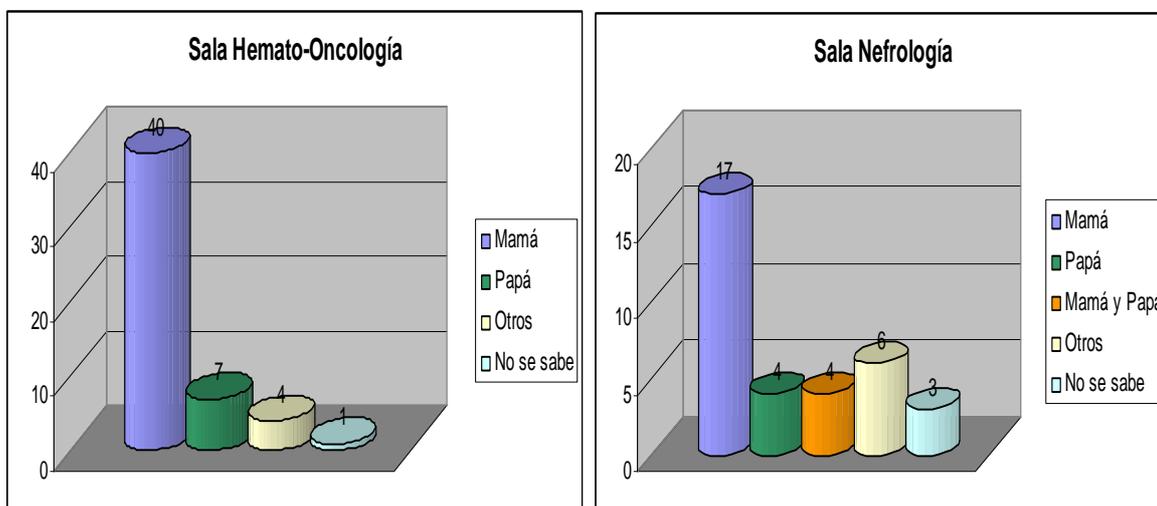


Tabla 8: Acompañante de los(as) niños(as) durante el proceso de hospitalización

En la Sala de Hemato-Oncología 40 niños(as) estuvieron acompañados(as) por sus mamás, 7 por sus papás, 4 por otros familiares (abuela, hermana, tía) y no se tuvimos información de 1 de ellos(as) y en la Sala de Nefrología 17 niños(as) estuvieron acompañados(as) por sus mamás, 4 por sus papás, 4 por ambos padres, 6 por otros familiares (abuela, tía, hermano/a) y no obtuvimos el dato de 3 de ellos(as).

En total 57 niños(as) estuvieron acompañados por sus madres, 11 por sus papás, 4 por ambos padres, 10 por otros familiares y no contamos con la información del acompañante de 4 niños(as).

A lo largo de la experiencia pedagógica observamos como en algunos casos la presencia de un acompañante incidió positivamente en el desarrollo de las estrategias, en la medida en que le brindaban a los(as) niños(as) apoyo sugerencias y recomendaciones respecto al trabajo propuesto y los(as) motivaban a realizar activamente sus producciones. Dichos acompañantes y otras personas significativas para los(as) participantes fueron identificadas como las redes sociales informales; es decir, como aquellas personas que le brindaron a los(as) niños(as) amor, aceptación y apoyo incondicional, promoviendo así la resiliencia desde las dinámicas hospitalarias y la consolidación de lazos afectivos, que permitieron a los(as) niños(as) superar la adversidad teniendo en cuenta no sólo sus características personales sino también los contextos en los que se desenvuelven.

No obstante, es importante mencionar que en algunas situaciones particulares, la presencia de los(as) acompañantes no fue muy positiva para los(as) niños(as), pues sus comentarios negativos (“así no es”) o sus actitudes de reproche inducían a los(as) participantes a abandonar la sesión sin terminar ni socializar su producción. En estos casos los adultos no lograban potenciar en los(as) niños el desarrollo de aptitudes ni mejorar su autoestima (ámbitos

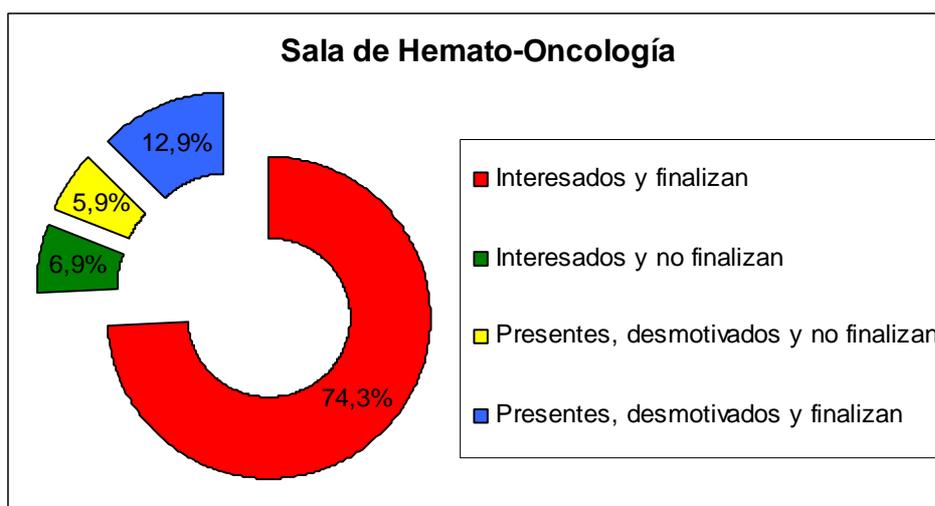
generadores de resiliencia), en la medida en que no los motivaban a participar de las experiencias de aprendizaje, sino que por el contrario los hacían dudar de sus capacidades y los impulsaban a renunciar al trabajo, resolviendo los problemas desde la evasión.

A partir de lo anterior, visibilizamos que los(as) acompañantes que participaron en el proceso dejaron entrever el sentido que tenía para ellos la educación, la escolaridad y la relación enseñanza-aprendizaje respecto a los(as) niños(as); es así, como identificamos distintos tipos de padres o acompañantes, cuyas pautas y prácticas de crianza están influenciadas por historias de vida y los significados que le atribuyen a las experiencias pedagógicas varían de acuerdo a sus niveles de escolaridad, su lugar de procedencia, el tipo de vínculo establecido con los(as) participantes y la forma cómo perciben la salud, la enfermedad y los procesos de hospitalización.

Desde esta perspectiva, no consideramos la participación de los(as) acompañantes como un problema o un obstáculo para nuestra Práctica Pedagógica Investigativa, sino como una fuente de riqueza que nos confirmó una vez más que la investigación no es actividad estática, sino un proceso continuo de cambios y transformaciones, que deben ser pertinentes y contextualizados a cada uno(a) de los participantes directos e indirectos del proceso, quienes desde características personales, culturales, económicas, académicas, profesionales, familiares y ambientales, son seres humanos complejos y únicos, con diversas perspectivas.

5.2.1.2 Las experiencias de aprendizaje

Desempeño de los(as) niños(as) respecto a las estrategias pedagógicas



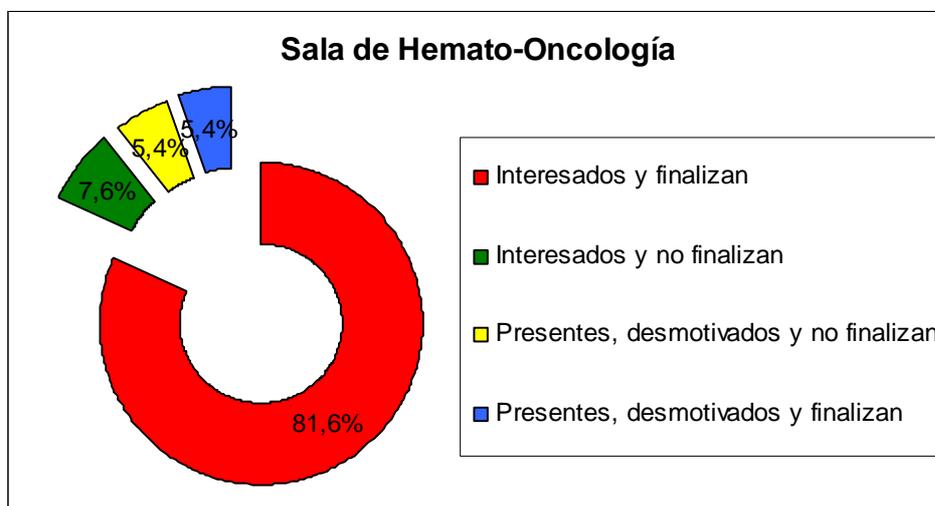


Tabla 9: Desempeño de los(as) niños(as) respecto a las estrategias pedagógicas

Respecto al desempeño de los (as) participantes durante las sesiones pedagógicas, los gráficos nos indican la siguiente información respecto a la Sala de Hemato-Oncología:

- El 74.3% de los(as) participantes estuvieron interesados(as) y finalizaron la estrategia propuesta
- El 6.9% de los(as) participantes estuvieron interesados(as) pero no finalizaron
- El 5.9 % de los(as) participantes estuvieron presentes pero desmotivados(as) y no finalizaron
- El 12.9 % de los(as) participantes se mostraron desmotivados(as) pero finalizaron su producción.

De otro modo, en la Sala de Nefrología encontramos los siguientes datos:

- El 81.6% de los(as) niños(as) se mostraron interesados(as) y finalizaron el trabajo pedagógico
- El 7.6 % de los(as) niños(as) se mostraron interesados(as) pero no finalizaron
- El 5.4% de los(as) niños(as) estuvieron presentes pero desmotivados(as) y no finalizaron
- El restante 5.4% de los(as) niños(as) se mostraron desmotivados(as) pero finalizaron su producción.

Unificando los datos obtenidos en ambas salas, podemos decir que un alto porcentaje de los(as) participantes equivalente al 77.7% estuvieron interesados(as) y finalizaron la estrategia propuesta, un 7.3% estuvieron interesados(as) pero no finalizaron, el 5.7 %estuvieron presentes pero desmotivados(as) y no finalizaron y el 9.3 % restante estuvieron desmotivados(as) pero finalizaron su producción.

Dicha información indica que las estrategias pedagógicas propuestas tuvieron una buena acogida por parte de los(as) participantes, quienes en la mayoría de las ocasiones mostraron disposición para participar de las experiencias de aprendizaje y cumplieron con el objetivo propuesto por cada estrategia, en los demás casos, evidenciamos que agentes internos y externos incidieron para que el resto de los(as) niños(as) tuvieran un nivel de participación menor. Dentro de los factores internos encontramos la desmotivación por realizar actividades que implicaran una reflexión sobre sus experiencias y la representación gráfica de las mismas (dibujo y escritura), la participación reiterada en la misma estrategia, las situaciones particulares que estaban afrontando, la subjetividad de cada uno(a) y en el caso de los(as) más pequeños(as) la dificultad para mantener los niveles de atención en una tarea; por otro lado, en cuanto a los factores externos identificamos los efectos de la medicación y los tratamientos en el estado físico y anímico de los (as) participantes, la prioridad por compartir momentos con los(as) acompañantes y la necesidad de ser retirados del lugar de trabajo pedagógico para ser examinados.

De igual manera, factores directamente relacionados con la estrategia propuesta incidieron en la participación de los(as) niños(as), es así, como los prerrequisitos de la tarea, la claridad al momento de dar las instrucciones y la fluidez en la comunicación hicieron que en algunas ocasiones nuestros(as) participantes realzaran activamente la estrategia y finalizaran el trabajo propuesto.

Ante la incidencia de dichos factores internos y externos y desde nuestra posición de maestras procuramos involucrar activamente a los(as) pacientes en las experiencias de aprendizaje, motivándolos(as) a realizar las actividades propuestas, haciendo variaciones a las estrategias y adaptándolas a las necesidades particulares de cada uno(a) de nuestros participantes; dichas actividades complementarias, fueron un apoyo para llevar a cabo nuestra labor pedagógica en la medida en que nos permitieron dinamizar las estrategias y conocer más a fondo a los(as) niños(as), desde un respeto por su palabra y por sus intereses.

En el caso en que ellos(as) debían ser retirados por razones médicas procurábamos acompañarlos, explicarles los procedimientos a los que serían sometidos y brindarles nuestro acompañamiento pedagógico aunque esto implicara la suspensión temporal de la implementación de las estrategias.

Estas variaciones y la reconstrucción de las estrategias, nos llevaron a percibir la Práctica Pedagógica Investigativa, como un proceso flexible y dinámico, susceptible de ser transformado y adaptado de acuerdo a las particularidades de nuestros participantes, que si bien necesita ser planeado, tener unos objetivos claros y una fundamentación pedagógica, también debe ser enriquecido constantemente desde las voces de los(as) niñas y contextualizado a sus intereses y necesidades.

A partir de lo mencionado anteriormente, podemos decir respecto a la estrategia “¿Cómo me veo?”, cuyo objetivo estaba encaminado a promover que los niños y las niñas representaran gráficamente y pusieran en palabras su percepción de los cambios corporales y psicológicos que afrontaban en su hospitalización, que dichos cambios son reconocidos más fácilmente por los(as) pacientes de enfermedades Hemato-Oncológicas, pues debido a la quimioterapia y a los evidentes cambios que esta conlleva (pérdida de cabello y de bello corporal) ellos(as) lograron representarse gráficamente (dibujos, cartas, manualidades) buscando que sus producciones fueran los más fieles posibles a su aspecto físico y que dieran cuenta de su sentimientos al respecto; por otro lado, con los(as) niños(as) de la sala de Nefrología, observamos que los cambios corporales fueron abordados como un hecho transitorio y relacionado sólo con los edemas y el exceso de vello producido por la medicación; es decir, los(as) niños(as) afirmaban que dichos cambios desaparecerían con el transcurrir del tiempo o que podían -en el caso del crecimiento del vello corporal -ser ocultados con depilación.

De igual manera, es importante anotar que la percepción que tenían los(as) niños(as) sobre su esquema corporal y las transformaciones físicas y psicológicas producto de su enfermedad, también entraron en diálogo con el discurso de médicos, enfermeras e incluso sus acompañantes, quienes desde otra visión del diagnóstico y el tratamiento nutrían los miedos, expectativas e ilusiones de los(as) participantes(as).

