



FLACSO
ARGENTINA

PROGRAMA DE DESARROLLO HUMANO

MAESTRÍA EN DESARROLLO HUMANO

Educación en contexto hospitalario: una
experiencia de transmisión y aprendizaje situada.

Tesista: Lic. María Candelaria Barcellona

Directora de Tesis: Mgter. Patricia Mercado

Tesis para optar por el grado académico de Magister en
Desarrollo Humano

Fecha: (30/10/2017)

AGRADECIMIENTOS

Luego de un camino largo y no sin obstáculos, he llegado al final de este recorrido. Pero sin duda, este trayecto no hubiera sido posible sin el acompañamiento de diversas personas que han estado presentes de una o de otra manera. Por ello, quiero dirigir un especial agradecimiento:

-) A mi esposo, quien ha pasado largas noches en vela junto a mí, apoyándome tanto durante el cursado de la Maestría como en el proceso de redacción de este trabajo. Su gran paciencia, comprensión y aliento han sido motores fundamentales para poder llegar hasta aquí.
-) A mis padres, quienes desde su lugar siempre han apoyado mis decisiones y elecciones. Ese empuje ha contribuido para hoy llegar al final de este camino.
-) A mi directora de tesis, Patricia Mercado, a quien conocí fruto de este trabajo y a quien agradezco infinitamente por incentivar me permanentemente y sobre todo, por ayudarme a pensar la conexión entre la disciplina de mi carrera de grado (la comunicación social) y la educación (un territorio apasionante para mí).
-) A la subdirectora y a las docentes del Aula Hospitalaria “Un Solcito de Ternura”, por abrirme las puertas de su espacio cotidiano de trabajo, por participar tan activamente de las entrevistas y por tener tanta apertura para que observe sus clases.
-) A las profesionales de la salud del Hospital Infantil, que también dedicaron tiempo para participar de las entrevistas propuestas. Especialmente a mi amiga Florencia, quien como médica del mencionado centro de salud contribuyó con sus aportes y miradas al armado de este trabajo.
-) A Marcela Cantero, de Fundación Resilient, por haber confiado en mí pese a no conocerme demasiado y brindarme el apoyo necesario para ingresar al Hospital Infantil Municipal y así concretar el trabajo de campo que posibilitó el presente trabajo.

DEDICATORIA

*A mi pequeño amor, Agustín, quien desde la panza
me acompañó en este último tramo del camino y, sin saberlo,
me dio las fuerzas necesarias para llegar hasta el final.*

*A los docentes que eligen esta profesión a pesar de los múltiples obstáculos
a los que se enfrentan en nuestro contexto