Desde la anterior perspectiva, inferimos que los diagnósticos específicos de los(as) niños(as) inciden notablemente en la manera en cómo ellos(as) se perciben y los sentimientos que les generan dichos cambios. Esto se debe en gran medida a la connotación social que tiene las enfermedades Hemato-Oncológicas y Renales. Las primeras suelen ser asociadas frecuentemente con la muerte y despiertan mayores sentimientos de temor y frustración pues existen menos posibilidades de sobrevivir a la enfermedad y las segundas son percibidas como enfermedades susceptibles de ser curadas más fácilmente y con menos cambios e impacto a nivel físico y emocional.

Además, es relevante señalar que la representación de los cambios físicos y psicológicos también estuvo influenciada por las variaciones de las estrategias; es decir, se obtuvieron diferentes resultados con la escritura de cartas, la elaboración de títeres y la elaboración de producciones que utilizaban diferentes técnicas gráfico-plásticas (pintura con tizas, acuarelas, marcadores, colores, vinilos, moldeado en plastilina), pues si bien es cierto que algunos materiales como la plastilina y los vinilos generaron mayor impacto en los(as) niños(as), la dificultad para manejarlos hizo que sus trabajos no cumplieran con sus expectativas, pues argumentaban que el trabajo les quedaba feo o que no lograban moldearlo y adaptarlo para ser fieles a los cambios corporales que han tenido.

A partir de lo expuesto anteriormente, podemos decir que tanto las representaciones sociales en cuanto a los diagnósticos y la manipulación de diferentes recursos repercutieron en la manera como nuestros participantes elaboraron sus producciones y el significado que les atribuyeron a

las mismas, de tal modo, que reiteramos el supuesto de que cada niño(a) desde sus características personales, familiares y ambientales posee una forma única de vivir y de otorgarle sentido su enfermedad y sus proceso de hospitalización.

Por otro lado, con la implementación de la estrategia "*Construyendo mi futuro*", orientada a indagar las percepciones que tenían los(as) niños(as) acerca de su futuro y proyecto de vida, logramos que ellos(as) se pensarán como sujetos históricos, con capacidades, limitaciones y realidades particulares. Reconociendo que dichos aspectos incidían en su presente y su futuro, representando no sólo las personas significativas que los cuidaban, protegían, les brindaban apoyo y eran el soporte emocional para cumplir los sueños y metas que se habían propuesto a corto, mediano y largo plazo, sino también plasmando las metas que se propusieron alcanzar cuando fueran grandes.

Además, reflexionaron sobre la necesidad de estudiar, luchar y esforzarse para alcanzar sus sueños y conseguir lo que quieren respecto a su proyecto de vida, con relación a su enfermedad, su salud, su profesión y sus deseos; todo ello a través de diferentes actividades como el diálogo, la discusión y la escritura en torno a preguntas del tema, la elaboración de collages y dibujos acompañados de la respectiva explicación que sustentara lo que deseaban para su futuro, y el esbozo de un árbol en el que identificaron como raíces a las personas significativas y que podían ayudarles a implementar su proyecto, ellos(as) como el tronco y las ramas como todo aquello que querían lograr ser, hacer y tener.

En cuanto a esta estrategia, podemos mencionar que no identificamos diferencias significativas respecto al desempeño de los(as) niños(as) de cada una de las Salas, ya que en general ellos(as) lograron diseñar un plan de vida para el futuro; no obstante, si se evidenciaron variaciones respecto a la edad de los(as) participantes, en la medida en que los más pequeños entienden de manera diferente las nociones de pasado, presente y futuro, motivo por el cual fue necesario que les brindáramos un mayor acompañamiento pedagógico que les permitiera alcanzar lo que Vigostky denomina "Zona de Desarrollo Próximo", por medio de la cual se pretende que los(as) niños(as) disminuyan la distancia entre su nivel real de desarrollo y su nivel potencial, bajo el acompañamiento de un adulto o la colaboración de un par; es decir, busca motivar a los(as) pequeños(as) a progresar en sus procesos cognitivos desde actividades que les exijan un mayor nivel de comprensión, utilizando a un agente externo como mediador y referente de aprendizaje.

Teniendo en cuenta lo mencionado respecto a las estrategias pedagógicas y sus variaciones reconocimos a los(as) niños(as) como sujetos activos a pesar de estar enfermos, y que podían reflexionar –desde lo cognitivo y lo emocional- sobre la realidad particular que estaban viviendo desde su enfermedad, la separación de los seres queridos y el cambio de contexto que estaba ligado no sólo a un espacio físico, sino a la ruptura de actividades cotidianas que pasaron a ser reemplazadas por dinámicas hospitalarias, porque para muchos de ellos y ellas su estadía en el hospital se prologaba por largos períodos y era necesario visitar dicho espacio recurrentemente.

De este modo, el trabajo que hicimos fue crear en los(as) niños(as) no sólo un espacio distinto de estar durante su hospitalización, sino también de realizar actividades que de alguna manera los ayudaran a reflexionar sobre sí mismos, su futuro, su enfermedad, su proceso de hospitalización, las personas significativas en sus vidas, su percepción corporal, entre otros aspectos que suelen ser poco abordados en la cotidianidad. Además, desde el amor y el respecto que sentimos por los(as) niños(as), logramos acercarnos a ellos(as) de una manera afectuosa que no es muy común en el personal de la salud y que nos hizo significativas en las vidas de la mayoría de los(as) niños(as) que compartieron varias tardes con nosotras.

En cuanto a las producciones de los(as) niños(as)

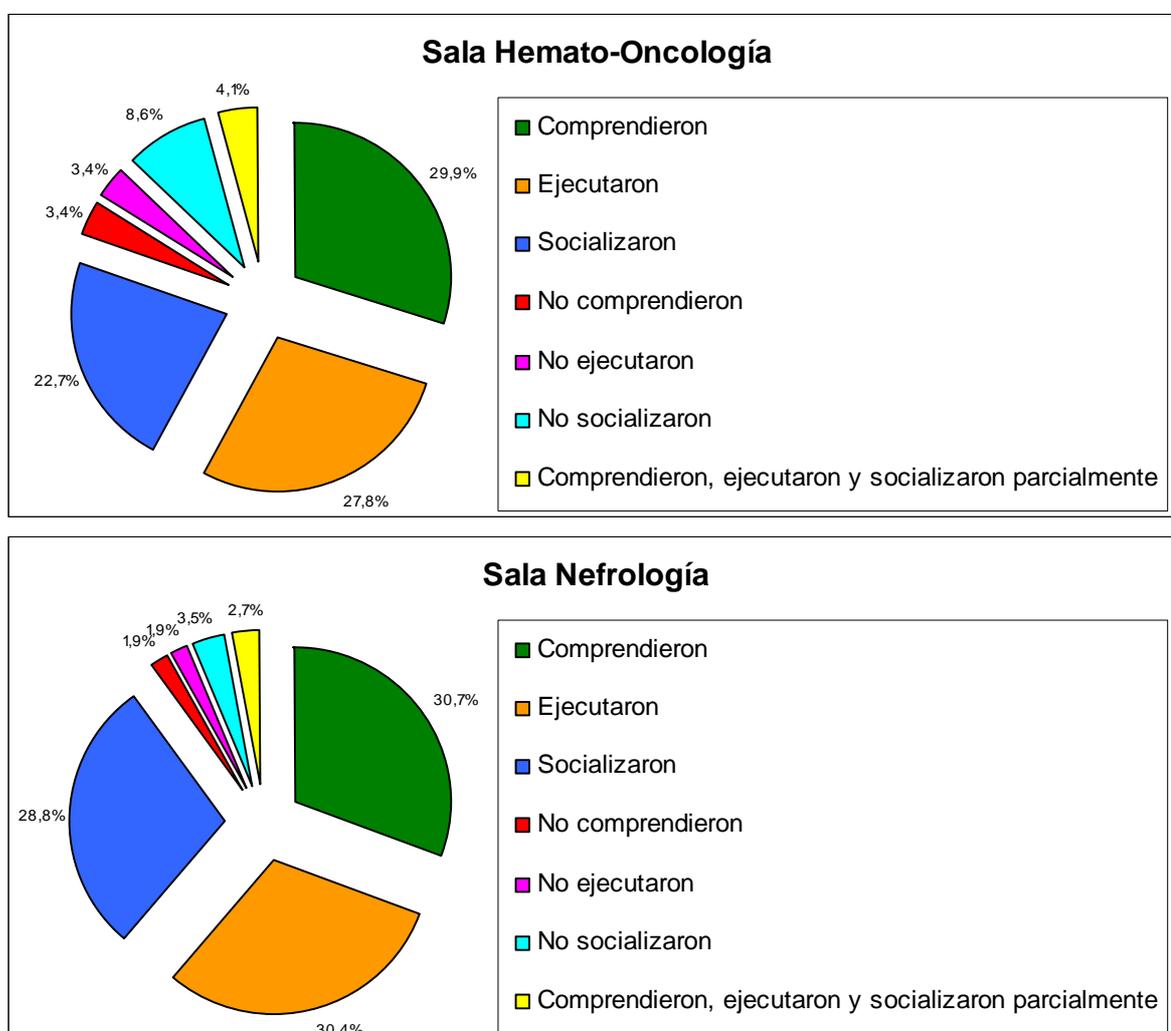


Tabla 10: En cuanto a las producciones de los(as) niños(as)

En cuanto a las producciones de los(as) niños(as) respecto a la comprensión de las instrucciones dadas por las maestras, la ejecución de la tarea y la socialización de la experiencia, podemos mencionar que en el transcurso de la Práctica Pedagógica Investigativa (equivalente 100% de las sesiones de experiencias pedagógicas) los siguientes resultados:

En la Sala de Hemato-Oncología el 29.9% de los(as) niños(as) comprendieron la instrucción, el 27.8% ejecutaron la tarea, el 22.7% socializaron su producción, el 3.4% no comprendieron la instrucción, el 3.4% no ejecutaron la tarea, el 8.6% no socializaron y el 4.1% comprendieron, ejecutaron y socializaron parcialmente.

Ante el mismo aspecto, en la Sala de Nefrología el 30.7% de los(as) niños(as) comprendieron la instrucción, el 30.4% ejecutaron la tarea, el 28.8 % socializaron su producción, el 1.9% no comprendieron la instrucción, el 1.9% no ejecutaron la tarea, el 3.5% no socializaron y el 2.7% comprendieron, ejecutaron y socializaron parcialmente.

Las anteriores cifras nos muestran que en ambas Salas el 30.3% de los(as) participantes comprendieron la instrucción, el 29.0% ejecutaron la tarea, el 25.5% socializaron su producción, el 2.7% no comprendieron la instrucción, 2.7% no ejecutaron la tarea, el 6.2 % no socializaron, y el 3.5% comprendieron, ejecutaron y socializaron parcialmente. De este modo evidenciamos una estrecha relación entre la comprensión de la instrucción, la ejecución de la tarea y la socialización de la producción, en la medida en que un alto porcentaje de los(as) niños(as) que iniciaban y finalizaban la estrategia pedagógica, lo hacían porque tenían claridad respecto al objetivo del trabajo propuesto, de los pasos a seguir para llevarlo a cabo y disfrutaban de compartir la experiencia con sus compañeros(as).

Desde esta información, visibilizamos que es necesario brindarle a los(as) niños(as) instrucciones claras y precisas acordes a su nivel de desarrollo y sus habilidades, de tal modo que logren participar activamente de las estrategias pedagógicas y socializar sus producciones, en miras a convertir su hospitalización en una experiencia enriquecedora de aprendizaje; así mismo, reiteramos la necesidad de tener en cuenta todas los agentes que inciden al momento de realizar un trabajo pedagógico, respetando la subjetividad, los vínculos establecidos, las aptitudes y las particularidades de cada uno(a) de los(as) participantes.

Es así, como teniendo en cuenta la información recolectada y analizando las producciones de nuestros (as) participantes, podemos decir respecto a la estrategia *¿Cómo me veo?* que los(as) niños(as) de la Sala de Hemato-Oncología nombraron algunos de los cambios más significativos en sus vidas a raíz de la enfermedad, a través de frases como: *"antes tenía el cabello largo y no tenía llagas"*, *"estamos calvitos(as) y más flaquitos(as)"*, *"... me están haciendo quimioterapia, se me cayó todo el cabello y en este momento estoy hospitalizada por una recaída pero ya estoy bien"* y en la sala de Nefrología no se hicieron tan evidentes estos cambios, pues los(as) niños(as) se representaban a sí mismos sin tener en cuenta por ejemplo

las cicatrices producidas por las cirugías o la palidez en sus rostros; sin embargo, si identificaron verbalmente la retención de líquido y la producción excesiva de vello producto de la medicación, esto por medio de frases como estoy "*hinchadita, tengo la cara redondita porque estoy enfermita*".

Dichas frases y actitudes de los(as) niños(as) nos indican que cada diagnóstico posee una connotación diferente y que cada persona afronta de formas diversas los cambios físicos y psicológicos producidos por su enfermedad y tratamiento, mostrándose en el caso de las enfermedades Hemato-Oncológicas transformaciones más evidentes producto de los tratamientos invasivos como la quimioterapia, cuyo signo más visible es la pérdida del cabello, mientras que en el caso de las enfermedades Renales los cambios son percibidos como hechos transitorios que desaparecen paulatinamente con el consumo de medicamentos o que pueden ser disimulados.

Además, para los(as) niños(as) de ambas salas la estrategia *¿Cómo me veo?* los llevó a reflexionar en torno a las transformaciones físicas, sino también respecto a los cambios en el estilo de vida, reconociendo que sus enfermedades deben ser tratadas con diversos medicamentos y procedimientos médicos, implicando no sólo prolongados y recurrentes períodos de hospitalización, sino también cambios en los estilos de vida cotidianos, ya que en algunos casos no pueden realizar actividades como estudiar, jugar y salir, interrumpiendo así sus procesos escolares y de socialización, al no poder interactuar con otros(as) niños(as) o realizar acciones que pueden poner en riesgo su salud.

De otro modo, al implementar la estrategia *Construyendo mi futuro* encontramos que el personal de la salud influyó notablemente en la elección del campo profesional en el cual deseaban incursionar los(as) niños(as) en el futuro afirmando que querían ser doctores(as) o enfermeros(as), reconociendo la importancia de la labor que estas personas realizaban para mejorar la calidad de vida de los pacientes. Dicha elección la apoyaban con frases como quiero ser doctor "*para aliviar a las personas*" (Jefrey - 11 años), "*para salvar a los niños*" (Luisa - 8 años). Así mismo, desde sus planes a futuro algunos(as) expresaron que querían desempeñarse como profesores(as) de las áreas en las que mejor se desempeñaban en las instituciones educativas a las que asistían, nombrando además que consideran significativo el aporte que de la incursión del pedagogo en ámbito hospitalario y otro grupo de niños(as) nombró que deseaban ser futbolistas, deportistas, estilistas, maquilladoras, amas de casa, investigadores(as), soldado, constructor, piloto o estudiante.

Respecto a la enfermedad, hallamos que en los(as) niños(as) existe un deseo constante de recuperación, de retomar actividades que han sido temporalmente suspendidas y de compartir con sus seres queridos; no obstante, desde una visión real de su enfermedad reconocen que a lo largo de su vida deberán continuar con los tratamientos, las dietas, los cuidados y el consumo de medicamentos. Esta información se corrobora a través de frases como "*me quiero aliviar pero me han dicho que debo tomar medicamentos de por vida*" (Alex - 9 años.), *Voy a estar*

enferma cuando sea grande, siempre voy a volver al hospital, grande voy a estar enferma" (Valentina - 4 años.). Al respecto cabe mencionar, que algunos(as) de los(as) participantes confían que su futuro será más promisorio que el presente, pues esperan curarse sometiéndose a los diferentes tratamiento y siguiendo con las indicaciones médicas, por ejemplo, uno de ellos afirma *"cuando sea grande no estaré enfermo porque estoy en tratamiento y me aliviaré para trabajar en una oficina"* (Camilo - 10 años).

Es así, como desde el análisis de las producciones respecto a ambas estrategias pedagógicas, podemos mencionar que la manera en como los(as) participantes de nuestra Práctica Pedagógica Investigativa comprenden las instrucciones, ejecutan la tarea, y socializan su producción da cuenta de toda una serie de factores que convergen para que las estrategias cumplan con su objetivo y movilicen cognitiva y emocionalmente a los(as) niños(as); pues el trabajo propuesto los(as) como sujetos activos del conocimiento, cuyas historias de vida y formas diversas de afrontar las adversidades fueron el insumo fundamental para llevar a cabo esta Práctica Pedagógica Investigativa.

De esta manera, ambas estrategias llevaron a los(as) participantes a reflexionar sobre sí mismos(as) y a poner en palabras, dibujos, figuras, cartas y otras formas de expresión, aquellos sentimientos generados tanto por su enfermedad como por su proceso de hospitalización, nombrando y haciendo evidente aquello que posiblemente callaban, fortaleciendo así su dimensión afectiva, respondiendo al contexto social y familiar en el que se desenvuelven, a sus historias de vida y todo lo que éstas conllevan.

A partir de toda la información presentada anteriormente y de la experiencia desarrollada en las Salas de Hemato-Oncología y Nefrología, es relevante señalar que falta de claridad y de registro en algunos de los datos consignados en el formato de caracterización socio-demográficos, se debió a que los(as) niños(as) no tenían conocimiento respecto al número de ingresos, la fecha del último ingreso, el teléfono, estrato de la vivienda, diagnóstico, nivel de escolaridad o ciudad de residencia y origen, ya que diferentes agentes como la edad, el cambio constante de residencia, la incomprensión de su diagnóstico y la falta de acompañantes o registros incidieron para que no lográramos tener un registro riguroso de algunos aspectos de la historia del(la) paciente.

5.3 RELACIÓN TEORÍA Y PRÁCTICA

A partir del referente conceptual que sustentó nuestra Práctica Pedagógica Investigativa y de las experiencias de aprendizaje propiciadas en las Salas de Hemato-Oncología y Nefrología, consideramos que el componente pedagógico de nuestro trabajo fue abordado desde una postura crítica y reflexiva, por medio de la cual promovimos que los(as) niños(as) se ubicaran ante su situación actual, vivieran experiencias de enseñanza-aprendizaje enriquecedoras y avanzaran en su desarrollo integral. Nuestra labor dio cuenta del proceso de formación que

hemos adelantado a lo largo de nuestra carrera y del perfil profesional del(la) Licenciado(a) en Pedagogía Infantil, que según Posada y Sandoval (1999) propende por el desarrollo de estrategias pedagógicas intencionadas, con objetivos claros que aboguen por un aprendizaje crítico y reflexivo, basado en las vivencias de los(as) niños(as) y en sus características particulares. De esta manera, reconocimos el ámbito hospitalario como un espacio que no sólo brinda atención médica sino también pedagógica llenos de sentido y aporte para sus pacientes.

Nuestro quehacer reiteró que los conceptos de salud y enfermedad, son construcciones y procesos socio históricas, cuyos significados varían de acuerdo a cada persona, a su historia de vida y al contexto particular donde se desenvuelve. De esta manera entramos en diálogo con Díaz, M. y Molina, W. (2004), quienes afirman que la salud y la enfermedad no pueden ser considerados como hechos naturales, sino como procesos que se construyen y reconstruyen permanentemente en la medida en que interactúan con otros procesos sociales.

De esta forma, fuimos testigos de como los significados que cada grupo social y que cada persona había construido en su contexto particular, sobre salud y enfermedad, fueron puestos en diálogo con los que poseían los(as) médicos(as) y el personal de la salud con el que estaban en contacto en el centro hospitalario. Para los niños(as), la salud era "*estar bien*", "*sentirse aliviados*" y "*poder realizar todas sus actividades normalmente*", en tanto la enfermedad, era definida como un "*sentirse mal*", presentar algunos síntomas e interrumpir sus ritmos de vida. Ambas definiciones dieron muestra de una elaboración subjetiva, construida de acuerdo a las costumbres y las tradiciones que se transmiten en los grupos sociales, de ahí que el significado que se atribuyó al estar sano o estar enfermo dependió de ello y la diferencia entre éstos dos conceptos estuvo mediada por la cultura.

Nuestra práctica nos permitió ampliar nuestra concepción de la Pedagogía Hospitalaria, como la intervención pedagógica necesaria para disminuir los efectos traumáticos de la hospitalización infantil a partir de la implementación de diferentes estrategias lúdico-pedagógicas que generaron situaciones de enseñanza-aprendizaje, favoreciendo el desarrollo integral del niño(a) a pesar de su enfermedad y hospitalización. Nuestra concepción estuvo ligada a los planteamientos de Serradas, M. (2003), quien desde su acercamiento conceptual a esta rama de la pedagogía, la define como aquella actividad a través de la cual se atienden las necesidades psicológicas y sociales de las personas hospitalizadas.

Desde esta visión, nuestras estrategias pedagógicas estuvieron encaminadas a promover el desarrollo integral de los(as) niños(as) desde las vivencias y situaciones particulares que estaban afrontando, teniendo en cuenta la percepción de los cambios físicos y psicológicos producto de su enfermedad y tratamiento y los proyectos de vida que han comenzado a visionar desde sus sueños, temores, angustias e ilusiones.

Estos propósitos se lograron a través de herramientas como la Didáctica de la Lectura y la Escritura, la cual identificamos como un acto reflexivo ante el proceso de enseñanza-

aprendizaje, proceso que trasciende las paredes de la escuela para enmarcarse en hechos cotidianos, a través de los cuales las personas logran un aprendizaje significativo, activo y crítico que va más allá de la mecanización de contenidos y que en el caso particular de los(as) niños(as) hospitalizados(as) buscaban que ellos(as) reflexionaran sobre sus historias de vida y logaran exteriorizarlas y compartirlas, consolidando vínculos afectivos desde el orden de lo intra e interpersonal.

Al respecto, cabe mencionar que las habilidades de lectura y escritura, fueron valoradas por los(as) participantes desde su acercamiento a la escolaridad, sus estados físicos y anímicos, su edad y demás variables que incidieron al momento de participar de las estrategias pedagógicas y de atribuirle significado a sus producciones. Tanto así que logramos identificar que en la Sala de Hemato-Oncología se privilegiaron más las actividades relacionadas con la lectura de textos que con una producción escrita, lo cual se invirtió para el caso de los(as) niños(as) de la Sala de Nefrología.

De acuerdo al planteamiento anterior, retomamos a Hurtado, R. Serna, D. y Sierra, L. (2001) quienes defienden la lectura y las escritura como procesos estrechamente relacionados con una función social, que le permite al sujeto interiorizar y exteriorizar el mundo en el que está inmerso, lo caracteriza y lo significa. Procesos que debieran ser complementados por lo que ocurre en una Institución Educativa (en el sentido más amplio) de tal manera que le permitieron al sujeto cualificar su habilidad y capacidad para comunicarse y entender aquello que el otro (maestro, autores, familia, pares, entre otros) le dice.

Así mismo, utilizamos la expresión gráfico-plástica como la herramienta que le permitió a nuestros participantes manifestar sus emociones y pensamientos respecto a lo que significó para ellos(as) su enfermedad y la hospitalización, a partir de la utilización de diferentes técnicas y materiales que les permitió hacer sus creaciones, y en la mayoría de los casos generaron producciones concretas como dibujos, títeres, y moldeados en plastilina, entre otras. De todas estas técnicas obtuvimos diferentes respuestas por parte de los(as) niños(as), para quienes resultó novedoso el acercamiento a materiales como los vinilos y la plastilina, porque no habían tenido un contacto previo con ellos; no obstante, esta misma situación les dificultó realizar producciones que ellos(as) mismos(as) pudieran reconocer como valiosas, es decir, en algunos casos la inexperiencia hizo que se dañara su trabajo o no diera cuenta de lo que querían expresar.

Teniendo en cuenta lo ya mencionado, podemos decir que las experiencias de aprendizaje promovidas por nuestra práctica pedagógica, estuvieron relacionadas con dos aspectos fundamentales: la Percepción Corporal y el Proyecto de Vida. La primera en la medida en que reconocimos que ésta se encuentra determinada por el conocimiento del propio cuerpo, por la construcción dinámica y cambiante de la cual el hombre y la mujer es autor(a) y observador(a), presentándose transformaciones particulares tanto físicas como emocionales que buscan ser comprendidas y aceptadas a través del desarrollo de los procesos cognitivos y psicológicos del individuo; y el segundo porque generamos en los(as) niños(as) procesos de auto-crítica y auto-

reflexión a partir de la implementación de la estrategia “Construyendo mi Futuro”, la cual propició que pensarán respecto a quiénes eran, hacia dónde iban, qué querían llegar a ser y con qué podían contar para lograrlo, a partir de una mirada crítica sobre su enfermedad y la hospitalización, que a su vez les permitió generar estrategias para superar esta adversidad y salir fortalecidos de ella.

Estos aspectos se sustentan con las producciones de los(as) niños(as), las cuales incluyeron el contorno corporal, la descripción física por medio de una carta, el reconocimiento de de sus habilidades y limitaciones para realizar sus sueños y cumplir sus metas, identificando las personas significativas en sus vidas, las expectativas (tanto de los(as) participantes como de sus acompañantes) respecto al futuro profesional y la concientización de las características particulares de cada ser humano y de cómo pueden confluír en un espacio enriqueciendo las experiencias desde y para la diferencia.

La participación de los niños y las niñas durante la implementación de las estrategias pedagógicas, en la mayoría de los casos captó su atención y despertó su interés. La información recolectada nos indicó que la mayoría de los(as) niños(as) disfrutaron del acompañamiento de las maestras y del trabajo propuesto por ellas, incluso a pesar de la incidencia de sus estados físicos y anímicos, las dinámicas propias de las salas, el consumo de medicamentos y los síntomas propios de cada diagnóstico. Aspectos como el nivel de escolaridad, la presencia de un acompañante, la edad de los(as) participantes y sobre todo sus historias de vida, más que limitar los alcances de las experiencias pedagógicas incidieron en la manera como los(as) niños(as) le atribuyeron significados a su permanencia en el hospital, reconocieron sus cambios físicos y psicológicos producto de la enfermedad y tratamiento y se proyectaron hacia el futuro.

A partir de lo ya mencionado, podemos decir que nuestra Práctica Pedagógica Investigativa, propició diversas experiencias que transformaron la concepción del(la) niño(a) hospitalizado como sujeto pasivo, por una perspectiva que les permitió asumirse como sujetos activos, capaces de aportar a los procesos de investigación a través de sus vivencias y sus formas particulares de enfrentar y superar las adversidades.

Desde este enfoque reiteramos la importancia de la Resiliencia como un eje articulador de nuestra propuesta, en la medida en que la reconocimos como una capacidad humana que conjuga factores personales y ambientales a través de los cuales los sujetos logran no sólo enfrentar las experiencias adversas, sino también de encontrar el aporte que ellas ofrecen. La resiliencia se reveló como una construcción articulada a las condiciones particulares de los contextos de vida de los niños y las niñas, no existe por lo tanto una única forma de ser resiliente, de convertir las dificultades en oportunidades de crecimiento y fortalecimiento, sino que cada ser humano, como lo plantea el modelo interaccional-ecológico de Bronfenbrenner (1999), construye formas de relación específicas a sus entornos físicos y socioculturales.

De igual manera, evidenciamos los ámbitos generadores de Resiliencia planteados por Puerta, M (2002) así:

-Las redes sociales informales en la medida en que los(as) niños(as) identificaron aquellas personas que les brindaron aceptación, amor y apoyo incondicional y establecieron vínculos donde lograron compartir sus experiencias de vida y sus producciones con los pares, acompañantes, maestras y personal de las Salas, de tal modo que establecieron relaciones sociales a través de los cuales ellos(as) reconocieron en el(la) otro(a) un referente de solidaridad y cooperativismo.

-Desarrollo de aptitudes porque los(as) participantes lograron visibilizar a algunos pares y acompañantes como mediadores del propio aprendizaje, establecieron relaciones basadas en el respeto y la solidaridad y lograron en la mayoría de los casos acatar las normas y los límites para el trabajo en equipo, comprendieron las instrucciones para la ejecución de las diversas experiencias pedagógicas y socializaron sus producciones dando cuenta de sus historias de vida.

-El desarrollo de autoestima, pues los(as) participantes lograron definirse a sí mismos desde sus características particulares; reconociendo sus defectos y virtudes a través de adjetivos como "*comelona, juiciosa, responsable, amable, cariños/a, desordenado/a*". Ellos(as) fueron concientes de que cada uno(a) poseía un nivel de desarrollo diferente lo cual se evidenciaba en sus producciones y reconocieron que las metas propuestas respecto a su desempeño profesional y vida futura, no eran logros que se obtenían de forma inmediata, sino que debían trabajar para conseguirlos, demostrando así que poseían la capacidad de proyectarse en un futuro.

-El sentido del humor, identificado cuando la mayoría de los(as) participantes reconocieron que su enfermedad genera una ruptura con las dinámicas lúdicas, familiares y escolares, pero aceptaron su condición, intentando adaptarse al contexto hospitalario y mostraron disposición para realizar el trabajo pedagógico a pesar del malestar. De igual manera, se observó que los(as) niños(as) poseían la capacidad de reírse de sí mismos y de lo que le pasaba a los(as) demás sin faltarse al respeto.

-En menor medida la capacidad para encontrar significado a todo lo ocurrido en la vida a partir de la fe, porque evidenciamos que más que tener algo externo en que depositar su fe, creían en sí mismos y en su capacidad de soñar un futuro, confiando en sus propias capacidades y reconociendo sus limitaciones. Otros niños/as manifestaron sus creencias religiosas en seres superiores (Dios, ángeles, Virgen) a quienes se encomendaban y elevaban oraciones.

Es así, como promovimos la resiliencia a partir del reconocimiento y la aceptación del imperfecto, preparando a los(as) niño(as) para situaciones desagradables o adversas, dando cabida al diálogo y a conversaciones informales, favoreciendo en los(as) participantes la capacidad de quererse a sí mismos(as) desde una visión realista de su potencial y sus limitaciones, reforzando aspectos de ésta que los(as) ayudaran a enfrentar la adversidad a partir del lenguaje y el acompañamiento, por ejemplo, con frases, como “tu puedes hacerlo”, “vas muy bien”, “hazlo como tu creas”, “hagámoslo juntos”, con lo que retomamos los planteamientos de promoción de resiliencia de Grotberg, E (1996) y su modelo TENGO, SOY/ESTOY y PUEDO.

Nuestra investigación fue más allá de establecer las características resilientes de los(as) participantes y de considerarlas como algo innato al ser humano tal como lo plantea el modelo genetista- individualista (Werner, E. 1990), para enmarcar la resiliencia como la cualidad cambiante y dinámica que le permite a las personas desarrollarse sana e integralmente, de tal forma que la labor pedagógica que realizamos en las Salas de Hemato-Oncología y Nefrología partió del fundamento de que la resiliencia es susceptible de ser promovida (Grotberg, 1996) , no sólo en los(as) pacientes sino también en sus padres y familia acompañante, tomando en cuenta las características particulares de éstos(as) y los contextos (familia, escuela, hospital, entre otros) donde se desenvuelven, convirtiéndose así en una experiencia pedagógica a través de la cual la se pueda convertir la hospitalización en una experiencia enriquecedora de aprendizaje. Además, logramos promover resiliencia desde la cotidianidad de las Salas porque el sólo hecho de levantarse de la cama era comenzar a superar la adversidad, la cual no sólo se relacionaba con la enfermedad sino también con todo lo que implicaba estar hospitalizado, transformando esta situación en una experiencia de aprendizaje a partir de los aportes de la pedagogía

5.4 HALLAZGOS GENERADOS DESDE NUESTRA VISIÓN DE LO SUCEDIDO

Con base en la descripción de los sucedido en ambas Salas durante el Proyecto de Práctica Pedagógica, logramos identificar 6 hallazgos centrales: el hospital como un espacio intercultural; el(la) paciente como sujeto activo; la promoción de la resiliencia desde la cotidianidad de las Salas; la hospitalización, de lo traumático a factor protector; el hospital como un nuevo escenario para lo pedagógico; y la planeación: de lo sistemático e intencionado a la improvisación y reconstrucción; de los cuales daremos cuenta a continuación.

El hospital como un espacio intercultural

A lo largo del proceso, pudimos entender el Hospital como un espacio intercultural en el que evidenciamos diferencias étnicas y culturales, que debimos tener en cuenta al momento de implementar las estrategias, lo cual se convirtió en un desafío para nosotras como pedagogas en la medida que era necesario adaptarlas a las particularidades y necesidades de cada

participante, donde las planeaciones eran superadas por las circunstancias siendo necesario improvisar y reconstruirlas para atender a la diversidad, no sólo desde lo cultural sino también desde la disposición, el interés, el grado de escolarización, la edad, el nivel de desarrollo y los ritmos de aprendizaje de cada participante. Por ejemplo, al trabajar con los(as) niños(as) más pequeños, se hizo más difícil hacernos entender y sus intereses no se acercaban a los objetivos de las estrategias; además, el hecho de que no supieran leer ni escribir, interfería con el desarrollo de las actividades. Por el contrario, con los(as) niños(as) entre 8 y 12 años, fue posible propiciar con más facilidad la experiencia pedagógica en la medida que dominaban las habilidades comunicativas y tenían más conocimientos previos respecto a los temas tratados. Sin embargo, hubo casos en los que algunos(as) no habían estado escolarizados y provenían de contextos rurales, que hicieron que a pesar de su edad fuera difícil vincularlos a las actividades.

El(la) paciente como sujeto activo

Desde nuestra percepción apreciamos a los(as) niños(as) como sujetos activos de conocimiento, capaces de pensar y con conceptos previos que aportaban desde sus historias personales y enriquecían la experiencia pedagógica, la cual fue intencionada y sistemática en la medida que se propiciaban espacios de reflexión y aprendizaje en los que hicimos un seguimiento al proceso de implementación de las estrategias para aproximarnos al logro de los objetivos de nuestra investigación. De este modo, el trabajo que realizamos fue crear en los(as) niños(as) no sólo un espacio distinto de estar durante su hospitalización, sino también de desarrollar actividades que de alguna manera los hicieran reflexionar sobre sí mismos, su futuro, su enfermedad, su proceso de hospitalización, las personas significativas en sus vidas, su percepción corporal, entre otros aspectos que suelen ser poco abordados en la cotidianidad. Además, desde el amor y el respeto que sentimos por los(as) niños(as), logramos acercarnos a ellos(as) de una manera afectuosa y que nos hizo significativas en las vidas de algunos(as) de los(as) niños(as) que compartieron varias tardes con nosotras.

A partir de las dos estrategias y sus variaciones pretendimos que los(as) niños(as) no fueran tratados como pacientes(entendidos como personas que por estar en el hospital sólo pueden esperar los medicamentos y procedimientos sin lugar a otro tipo de actividad como las de aprendizaje) sino como sujetos activos a pesar de estar enfermos y que podían reflexionar – desde lo cognitivo y lo emocional- sobre la realidad particular que estaban viviendo desde su enfermedad, la separación de los seres queridos y el cambio de contexto que estaba ligado no sólo a un espacio físico, sino a la ruptura de actividades cotidianas que pasaron a ser reemplazadas por dinámicas hospitalarias, porque para muchos de ellos(as) su estadía en el Hospital se prologaba por largos períodos y era necesario visitar dicho espacio recurrentemente.

Por medio de las estrategias pedagógicas, los(as) niños(as) hospitalizados(as) en las Salas de Hemato-Oncología y Nefrología Pediátricas, frente a la resiliencia lograron tener una postura

crítica y reflexiva frente a su proyecto de vida permitiéndoles una perspectiva integral de sí mismos desde sus realidades particulares, las relaciones inter e intrasubjetivas y sus dimensiones del desarrollo; percibiendo lo corporal desde las partes que han sido afectadas por la enfermedad, en la medida en que éstas se hicieron visibles por el dolor que sentían en ellas, es decir, cada una se sintió y se vio dentro de la enfermedad como síntoma de dolor y como la parte afectada que evidenciaba las consecuencias de la enfermedad y su tratamiento y expresando abiertamente su sentir y pensar respecto a su proyecto de vida, dando cuenta que son sujetos de saber con conocimientos previos y capaces de pensar.

La promoción de la resiliencia desde la cotidianidad de las Salas

Observamos que algunos(as) niños(as) que son pacientes recurrentes en el hospital, asumieron con características resilientes su enfermedad demostrando competencia social, autonomía, sentido del humor, proyección de vida a futuro y facilidad para resolver problemas, permitiendo resignificar la hospitalización, superar la adversidad, romper con las expectativas de fracaso y salir fortalecidos de la experiencia. Por ejemplo, el hecho de permanecer acompañados(as) fue un factor protector en la medida que algunos de los(as) acompañantes apoyaron a los(as) niños(as) como personas significativas que les brindaban seguridad, tranquilidad, confianza y compañía durante su hospitalización.

Además, algunos(as) ayudaban a los(as) niños(as) en el trabajo pedagógico, brindándoles compañía y sugerencias, aunque en ocasiones recibían críticas y reproches. Sin embargo hubo algunos casos en los que a pesar de haber acompañante no notamos el valor de dicha presencia en tanto a pesar de estar presentes físicamente, no aportaban elementos a los(as) niños(as) para hacer más llevadera su hospitalización. La mayoría de los(as) niños(as) que no contaban con acompañante se notaban más decaídos y desmotivados, comentaban la falta que les hacía tener a alguien familiar a su lado que los acompañara o visitara para no sentirse solos y en algunos casos el personal de limpieza y alimentación, o las enfermeras y profesoras, éramos quienes desempeñábamos este papel.

La hospitalización: de traumática a factor protector

Podemos afirmar que el carácter traumático de la hospitalización depende de la influencia de diferentes variables que en ocasiones puede convertirse en un factor protector en tanto allí contaban con los recursos necesarios para el cuidado de su enfermedad y con otros beneficios de los que no disponían en sus hogares. Uno de estos beneficios fue el trabajo pedagógico realizado con nosotras, el cual les permitía otros espacios de socialización, de formación, de comprensión de los cambios corporales y emocionales producto de su enfermedad, de reflexión sobre su proyecto de vida y de interpretación de la hospitalización desde una nueva perspectiva basada en la promoción de la resiliencia.

En cuanto a la Hospitalización, podemos decir que para algunos(as) los(as) niños(as) recién diagnosticados ésta se convirtió en un hecho traumático y adverso, porque implicó una ruptura abrupta en su estilo de vida anterior, incluyendo en su rutina diaria el consumo de medicamentos, la realización de diferentes procedimientos y sus consecuencias físicas y psicológicas; contrario a la concepción traumática de dicho evento, encontramos que para algunos(as) pacientes y sus familias la hospitalización se convirtió en un factor protector para aquellos(as) que no contaban con los recursos necesarios para el tratamiento de la enfermedad en la medida que durante su estadía en el hospital disponían de los servicios médicos adecuados, la alimentación balanceada y acorde con su dieta y algunas comodidades con las que no contaban en sus casas como televisor, juguetes, e incluso contacto con diferentes personas.

El hospital como un nuevo escenario pedagógico

Gracias al avance en el proceso de incursión de los(as) pedagogos en el ámbito hospitalario y a la implementación de las diferentes estrategias propuestas, contribuimos a la disminución de los efectos negativos de la hospitalización en tanto los(as) niños(as) participaron de las actividades, interactuaron con los(as) demás y socializaron sus experiencias. No obstante, notamos, respecto a este tema, que aún nos faltó trabajar en la continuidad de los procesos de aprendizaje académico y propiciar estrategias de vinculación entre la familia acompañante y el personal de la salud.

La planeación: de lo sistemático e intencionado a la improvisación y reconstrucción

Con base en nuestra práctica pedagógica e investigativa logramos entender la planeación como algo que si bien es sistemático e intencionado, porque requiere preparación previa y objetivos, en algunos casos fue necesario improvisar teniendo en cuenta las edades y los intereses de los(as) niños(as), sin embargo, el rango de edad no necesariamente excluía el trabajo pedagógico con los(as) más pequeños (as) sino que su participación y producciones no fueron retomadas al momento de sistematizar y analizar la información recolectada a lo largo de la investigación porque aún no tenían las habilidades de leer y escribir, no manejaban la noción de tiempo, sus habilidades motrices no favorecían las actividades, y aún no habían interiorizado el concepto de cambios corporales; y debido a la fluctuación de los(as) participantes no tuvimos oportunidad de establecer procesos pedagógicos a estos respectos. En algunas ocasiones fue necesario reconstruir lo que habíamos planeado porque las características de los(as) participantes, como consecuencia de su diversidad, no correspondían con el trabajo propuesto.

En ambas Salas, notamos que a los(as) niños(as) les agradó trabajar con materiales concretos y manipulables, disfrutaron la elaboración de manualidades, prefirieron colores, crayolas, marcadores, tizas y témperas. Cabe mencionar aquí, que el lápiz y el borrador en algunas

ocasiones no fueron buenos aliados, puesto que algunos(as) niños(as) en su afán por acercarse a la convencionalidad de los adultos y por atender a algunas sugerencias de los(as) acompañantes, afirmaron no estar haciendo bien su trabajo, no saber hacerlo o necesitar borrar constantemente afirmando que algo les quedaba malo; lo que mostraba la influencia de modelos pedagógicos tradicionales y ante lo cual nosotras reforzábamos lo positivo haciendo comentarios como *“tu puedes hacerlo”, “hazlo como tu te lo imaginas”, “no lo borres que así está bonito”, “cada uno tiene su propia forma de hacer los trabajos”*.

A partir de la implementación de las estrategias y respecto a los cambios físicos y psicológicos y el proyecto de vida (ejes temáticos del plan de atención pedagógico), encontramos que la mayoría de niños(as) las siempre las comprendieron, con lo que evidenciábamos el logro del objetivo en la forma como elaboraban sus producciones, ejecutando las instrucciones que les dábamos, notándose a partir de todo ello que los(as) niños(as) evidenciaron e interiorizaron tanto los cambios físicos como emocionales y comportamentales debidos a su enfermedad. El desempeño de los(as) niños(as) puede explicarse por la influencia de diferentes factores como su condición y disposición, los procedimientos que les eran realizados, la presencia de los(as) acompañantes, las dinámicas internas del hospital, y la implementación de la estrategia como tal. Los(as) niños(as) que no participaban lo hacían porque eran bebés, no se encontraban en las Salas porque les estaban haciendo exámenes o procedimientos, tenían visita, estaban en reposo absoluto o durmiendo, se encontraban aislados(as), o conectados(as) a máquinas de diálisis o a oxígeno.

Respecto a la estrategia *“¿Cómo me veo?”*, es de anotar que para algunos(as) niños(as) fue difícil expresar sus cambios teniendo en cuenta su desarrollo cognitivo, y en ocasiones faltó acompañamiento de nuestra parte para que las producciones dieran cuenta de dichas transformaciones y de la percepción que tienen de su esquema corporal, e igualmente, hubo momentos en los que fue difícil hacernos entender porque al parecer no comprendían el concepto de cambios corporales ni lograban identificarlos en sí mismos. Además, notamos que posiblemente por efectos de la medicación o enfermedad como tal los(as) niños(as) se notaban más lentos, se les dificultaba concentrarse y era necesario o repetirles varias veces la indicación o hacer por partes la tarea. En una ocasión, en Nefrología una niña requirió nuestro acompañamiento personalizado porque no comprendía la instrucción, y otra niña necesitó que le confirmáramos si cada paso que daba en su trabajo correspondía con lo indicado.

En cuanto a la estrategia *“Construyendo mi futuro”*, para algunos(s) niños(as) en ambas Salas fue difícil participar de esta estrategia, debido a la dificultad que presentaron para visualizar su futuro –por la complejidad mental que implicaba la construcción de espacio y tiempo- fue fundamental un acompañamiento personalizado por parte nuestra, quienes los/as ubicábamos paulatinamente en las nociones de pasado, presente y futuro desde ejercicios a corto plazo (*¿qué quieres hacer cuando salgas del hospital?*) hasta ejercicios a largo plazo (*¿qué quieres ser cuando seas grande?*). Para algunos(as) niños(as) fue difícil pensar acerca de su proyecto de vida, pues fue una pregunta que no se habían formulado anteriormente o debido a la fase

de su enfermedad no lograban visualizarse hacia el futuro; en este último caso se evidenció cómo la cercanía a la muerte inhibía el deseo por pensar la vida.

A través de la implementación de esta estrategia evidenciamos que en algunos casos para los(as) niños(as) de Nefrología, el personal de la salud influyó notablemente en su elección en el campo profesional en el cual deseaban incursionar en el futuro afirmando que querían ser doctores/as o enfermeros/as pues reconocían la importancia de la labor que estas personas realizaban para mejorar la calidad de vida de los pacientes. En otros casos, ellos(as) expresaron su deseo de ser profesores/as de las áreas en las que mejor se desempeñaban en las instituciones educativas a las que asistían y defendieron la importancia de que los(as) pedagogos(as) incursionen en el ámbito hospitalario, pues valoraban y disfrutaban el trabajo que realizábamos con ellos(as).

6. LECCIONES APRENDIDAS

Por medio de este proyecto y de las diferentes experiencias que día a día construíamos con los(as) participantes aprendimos que la hospitalización no puede ser negada, sino que debe ser percibida como una realidad que es preciso enfrentar para proteger la salud de el(la) niño(a), promover su bienestar y mejorar su calidad de vida. Además, reconocimos que los(as) niños(as) de las Salas están enfermos(as), pero que esto no anula que sigan siendo niños(as), que sueñan, que ríen, que quieren jugar, que quieren ir a la escuela, que quieren tener amigos(as) y poder ir a sus casas con su familia. A pesar de la adversidad el hospital puede ser un factor protector, con los(as) niños(as) que están allí pueden propiciarse experiencias pedagógicas que les ayuden a dinamizar su hospitalización y que les generen aprendizajes significativos, es necesario explicarles a ellos(as) y a sus familias todos los procedimientos, por rutinarios o sencillos que parezcan, para evitar confusiones y temores.

De igual manera, los aprendizajes adquiridos nos llevaron a convencernos de que no existen procesos perfectos, que un error no es sinónimo de tragedia, que toda experiencia por más aterradora y extraña que parezca siempre tiene algo que enseñarnos, que incluso el detalle más insignificante puede marcar la diferencia. Esta experiencia transforma y el trabajo realizado con los(as) niños(as) nos permitió no sólo acercarnos a diferentes realidades, sino también reconocer que cada niño(a) son únicos(as), con características, intereses, necesidades, ritmos de aprendizaje, estilos cognitivos e historias de vida distintas. Además, podemos afirmar que la experiencia de hospitalización es un proceso complejo que va más allá del dolor, la cercanía con la muerte, la separación de los seres queridos y la ruptura con las dinámicas cotidianas para inscribirse en una experiencia de aprendizaje, una experiencia que transforma incluso al más escéptico.

Desde esta perspectiva, nuestra investigación fue un proceso de arduo trabajo que comprendió diferentes fases que se retroalimentaron y confrontaron permanentemente, teniendo en cuenta las voces de los(as) participantes (niños, niñas, investigadoras e indirectamente acompañantes y personal de la sala) y las dinámicas del centro hospitalario, considerando que el trabajo que hicimos con los(as) niños(as) se puede mejorar.

En la etapa de cierre, donde culminó el proceso, nos dimos cuenta que el tiempo pasó como un abrir y cerrar de ojos, y que para nosotras llegó la hora de cerrar las ventanas de nuestra investigación: porque aún las puertas siguen estando abiertas para las nuevas maestras en formación que vayan a construir en el Hospital sus prácticas de investigación.

Limitaciones

En el transcurso de la investigación se nos presentaron diferentes obstáculos que dificultaron el diseño, implementación y evaluación del proceso, estos obstáculos nos llevaron en reiteradas

ocasiones a replantear el trabajo y despertaron en nosotras sentimientos de angustia, confusión e incluso desesperación.

Al inicio del Proyecto de Práctica Pedagógica, no teníamos la suficiente fundamentación teórica y metodológica que nos acreditara como investigadoras, motivo por el cual fue necesario recurrir a diferentes fuentes de información que nos dieran las bases para comenzar a elaborar nuestra propuesta; dicho proceso fue complejo, pues no bastaba con tener los textos en nuestras manos o seguir los consejos de la asesora sino que fueron necesarias largas jornadas de estudio, debate, escritura y re-escritura, a través de las cuales logramos consolidar el equipo de trabajo, ampliar nuestros conocimientos y adquirir las herramientas necesarias para iniciar el camino hacia la investigación.

Posteriormente, al momento de implementar las estrategias en ambas Salas, no contábamos con los recursos necesarios para llevar un registro visual y auditivo de las sesiones de intervención, esto hizo que algunas de las voces y producciones de los(as) participantes no pudieran ser rescatadas al momento de sistematizar y analizar la información, dicha limitación en cuanto a recursos tecnológicos hizo que se perdieran aspectos valiosos que podían enriquecer nuestro trabajo.

De igual manera, si bien es cierto que teníamos conocimiento de que los(as) participantes provenían de diversas regiones del país y poseían características particulares, en algunas ocasiones fue difícil llevar a cabo la propuesta, pues no sabíamos comunicarnos con personas con discapacidades auditivas, pertenecientes a comunidades indígenas o que no hablaban español, esto nos llevó a ser más conscientes de la diversidad cultural y a reconocer la necesidad de propiciar espacios de aprendizaje desde y para la diferencia.

Además, el hecho de trabajar con niños(as) que poseían diferentes grados de escolaridad y se encontraban en distintos niveles de desarrollo, hizo que replanteáramos nuestra labor pedagógica en la medida en que fue necesario pensar cuál era la mejor estrategia para ayudarles a comprender las instrucciones y facilitar su proceso de aprendizaje sin presentarles actividades que estuvieran fuera de su alcance o subvaloraran sus capacidades.

Respecto a las dinámicas hospitalarias podemos mencionar que existieron diferentes factores que impidieron que en algunas ocasiones propiciáramos las experiencias pedagógicas, en el caso particular de la Sala de Hemato-Oncología se presentó un período de cuarentena que nos obligó a suspender el trabajo con los(as) niños(as) por un mes y en el caso de Nefrología en dos ocasiones no pudimos llevar a cabo las estrategias pedagógicas porque los(as) pacientes que se encontraban hospitalizados(as) eran bebés (menores de 1 año), estaban aislados o bajo efectos de anestesia. Además, en algunas ocasiones, los tratamientos a los que eran sometidos los(as) niños(as) incidían en su desempeño y participación en las estrategias, pues se les dificultaba concentrarse en la tarea, permanecer en un lugar o seguir el ritmo de trabajo de sus

demás compañeros(as), esto hizo que en algunas ocasiones el acompañamiento pedagógico fuera más personalizado, de tal manera que les pudiéramos explicar paso a paso las instrucciones y estar atentas a su estado de salud.

Durante la implementación de las estrategias y como característica propia de las dinámicas de las Salas, era frecuente que el personal de la salud interrumpiera el trabajo pedagógico para suministrar medicamentos, revisar a los(as) niños(as) o tomar su presión, esto en algunas ocasiones los(as) distraía, afectaba su disposición frente al trabajo o los(as) hacía retirarse de la sesión.

Así mismo, en el transcurso de nuestra experiencia de investigación nos dimos cuenta que para algunos(as) acompañantes y personas del centro hospitalario nuestra labor era percibida como un acto recreativo enfocado al esparcimiento y a “entretener” a los(as) niños(as), de esta manera, se evidenciaba un desconocimiento de la fundamentación pedagógica de nuestras estrategias, para cambiar dicha percepción creamos estrategias de divulgación donde los(as) participantes –directos e indirectos- tuvieron la posibilidad de conocer nuestra propuesta y darnos sus comentarios al respecto.

Otra dificultad que se presentó en la investigación, fue que a lo largo de las sesiones la presencia de algunos(as) acompañantes resultó contraproducente, especialmente cuando sus comentarios se centraban en la crítica o el regaño y no motivaban a los(as) niños(as) a realizar sus producciones, haciéndolos(as) dudar de sus capacidades y retirarse prematuramente de la actividad. De la misma manera, durante el proceso de sistematización y análisis de la información, nos dimos cuenta que algunos de los registros en el Cuaderno de Historias no habían sido debidamente diligenciados, pues no presentaban en detalle lo ocurrido en la sesión desde el registro de las producciones y las voces de los(as) niños(as), lo anterior se debió a la falta de experiencia como investigadoras.

A partir de lo mencionado, podemos decir que nuestra investigación estuvo marcada por procesos de confrontación y superación de obstáculos, que más que desmotivarnos o desequilibrarnos física, mental y emocionalmente, nos sirvieron para reflexionar sobre nuestro que hacer pedagógico, la labor realizada al interior de las Salas y la incursión en el campo profesional, de esta manera, reconocemos nuestro Proyecto de Práctica Pedagógica como una experiencia de transformación personal, académica y profesional, que no sólo pasó por el discurso sino también por el cuerpo y la vida de cada uno(a) de sus participantes.

Recomendaciones

Es así como a las próximas maestras que vengan a hacer sus prácticas en este lugar, les aconsejamos no perder la sensibilidad ante los(as) niños(as), porque son ellos(as) quienes

necesitan que en estos momentos difíciles, lleguemos a comprenderlos, a escuchar sus voces, a reconocerlos y a visibilizarlos como seres que sienten y que sus vidas hay que nutrirlas constantemente. Además les sugerimos no tener miedo de involucrarse con los(as) niños(as) más allá de lo pedagógico, porque eso puede ser lo que marque la diferencia.

También les recomendamos realizar actividades llamativas para los niños(as), puesto que se encontrarán con algunos(as) que pueden estar desanimados y desalentados y el impacto de la estrategia es lo que hará que el niño(a) se quede trabajando o se vaya para su habitación. Por esto, es también importante variar las estrategias y el material para dinamizar el trabajo. Igualmente tener en cuenta actividades para todo tipo de edades, porque si se piensa en un rango de edad específico habrá niños(as) que no podrán trabajar.

Las maestras también tienen que tener en cuenta que la falta de escolarización de los niños(as) influye en sus procesos cognitivos y les dificulta la comprensión y ejecución de algunas indicaciones, por ello, es necesario explicar la instrucción hasta que los(as) participantes logren entender de qué se trata la actividad.

La última observación que les hacemos, es realizar unos criterios claros, precisos y descriptivos de la sistematización de la información en los registros del Cuaderno de Historias o del Diario Pedagógico, pues en el momento de realizar los informes, será una herramienta valiosa de análisis si se ha tenido en cuenta la descripción detallada de lo ocurrido en las sesiones de trabajo, las producciones y las voces de los(as) participantes.

Al personal médico de cada Sala, le recomendamos que modifiquen la lectura que hacen de los(as) niños(as) como pacientes, y que los vean como seres activos que pueden aprender y transformar sus pensamientos. Además, que reconozcan que la hospitalización puede ser un espacio de aprendizaje y producción de conocimientos para ellos(as). También le recomendamos a los médicos y enfermeras que en algunos casos, antes de cada cirugía o procedimiento que vayan a hacerle a los(as) niños(as), es necesario explicárselos así como a sus familias para evitar temores ante una situación que desconocen, pues como dice Brazelton (1989) "para un niño es mucho más terrible la sensación de lo desconocido e inesperado, que el miedo ante un dolor para el que ya está preparado". De este modo, sería también importante incluir a las pedagogas en la explicación que se hace a los(as) niños(as) de su diagnóstico, para que estos(as) lleguen a comprender y a tomar las noticias de forma menos dolorosa, porque ellas cuentan con la formación académica necesaria para dirigirse a los(as) niños(as) y explicarles los procesos.

Por otro lado, en algunas ocasiones la presencia de los(as) acompañantes durante el desarrollo de las actividades, era negativa, en la medida que interfirieron en el trabajo de los(as) niños(as) haciendo críticas, sugerencias y preguntas que los(as) desanimaban, y en ocasiones los hacían dudar de sus capacidades e interrumpían el desarrollo adecuado de la actividad, por ello, es

necesario trabajar también con los padres haciendo talleres o charlas, donde se les informe sobre temas de interés y se les hagan sugerencias con este tipo de trabajos. Para la mayoría de los(as) niños(as) que padecen estas enfermedades, la familia tiene un papel muy importante en la mejora de su estadía en el hospital, puesto que la presencia de personas significativas favorece el restablecimiento de su equilibrio, brindándoles confianza, apoyo, tranquilidad y seguridad.

Además, para todos(as) los que están presentes en el ámbito hospitalario, es fundamental involucrar activamente a las diferentes personas que están en contacto permanente con los(as) niños(as), de manera tal que se logre dar continuidad a los procesos de aprendizaje, se expanda la propuesta y ante todo se vele por el bienestar de los pequeños(as).

BIBLIOGRAFÍA

REFERENCIADA

Hospitalización

Cordíe, A. (2004). *Doctor ¿Por qué nuestro hijo tiene problemas?*. Buenos Aires: Editorial Nueva visión.

Fresno, C. (1996). Sistemas de atención en salud. Recuperado el 15 de noviembre de 2006, de http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol22_1_96/spu05196.htm.

Ullan, A. M. (2004). Humanización de la hospitalización pediátrica: la calidad de las atenciones psicosociales de los niños hospitalizados. Recuperado el 15 de noviembre de 2006, de <http://www.sanidad.jcyl.es/sanidad/cm/profesionales/imagenes?>.

Pedagogía y Pedagogía Infantil

Lejarraga, H. (2004). *Desarrollo del niño en contexto*. Argentina: Paidós.

Planchard, Emile (1986). Complejidad y unidad de la pedagogía. En su: Orientaciones actuales de la pedagogía. Editorial Troquel. Buenos Aires.

Posada, D. M. (1999). *Requerimiento de la acreditación previa para los programas de formación de maestros "Licenciatura en Pedagogía Infantil"*. Medellín: Universidad de Antioquia.

Zuluaga, Olga.(1987). Una epistemología histórica de la pedagogía: El trabajo de Olga Lucía Zuluaga. Universidad de Antioquia

Salud, Enfermedad y Hospitalización

Brazelton, T. (1989). Prestar atención al niño hospitalizado. Plaza & Janes (Eds.), En *El arte de escuchar al niño: como entender los problemas normales de la infancia*. (pp 237-253). Bogotá: Norma.

Concepto De Salud. (s.f). Recuperado el 5 de 2006, de <http://www.minproteccion-social.gov.co> .

Mariño, Hernández. (2002). Citado por DÍAZ, Margarita y MOLINA, Wilmer. El concepto de Salud- Enfermedad: Una construcción de la vida cotidiana. En: *BROCAL. Revista de las Ciencias Humanas y de la Salud*. Vol. N° 4, N° 8, Julio-Diciembre 2004. Universidad de San Buenaventura, Cartagena.

Organización Mundial De La Salud [OMS], (1999). *Alivio del dolor y tratamiento paliativo en el cáncer infantil*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Perfil Del Profesional En Medicina. (s.f). Recuperado el 5 de junio 2006, de <http://sanmartinbaq.edu.co>.

Perfil Del Profesional En Medicina. (s.f). Recuperado el 5 de junio 2006, de <http://www.upb.edu.co>.

Perfil Del Profesional En Medicina. (s.f). Recuperado el 5 de junio 2006, de <http://www.remington.edu.co>.

Pedagogía Hospitalaria

Aldana, D, Alfonso, M.P, Cárdenas, O, Gómez, Á, Jaramillo, A, Mancera, L et al (s.f). *Pedagogía Hospitalaria*. Recuperado el 5 de octubre 5 2005, de http://www.fum.edu.co/institucional/virtualFUM/programas/preescolar/ped_hospitalaria/taler1/incio.htm.

- Doval, M. I. (s.f). Claves y tendencias actuales de la Pedagogía Hospitalaria. *Revista de Educación, Desarrollo y Diversidad*. 5 (2). Recuperado el 9 de noviembre 2005, de <http://www.aedes-nacional.com/a1r7.html>.
- Garibay, B. (s.f). *Educación centrada en experiencias de aprendizaje: un enfoque empírico en ingeniería electrónica*. De la praxis a la teoría. Recuperado el 21 de noviembre de 2006, de <http://educacion.jalisco.gob.mx/consulta/educar/12/12Berth.html>.
- Grau, C. (2001). La Pedagogía Hospitalaria. *Revista Galega Do Ensino*, 2 (32), 169-182 .
- Larrosa, J. (1998). *La experiencia de la lectura: estudios sobre literatura y formación*. Barcelona: Laertes S.A.
- Larrosa, J. (2003). *Entre las lenguas: lenguaje y educación después de Babel*. Barcelona: Laertes S.A.
- Ochoa, B, Sobrino, Á & Lizasoán, O. (1999). Recursos materiales de la pedagogía hospitalaria en Europa. *Revista Aula Abierta*, 7, 209-221.
- Serradas, M. (2003). La pedagogía hospitalaria y el niño enfermo: un aspecto más en la intervención socio familiar. *Revista de pedagogía*, 71, 447 – 473.
- Serradas, M. (2003-a). Asistencia Pedagógica en la hospitalización infantil Una aproximación a la pedagogía hospitalaria. *Revista ciencias de la educación*. Recuperado en abril 17, 2006 disponible en <http://servicio.cid.uc.edu.ve/educacion/revista/a3n21/face21-2.pdf>
- Serradas, M. (2006). *La música como medio de expresión del niño hospitalizado*. Recuperado el 17 de abril 2006, de <http://www.saber.ula.ve/db/ssaber/Edocs/pubelectronicas/educere/vol10num32/articulo3.pdf>

Servicios Hospital General De Medellín Luz Castro. (s.f). Recuperado el 6 de junio 2006, de <http://www.hgm.gov.co>

Resiliencia

Badilla, M. H. (1999). Para comprender el concepto de resiliencia. *Revista Costarricense de trabajo social*, 9, 22-27.

Basile, H. (2002). Fortaleza a partir de la crisis. *Revista Conceptos. Año 77 # 1*, 17 – 26.

Grotberg, E. (1996). Guía de promoción de la resiliencia en los niños para fortalecer el espíritu humano. La Haya: Fundación Bernard Van Leer.

Kotliarenco, M. A, Cáceres, I & Fontecilla, M. (1997). Estado del arte en resiliencia. Recuperado el 21 de agosto 2005, de <http://www.resiliencia.cl/resilien.htm>

Lamas, H & Lara, M. (1998). Sobre el concepto de resiliencia. *Revista Educación*, 93, 12-13.

Parral, J, Contreras, M, Bonsignore, A & Schust, J. (s.f). Resiliencia: sus claves generadoras.

Puerta, M. P. (2002). *Resiliencia: la estimulación de los niños para enfrentar desafíos*. Buenos Aires: Grupo editorial Lumen.

Puerta, M. P. (2005). Resiliencia. En Posada, Á Gómez, J. F & Ramírez, H. (Eds). *El niño sano* (pp. 97 -109). Bogotá: Médica Panamericana.

Proyecto de Vida

D'angelo, O. (1994). *Proyecto de Vida como categoría básica de interpretación de la identidad individual y social*. Recuperado el 15 de mayo 2006, de <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/cuba/angelo8.rtf>

Posada, Á, Gómez, J. F & Ramírez, H. (2001). Proyecto de vida. La crianza humanizada. Volumen 6, N°7. 1.

Percepción Corporal

Ministerio De Educación Nacional [MEN]. (1998). *Lineamientos Curriculares Generales*. Colombia. Recuperado el 20 de marzo de 2006, de <http://www.mineducacion.gov.co/1621/channel.html>

Ministerio De Educación Nacional [MEN], (s.f) *Indicadores de Logros Curriculares – Hacia una Fundamentación*. Recuperado el 20 de marzo de 2006, de <http://www.mineducacion.gov.co/1621/channel.html>

Didáctica de la Lectura y la Escritura

Hurtado, R. D. (s.f). *Didáctica de la lectura y la escritura*. Manuscrito no publicado.

Hurtado, R. D, Serna, D. M & Sierra, L. M. (2000). *Escritura con sentido: Estrategias pedagógicas para mejorar la producción textual*. Medellín: Escuela Normal Superior María Auxiliadora de Copacabana.

Hurtado, R. D, Serna, D. M & Sierra, L. M. (2001). *Lectura con sentido: Estrategias pedagógicas para mejorar la comprensión textual*. Medellín: Escuela Normal Superior María Auxiliadora de Copacabana.

Hurtado, R. D, Serna, D. M & Sierra, L. M. (2003). *Lectura y escritura en la infancia: Estrategias pedagógicas para facilitar su construcción*. Medellín: Escuela Normal Superior María Auxiliadora de Copacabana.

Diseño Metodológico

Guba, E & Lincoln, Y. (1994) *Handbook of Qualitative Research*, Norman Denzin & Yvonna Lincoln, eds., Thousand Oaks, Ca. Sage. Trad.: Anthony Sampson.

Woods, P. (1998) El maestro etnógrafo. En W. Paidós y M.E.C (Ed). *En La Escuela por Dentro: La Etnografía en la investigación Educativa*. (p.p 15 – 29). Barcelona: Paidós.

COMPLEMENTARIA

Pedagogía y Pedagogía Infantil

Berk, L. (2004). *Desarrollo del niño y del adolescente*. (4ta edición). Madrid: Prentice Hall Pearson.

Salud, Enfermedad y Hospitalización

De La Cuesta, C. Compiladora (1999) *Salud y enfermedad. Lecturas básicas en sociología de la medicina*. Medellín: Universidad de Antioquia.

Díaz, M & Molina, W. (2004). El concepto de Salud- Enfermedad: Una construcción de la vida cotidiana. *Revista de las Ciencias Humanas y de la Salud*, 8, 14-16.

Pedagogía Hospitalaria

Alves, M, Ortiz, M D C; Serradas, M. (2004). El método eduterapéutico como estrategia de apoyo al niño hospitalizado. *Revista de Educación*, 335, 229-245.

Serradas, M. (s.f). Asistencia Pedagógica en la hospitalización infantil. Una aproximación a la pedagogía hospitalaria. *Revista ciencias de la educación*. Universidad de Carabobo. FACE.

Percepción Corporal

Harf, R, Kalmar, D & Wiskitski, J. (1998). La expresión corporal va a la escuela. *Artes y escuela: Aspectos curriculares y didácticos de la educación artística*. (pp.209-256). Argentina: Paidós.

Papalia, D & Wendkos, S. (1997). *Psicología del Desarrollo*. (7ma edición). Bogotá: McGraw-Hill.

Percepción Corporal. Recuperado el 21 de agosto 2006, de <http://www.uhu.es/65111/temas/tema41ma.htm>

Villa, M. E. (1998). *El cuerpo. Relatos autobiográficos del cuerpo: Una experiencia con maestros y maestras de Medellín*. Barcelona: Editorial Universidad de Barcelona.

Anexo B Formato de asistencia niños(as)



Facultad de Educación
Licenciatura en Pedagogía Infantil



AULA
LÚDICO PEDAGÓGICA
HUSVP

- Fecha:
- ¿Cuál es tu nombre?
- ¿Cuántos años tienes?
- ¿Dónde vives? ¿Con quién vives?
- ¿Quién te acompaña cuando estas hospitalizado?
- ¿Estas estudiando? ¿En qué grado estas?
- ¿Qué es lo que más te gusta hacer?
- ¿Qué es lo que más te gusta cuando estas hospitalizado?
- ¿Qué es lo que menos te gusta de estar hospitalizado?
- En este espacio puedes dibujar o escribir acerca de tu experiencia en el hospital

Anexo C Formato evaluación



FACULTAD DE EDUCACIÓN

LIC. PEDAGOGÍA INFANTIL



AULA LÚDICO
PEDAGÓGICA
HUSVP

- ❖ Fecha:

- ❖ Mi nombre es:

- ❖ Lo que más me gustó de la actividad:

- ❖ Lo que menos me gustó de la actividad:

- ❖ Lo que aprendí de la actividad:

- ❖ Lo que me gustaría hacer en otra actividad:

Anexo D Estrategia ¿Cómo me veo?

Estrategia	Procedimiento	Objetivo	Lugar	Instrumentos	Indicador de logro
¿CÓMO ME VEO?	<p>-Las maestras mostraran a los niños fotos que evidencien los cambios y transformaciones que han tenido a lo largo de su vida.</p> <p>- Cada niño/a realizará un dibujo donde represente el antes y el después de su enfermedad.</p> <p>-Cada niño diligenciará un formato en el que evaluará la actividad realizada.</p>	<p>Comprender los cambios corporales y psicológicos que afrontan los niños durante su proceso de hospitalización.</p>	<p>Salas de Oncología y Nefrología del HUSVP; tres veces por semana, con una intensidad de una hora treinta minutos.</p>	<p>-Formato de asistencia y de caracterización socio-demográfica de los niños.</p> <p>-Cuaderno de historias</p> <p>-Diario pedagógico.</p> <p>-Formato de evaluación.</p> <p>-Carpeta con las producciones de los niños.</p>	<p>-Escucha atentamente la historia de vida de las maestras en formación.</p> <p>-Expresa sus sentimientos frente a los cambios producidos por su enfermedad y su hospitalización.</p> <p>-Representa su esquema corporal teniendo en cuenta los cambios producidos por la enfermedad y el tratamiento.</p>

Anexo E Variaciones Estrategia ¿Cómo me veo?

Estrategia	Variación 1	Variación 2	Variación 3	Instrumentos
<p>¿CÓMO ME VEO?</p>	<p>-Las maestras en formación se presentarán ante los niños/as contándoles quiénes son y que hacen. -Lectura de cuento alusivo a los cambios corporales. -Cada niño/a elaborará un títere a través del cual dramatizará sus experiencias y sentimientos frente a los cambios generados por la hospitalización y la enfermedad. -Cada niño diligenciará un formato en el que evaluará la actividad realizada.</p>	<p>-Las maestras en formación se presentarán ante los niños y niñas contándoles quiénes son y que hacen. -Cada niño/a le escribirá una carta a un desconocido describiéndose físicamente. -Cada niño diligenciará un formato en el que evaluará la actividad realizada.</p>	<p>-Las maestras en formación se presentarán ante los niños y niñas contándoles quiénes son y que hacen. -Cada niño diligenciará un formato en el que evaluará la actividad realizada.</p>	<p>-Formato de asistencia y de caracterización socio-demográfica de los niños. -Cuaderno de historias -Carpeta con las producciones de los niños. -Formato de evaluación.</p>

Anexo F Estrategia Construyendo mi futuro

Estrategia	Procedimiento	Objetivo	Lugar	Instrumentos	Indicador de logro
CONSTRUYENDO MI FUTURO	<p>-Presentación de las maestras en formación con los niños y las niñas.</p> <p>-Experiencia de las maestras, pasado (qué querían hacer), presente (qué hacen) y futuro (qué quieren llegar a ser).</p> <p>-Juego de ruleta con preguntas relacionadas a las personas, los objetos, los gustos y los recuerdos más significativos para los niños y las niñas. (ver listado de preguntas)</p> <p>- Escribir su proyecto de vida, qué quieren ser cuando sean más grandes y por qué. Dibujar cómo se visualizan más grandes.</p> <p>- Cada niño y niña diligenciará el formato de evaluación para la actividad realizada. (Ver formato)</p>	<p>Indagar las percepciones que tienen los niños y las niñas acerca de su futuro, para que a partir de ello construyan su proyecto de vida.</p>	<p>Salas de Oncología y Nefrología del HUSVP; tres veces por semana, con una intensidad de una hora treinta minutos.</p>	<p>-Formato de asistencia y de caracterización socio-demográfica de los niños.</p> <p>-Cuaderno de historias</p> <p>-Diario pedagógico.</p> <p>-Formato de evaluación.</p> <p>-Cuadernillo "Construyendo mi futuro"</p>	<p>- Reconoce qué es un proyecto de vida.</p> <p>- Tiene en cuenta su historia de vida para proyectarse a futuro.</p> <p>- Reconoce la importancia de las redes de apoyo para la construcción y ejecución de su proyecto de vida.</p>

Anexo G Variaciones Estrategia Construyendo mi futuro

Estrategia	Variación 1	Variación 2	Variación 3	Instrumentos
CONSTRUYENDO MI FUTURO	<p>-Las maestras en formación se presentarán ante los niños/as contándoles quiénes son y que hacen.</p> <p>-Cada niño/a dibujará el árbol que representa su proyecto de vida.</p> <p>-Los niños/as socializarán sus producciones.</p> <p>-Cada niño diligenciará un formato en el que evaluará la actividad realizada.</p>	<p>-Las maestras en formación se presentarán ante los niños y niñas contándoles quiénes son y que hacen.</p> <p>-Cada niño/a representará lo que quiere para su futuro utilizando imágenes de revista.</p> <p>-Los niños/as socializarán sus producciones.</p> <p>-Cada niño diligenciará un formato en el que evaluará la actividad realizada.</p>	<p>-Las maestras en formación se presentarán ante los niños y niñas contándoles quiénes son y que hacen.</p> <p>-Cada niño/a escribirá lo que quiere para su futuro (trabajo, familia, viajes, propiedades...)</p> <p>-Los niños/as socializarán sus producciones.</p> <p>-Cada niño diligenciará un formato en el que evaluará la actividad realizada.</p>	<p>-Formato de asistencia y de caracterización socio-demográfica de los niños.</p> <p>-Cuaderno de historias</p> <p>-Cuadernillo individual.</p> <p>-Formato de evaluación.</p>

7. ARTÍCULO DIVULGATIVO

EL HOSPITAL COMO UN NUEVO ÁMBITO DE QUEHACER PEDAGÓGICO

AUTORAS: Yadira Henao Valencia. Alexandra Londoño Londoño. Yuly Madrid Ortega. Erika Moreno Cadavid¹.

ASESORA: Colombia Hernández Enríquez².

RESUMEN

En este artículo presentamos los hallazgos de una Práctica Pedagógica Investigativa realizada por cuatro maestras en formación de Licenciatura en Pedagogía Infantil, al interior de una línea de investigación en Resiliencia (capacidad para enfrentar adversidades de manera exitosa). Por medio de la práctica buscamos identificar los aportes de dos estrategias pedagógicas denominadas *¿Cómo me veo?* y *Construyendo mi futuro*, orientadas a potenciar la hospitalización de un grupo de niños(as) 4 a 12 años de edad, hospitalizados en las Salas de Hemato-Oncología y Nefrología Pediátrica del Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín, como una experiencia enriquecedora de aprendizaje. Nuestra experiencia en el ámbito de la pedagogía hospitalaria, generó seis hallazgos fundamentales, relacionados con una nueva concepción del

¹ Yadira Henao Valencia. Estudiante de Licenciatura en Pedagogía Infantil de la Universidad de Antioquia. yadirahenao@yahoo.es
Alexandra Londoño Londoño. Estudiante de Licenciatura en Pedagogía Infantil de la Universidad de Antioquia. alelo2012@yahoo.es
Yuly Madrid Ortega. Estudiante de Licenciatura en Pedagogía Infantil de la Universidad de Antioquia. yuly_madrid@yahoo.es
Erika Moreno Cadavid. Estudiante de Licenciatura en Pedagogía Infantil de la Universidad de Antioquia. erikamoc84@yahoo.com

² Colombia Hernández Enríquez. Docente vinculada Universidad de Antioquia. colombia_hernandez@yahoo.com

niño(a) hospitalizado(a), la incursión del Pedagogo(a) Infantil en ámbitos sociales distintos a la escuela y al Hospital como un ámbito para promover la resiliencia.

Palabras claves: Pedagogía Infantil, Hospitalización Infantil, Promoción de la Resiliencia, Estrategias Pedagógicas, Proyecto de Vida, Percepción Corporal.

ABSTRACT

In this article we present the results of a research made by four teachers toward a Degree in Children's Pedagogy, as a product of our Project of Pedagogical Practice, registered in the research line in Resilience (capacity to confront adversities in a successful way). Through this practice we tried to identify the contributions of two pedagogical strategies called "*¿how do I see myself?*" and "*building my future*" that were oriented to promote the hospitalization process of a group of children from 4 to 12 years old in the rooms of Hemato-Oncology and Pediatric Nephrology of the University Hospital *San Vicente de Paúl* from Medellín, as an enriching experience of learning. This experience generated six fundamental findings about a new conception of the hospitalized child, the incursion of the Infantile Educator into other spheres of society different to the school, and the hospital as a scene to promote resilience.

Key words: Children's pedagogy, Children's Hospitalization, Promotion of Resilience, Pedagogical Strategies, Project of Life, Corporal Perception.

EL HOSPITAL COMO UN NUEVO ÁMBITO DE QUEHACER PEDAGÓGICO

Las reflexiones que presentamos en este artículo fueron fruto de un Proyecto de Práctica Pedagógica Investigativa, realizado por cuatro pedagogas infantiles en formación, el cual estuvo orientado a propiciar que un grupo de 43 niños y 43 niñas, de 4 a 12 años de edad, hospitalizados(as) en las Salas de Hemato-Oncología y Nefrología Pediátrica del Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín, participaran de experiencias enriquecedoras de aprendizaje. La práctica giró en torno a dos estrategias pedagógicas denominadas **¿Cómo me veo?** y **Construyendo mi futuro**, cuyos objetivos fueron propiciar que los(as) niños(as) comprendieran los cambios corporales y psicológicos afrontados durante su hospitalización e indagar sus percepciones sobre su futuro para ayudarles a esbozar algunos aspectos ligados a su proyecto de vida.

Realizamos la práctica entre Mayo del 2005 y Noviembre del 2006, y su objetivo general fue identificar los aportes de la implementación de las dos estrategias pedagógicas mencionadas para convertir la hospitalización de estos niños y niñas en una experiencia enriquecedora de aprendizaje. Nuestra propuesta constituyó un esfuerzo por atenuar la connotación negativa y traumática que desde años atrás se ha conferido a la hospitalización, en tanto ella ha implicado una ruptura forzosa y frecuentemente dolorosa de los ritmos habituales de vida, pues tal como lo plantea Cordié, A (2004) la enfermedad y la hospitalización no sólo son una

agresión corporal o física que se inscribe en un diagnóstico y un tratamiento, sino que también dejan huellas en el psiquismo, más aún si existe un riesgo de muerte, generando desesperación, depresión, pérdida de control y culpabilidad.

Dicha connotación se acentúa en el caso de los(as) pacientes pediátricos(as), en la medida en que ellos(as), en muchos ámbitos, se asocian con la alegría, el juego y la vida familiar y escolar, aspectos fuertemente afectados por la hospitalización, especialmente cuando ésta es prolongada y se ofrece en contextos lejanos o muy distintos al medio de vida escolar de el(la) niño(a) o cuando ocurre en países como el nuestro, donde aún predominan los sistemas escolares que requieren un alto porcentaje de presencialidad.

Apoyamos nuestra propuesta en actividades de lectura, escritura y expresión gráfico-plástica, en la medida en que estas modalidades resultaban cercanas a gran parte de los niños y niñas, eran susceptibles de ser adecuadas a sus condiciones de salud, a las recomendaciones médicas y del contexto hospitalario, y eran, ante todo, formas muy favorables de propiciar la expresión y elaboración de sus vivencias actuales.

De este modo, concebimos el hospital como un nuevo ámbito pedagógico, a través del cual los(as) niños(as) hospitalizados pueden no sólo aprender, sino enriquecer y dinamizar el trabajo pedagógico desde sus historias de vida, las

situaciones particulares que afrontan y la manera como enfrentan las adversidades. Este ámbito nos permitió ampliar nuestro campo de acción reconociendo que la labor pedagógica debe trascender las paredes de la escuela, pues de acuerdo con Garibay, B (s.f.) (citando a Good, 1973), toda experiencia es susceptible de ser transformada en una experiencia de aprendizaje, siendo definida –experiencia de aprendizaje- como una actividad intencional, cuyo propósito es producir un aprendizaje significativo, el cual puede ocurrir en diversos ámbitos, dentro y fuera de la escuela; es decir, cualquier situación o acontecimiento puede generar en el sujeto procesos de transformación de esquemas previos y adquisición de nuevas habilidades, conceptos y destrezas que le ayudarán a otorgarle sentido y valor a la vida y a las diversas situaciones que ésta propicia, desde un encuentro con el otro que lo reta, lo desestabiliza y lo forma.

Es así, como para lograr nuestros propósitos contamos con una fundamentación teórica y metodológica a través de la cual consolidamos nuestra formación como maestras e investigadoras y tuvimos un acercamiento no sólo a la temática abordada, sino también a la pregunta que guió nuestra investigación.

¿EN QUÉ REFERENTES TEÓRICOS NOS BASAMOS?

Nuestro proyecto se enmarcó en siete conceptos generales y tres conceptos específicos. A nivel general, retomamos conceptos como Pedagogía y Pedagogía

Infantil, marco disciplinar desde el cual estamos formadas; Salud, Enfermedad y Hospitalización, ámbito en el cual se inscribió nuestra propuesta; Pedagogía Hospitalaria, rama de la Pedagogía que busca minimizar los efectos traumáticos de la hospitalización y darle continuidad a los procesos académicos; y la Resiliencia, en tanto los(as) niños(as) con quienes realizamos nuestro trabajo, enfrentaban una situación adversa, que ponía en riesgo su salud y su vida.

A nivel específico, nos basamos en tres conceptos: Proyecto de Vida, en tanto creíamos que pese al riesgo de muerte que enfrentaban los(as) niños(as), era posible generar con ellos(as) expectativas de vida a corto, mediano y largo plazo; la Percepción Corporal en la medida en que la enfermedad generó cambios físicos y psicológicos que debieron ser identificados, asumidos y entendidos por los(as) niños(as). La Didáctica de la Lectura y la Escritura y la Expresión Gráfico-Plástica, por ser modalidades de trabajo susceptibles de ser implementadas con niños(as) en estado de salud delicado y por ser formas de expresión y elaboración de los sentimientos, las ideas y las disposiciones de los niños(as) en torno a su situación pasada, presente y futura.

Cabe resaltar, que el concepto articulador de este marco teórico fue para nosotras el concepto de Resiliencia, en tanto nos permitió trabajar con los(as) niños(as) acerca de cómo las situaciones de adversidad pueden ser un objeto de reflexión y aprendizaje que aportan enseñanzas constructivas para sus vidas y para la vida de

quienes los rodean. Pensamos que el concepto de resiliencia reconoce al ser humano como un sujeto activo, creativo, capaz de transformarse y de transformar su relación con los eventos que vive y con el entorno físico y social que lo rodea. Además, creímos que el potencial de este concepto, es aún incipiente en nuestro medio y que hacer visible esta nueva lectura de la capacidad humana, en situaciones donde tradicionalmente se ha asignado a las personas un rol pasivo, el de “paciente”, permite reorientar la perspectiva de la participación del enfermo en su propio proceso de atención y manejo de su enfermedad.

¿QUÉ METODOLOGÍA UTILIZAMOS?

Nuestra propuesta estuvo guiada metodológicamente desde la investigación cualitativa a través de la cual pretendimos explorar, describir y comprender la realidad de los(as) participantes; estuvo articulada desde un paradigma crítico-constructivista porque reconocimos que toda investigación está marcada por la subjetividad de el(la) investigador(a) y porque nos interesaba comprender, interpretar y transformar la realidad de los(as) participantes, realizando una construcción colectiva que tuviera en cuenta las representaciones sociales y evidenciara nuestro quehacer pedagógico. (Guba y Lincoln, 1994) y fue nutrida por un enfoque etnográfico que nos permitió enmarcar la conducta humana en los escenarios naturales donde ella ocurre, comprendiendo que los significantes que los niños y las niñas le atribuyeron a su enfermedad y al proceso de

hospitalización estaban influenciados por sus representaciones simbólicas, sus costumbres, creencias y prácticas.

¿CÓMO ESTUVO ORGANIZADO NUESTRO TRABAJO?

Este Proyecto de Práctica Pedagógica comprendió 4 fases interactivas que se retroalimentaron y se confrontaron permanentemente en el proceso de investigación a saber:

La etapa de diseño consistió en la conformación del equipo de trabajo, la selección y acercamiento a la institución y a los(as) participantes, la revisión de instrumentos de indagación y registro del trabajo y la escritura de nuestra propuesta.

La fase de implementación de las estrategias la desarrollamos con niños(as) hospitalizados(as) en las Salas de Hemato-Oncología y Nefrología Pediátricas del Hospital universitario San Vicente de Paúl, en ella tuvimos presente que cualquier espacio y situación son propicios para el aprendizaje y que cualquier persona sin importar su formación académica o el vínculo que tenga con el hospital puede enriquecerse personal y profesionalmente.

La fase de evaluación incluyó la autoevaluación, coevaluación y heteroevaluación: a través de las cuales confrontamos nuestro saber pedagógico y contextualizamos las estrategias a las realidades particulares de los(as) participantes.

La fase de socialización por medio de la cual obtuvimos el aval del Comité de Carrera, recogimos las impresiones de los(as) participantes y dimos a conocer los hallazgos del proyecto, contribuyendo así a la apropiación social del conocimiento.

¿CÓMO SISTEMATIZAMOS Y ANALIZAMOS LA INFORMACIÓN?

A lo largo de las sesiones pedagógicas, utilizamos diferentes instrumentos de recolección de información como: el cuaderno de historias que se asemejaba a la historia clínica que maneja el personal de la salud, pero en este caso, era diligenciado por nosotras y contenía el registro pedagógico de la actitud y aptitud de cada niño y niña, antes, durante y después de la intervención; el formato de caracterización socio-demográfica donde consignábamos el nombre del(la) paciente, edad, género, grado escolar, habilidades comunicativas, diagnóstico, número de ingresos, último ingreso, ciudad de origen, ciudad de residencia, acompañante y teléfono; el formato de evaluación donde cada niño(a) consignaba por escrito qué fue lo que más les gustó de la actividad, lo que menos les gustó, lo que aprendió y cuáles eran sus sugerencias para los próximos encuentros y finalmente contábamos con una carpeta donde recopilábamos las producciones que eran donadas por nuestros(as) participantes.

Dichos registros, las producciones y voces de los(as) niños(as) fueron los insumos fundamentales para realizar el análisis de la información recolectada, análisis que contó con diferentes niveles de procesamiento de información: inicialmente, realizamos un *nivel descriptivo* donde narrábamos cada experiencia pedagógica teniendo en cuenta aspectos previamente definidos para seguir el

proceso de implementación de las dos estrategias diseñadas e implementadas para promover la resiliencia.

Posteriormente, llevamos a cabo un *nivel interpretativo* en donde a partir de la síntesis descriptiva de la información, tratamos de responder a la pregunta de investigación planteada, estableciendo así los hallazgos relacionados con la práctica investigativa y con la intervención pedagógica de la propuesta. Finalmente, desarrollamos un *nivel comparativo* donde pusimos en diálogo algunos de los hallazgos obtenidos con teorías e investigaciones previas al respecto.

Por medio de dichos niveles de procesamiento de información, identificamos seis hallazgos fundamentales, que si bien no buscan establecer verdades absolutas respecto a los procesos de hospitalización infantil y a la manera como los(as) niños(as) enfrentan las adversidades, si se convirtieron en un acercamiento hacia la comprensión del hospital como un lugar que no sólo brinda atención médica, sino que también puede convertirse en un espacio de aprendizaje, reconociendo a los(as) niños(as) hospitalizados(as) como sujetos activos del conocimiento.

El hospital como un nuevo ámbito de quehacer pedagógico

Por muchos años la labor del (la) Licenciado(a) en Pedagogía Infantil, estuvo enmarcada en el aula de clase, concibiendo las Instituciones Educativas como el

espacio donde se posibilitaban los procesos de enseñanza-aprendizaje; no obstante, debido a las demandas sociales, surgió la necesidad de que la labor pedagógica trascendiera las paredes de la escuela y promoviera el desarrollo integral de sus educandos desde todas las dimensiones del desarrollo.

A partir de estas transformaciones, el pedagogo incursionó en el ámbito hospitalario, implementando diferentes estrategias a través de las cuales busca disminuir los efectos negativos de la hospitalización. De este modo, el maestro sigue los preceptos de la Pedagogía Hospitalaria, la cual se encarga de brindar atención educativa a los(as) niños(as) en edad escolar con problemas de salud, de manera que según Serradas, M (2003: p 453) “no se retrasen en su desarrollo personal ni en sus aprendizajes, a la vez que procura atender las necesidades psicológicas y sociales generadas como consecuencia de la hospitalización y la concreta enfermedad que padecen”.

Desde estos planteamientos, nuestro Proyecto de Práctica Pedagógica, propició experiencias enriquecedoras de aprendizaje, que le permitieron a los(as) niños(as) interactuar con los demás, reflexionar sobre sí mismos, socializar sus vivencias y en algunos casos logramos un acercamiento inicial a la propuesta de Doval (s.f) al procurar disminuir las desventajas educativas de los(as) niños(as) enfermos(as) y convalecientes, evitando los posibles retrasos en sus procesos académicos.

El(la) paciente como sujeto activo

A través de los años, la hospitalización ha sido identificada socialmente como un hecho traumático y doloroso que obliga al paciente a romper con sus dinámicas de vida cotidianas, para reemplazarlas por las dinámicas hospitalarias, siendo percibido frecuentemente como un(a) sujeto(a) pasivo(a) al que se le suministran medicamentos y recibe tratamientos acordes a su enfermedad. No obstante, por medio de nuestro proyecto, visibilizamos que es posible y necesario transformar dicha percepción, ya que desde nuestra posición de maestras apreciamos a los(as) niños(as) como sujetos activos de conocimiento, capaces de pensar y con conceptos previos que aportaban desde sus historias personales y enriquecían la experiencia pedagógica.

De este modo, el trabajo que realizamos fue crear en los(as) niños(as) no sólo un espacio distinto de estar durante su hospitalización, sino también de desarrollar actividades que los hicieran reflexionar sobre sí mismos, su futuro, su enfermedad, su proceso de hospitalización, las personas significativas en sus vidas, su percepción corporal, entre otros aspectos que suelen ser poco abordados en la cotidianidad. Además, desde el amor y el respeto que sentimos por los(as) niños(as), logramos acercarnos a ellos(as) de una manera afectuosa y que nos hizo significativas en las vidas de algunos(as) de los(as) niños(as) que compartieron varias tardes con nosotras.

La planeación: de lo sistemático e intencionado a la improvisación y la reconstrucción

A lo largo de nuestro proceso de formación, entendimos la planeación pedagógica como una actividad intencionada y sistemática, a través de la cual se diseñan estrategias que dinamizan el proceso de enseñanza-aprendizaje; sin embargo, debido a las características particulares de nuestros(as) participantes apreciamos la Práctica Pedagógica, como un proceso flexible y dinámico, susceptible de ser transformado y adaptado de acuerdo a las experiencias de vida de los(as) niños(as), que si bien necesita ser planeada, tener unos objetivos claros y una fundamentación pedagógica, también debe ser enriquecida constantemente desde las voces de los(as) participantes.

De ahí la importancia de que pedagogos y pedagogas, cuenten con una sólida fundamentación conceptual y metodológica, a partir de la cual puedan adecuar sus estrategias pedagógicas a las necesidades, intereses y demandas particulares de sus educandos.

Desde esta visión, podemos afirmar que en algunas ocasiones fue necesario reconstruir lo que habíamos planeado, porque las características de los(as) participantes como consecuencia de su diversidad, no correspondían con el trabajo propuesto. Así mismo, al momento de implementar las estrategias pedagógicas fue necesario tener en cuenta las dinámicas propias de cada sala, procurando que las experiencias pedagógicas entraran en diálogo con la situación

particular que afrontaban los(as) niños(as); es decir, nuestro acompañamiento no se limitó a implementar unas estrategias y recolectar información, sino que le permitió a nuestros(as) participantes contar con una mano amiga, que los acompañaba y velaba por su bienestar.

El Hospital como un espacio para propiciar el encuentro intercultural

Desde la misión y visión del Hospital Universitario San Vicente de Paúl evidenciamos su proyección social, pues su labor está encaminada a mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias, sin importar su procedencia, estrato socio-económico o niveles de vida, brindándoles una atención integral, con profesionales de alta calidad, desarrollando avances tecnológicos e investigativos que le han otorgado reconocimiento a nivel nacional e internacional.

A partir de lo anterior, observamos que este hospital alberga un gran número de pacientes, con diferencias étnicas, sociales, culturales, escolares, económicas, entre otras, diversidad que no fue ajena a nuestro proyecto, pues nos llevó a reconocer que la historia de vida particular de cada uno(a) de los(as) participantes estuvo influenciada por el contexto en el cual estaban inmersos, incidiendo en la manera en que ellos(as) percibieron su salud, enfermedad y proceso de hospitalización.

Este contexto fue retomado como un conjunto de hechos reales y simbólicos que acompañan la cultura y proveen un significado a la vida cotidiana de cada sujeto; es decir, el contexto es todo aquello que forma parte del ambiente en el que se desarrolla el sujeto y le resulta significativo para su desarrollo al interior de un grupo humano específico.

Basadas en estos planteamientos, comprendimos que las experiencias pedagógicas propuestas debían ser adaptadas y reconstruidas constantemente atendiendo a la diversidad, no sólo desde lo cultural sino también desde la disposición, el interés, el grado de escolarización, la edad, el nivel de desarrollo y los ritmos de aprendizaje de cada niño(a), de este modo propiciamos experiencias enriquecedoras de aprendizaje desde y para la diferencia, reconociendo la riqueza de los aportes de los(as) niños(as).

La promoción de la resiliencia desde la cotidianidad de las Salas

La Resiliencia como eje articulador de nuestra investigación, fue entendida como la capacidad flexible, dinámica y cambiante que le permite al sujeto superar las adversidades exitosamente a pesar de las expectativas de fracaso, combinando características personales, sociales y ambientales. Dicha capacidad ha sido abordada por diferentes autores como: Grotberg, E. (1996), Kotliarenco, M. A., Cáceres, I & Fontecilla, M. (1997), Lamas, H & Lara, M. (1998), Badilla, M. H.

(1999), Puerta, M. P. (2002) entre otros, quienes señalaron que este concepto ha sufrido diversas modificaciones respondiendo a las características particulares de una época y de un contexto determinados, siendo concebida como una capacidad humana universal que surge en la medida en que el sujeto afronta una adversidad que pone en riesgo su desarrollo integral y es susceptible de ser promovida mediante la interacción con personas, ámbitos y situaciones resilientes.

Respecto a la promoción de la Resiliencia sobresalen los esfuerzos de Grotberg, E. (1996:pp. 4 -5), quien desde su obra *“Guía de Promoción de la Resiliencia en los niños para fortalecer el espíritu humano”*, presentó una serie de estrategias que se han consolidado a nivel mundial, partiendo del modelo YO TENGO (Personas en derredor en quienes confío y que me quieren incondicionalmente), YO SOY (Una persona por la que otros sienten aprecio y cariño), YO ESTOY (Dispuesto a responsabilizarme de mis actos, seguro de que todo saldrá bien) y Yo PUEDO (Hablar sobre cosas que me asustan o me inquietan, buscar la manera de resolver mis problemas).

Dichas conceptualizaciones y modelos, sirvieron de referentes no sólo al momento de diseñar nuestras estrategias pedagógicas, sino también al momento de interactuar con los(as) participantes, pues nos permitieron observar que algunos(as) niños(as) que son pacientes recurrentes en el hospital, asumieron con características resilientes su enfermedad demostrando competencia social,

autonomía, sentido del humor, proyección de vida a futuro y facilidad para resolver problemas, permitiendo resignificar la hospitalización, superar la adversidad, romper con las expectativas de fracaso y salir fortalecidos de la experiencia.

Es así, como el hospital y las dinámicas cotidianas de cada Sala, fueron percibidos por algunos(as) de los(as) participantes como factores protectores y promotores de resiliencia, en la medida en que tenían la posibilidad de establecer vínculos interpersonales con acompañantes, profesionales de diferentes áreas (médicos, enfermeras, profesoras, trabajadores sociales y personal de limpieza y alimentación), realizar actividades que les permitían reflexionar sobre sí mismos(as) y contar con recursos que mejoraban su calidad de vida.

La hospitalización: de traumática a factor protector

Como lo hemos mencionado en algunos párrafos anteriores, la hospitalización ha sido considerada un evento traumático y adverso, que de acuerdo con Grau Rubio (2001: p.172) “puede provocar ansiedad, culpabilidad y sensación de castigo, ira y resentimiento, conductas regresivas, disminución de la autoestima y sentimientos de impotencia” y posee una mayor connotación negativa cuando involucra la población infantil, pues esta suele ser asociada con juego, actividad y alegría, las cuales se ven afectadas cuando un niño(a) debe ser ingresado(a) a un hospital.

A partir de lo anterior y teniendo en cuenta nuestra experiencia en las Salas de Hemato-Oncología y Nefrología, podemos afirmar que el carácter traumático de la hospitalización dependió de la influencia de diferentes variables, las cuales en ocasiones llevaron a los(as) niños(as) a reconocer el hospital como un factor protector, pues allí contaban con los recursos necesarios para el cuidado de su enfermedad y con otros beneficios de los que no disponían en sus hogares. Uno de estos beneficios fue el trabajo pedagógico realizado con nosotras, el cual les brindó otros espacios de socialización, de formación, de comprensión de los cambios corporales y emocionales producto de su enfermedad, de reflexión sobre su proyecto de vida y de interpretación de la hospitalización desde una nueva perspectiva basada en la promoción de la resiliencia. Sin embargo, podemos decir que para algunos(as) niños(as) recién diagnosticados la hospitalización se convirtió en un hecho traumático y adverso, porque implicó una ruptura abrupta en su estilo de vida anterior, incluyendo en su rutina diaria el consumo de medicamentos, la realización de diferentes procedimientos y sus consecuencias físicas y psicológicas.

Partiendo de lo ya mencionado, evidenciamos que la concepción negativa de la hospitalización depende de los significados y representaciones particulares que cada una de las personas le atribuya, pues si bien es cierto que esta genera cambios y rupturas, también puede convertirse en un factor protector brindándole al(la) niño(a) hospitalizado(a) y su familia los recursos necesarios para el

tratamiento de la enfermedad, disponiendo allí de los servicios médicos adecuados, una alimentación balanceada y acorde con su dieta y algunas comodidades con las que no contaban en sus casas como televisor, juguetes e incluso contacto con diferentes personas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-BADILLA, M. H, 1999, "Para comprender el concepto de resiliencia", en *Revista Costarricense de trabajo social*, Costa Ricas, N- 99 (may), p.p 22-27.

-CORDIÉ, A, 2004, *Doctor ¿Por qué nuestro hijo tiene problemas?*, Buenos Aires, Editorial Nueva visión, p.p 7-238.

-DOVAL, M. I. (s.f), Claves y tendencias actuales de la Pedagogía Hospitalaria. *Revista de Educación, Desarrollo y Diversidad. 5 (2)*, Recuperado el 9 de noviembre 2005, de <http://www.aedes-nacional.com/a1r7.html>.

-GARIBAY, B. (s.f). *Educación centrada en experiencias de aprendizaje: un enfoque empírico en ingeniería electrónica. De la praxis a la teoría*. Recuperado el 21 de noviembre de 2006, de <http://educacion.jalisco.gob.mx/consulta/educar/12/12Berth.html>

-GRAU, C., 2001, *La Pedagogía Hospitalaria en el marco de una educación inclusiva*, España, editorial Aljibe, p.p 1-177.

-GROTBERG, E, 1996, *Guía de promoción de la resiliencia en los niños para fortalecer el espíritu humano*, Santa Fe de Bogotá, La Haya: Fundación Bernard Van Leer, p.p 1-19.

-GUBA, E & LINCOLN, Y, 1994 *Handbook of Qualitative Research*, Norman Denzin & Yvonna Lincoln, eds., Thousand Oaks, Ca. Sage. Trad.: Anthony Sampson.

-KOTLIARENCO, M. A, CÁCERES, I & FONTECILLA, M, 1997, *Estado del arte en resiliencia*, Washington, O.P.S, p.p 1-52.

-LAMAS, H & LARA, M, 1998, "Sobre el concepto de resiliencia", en *Revista Educación*, La Habana, N- 093, (ene-abr), p.p 12-13.

-PUERTA, M. P, 2002, *Resiliencia: la estimulación de los niños para enfrentar desafíos.*, México, Grupo editorial Lumen, p.p 1-62.

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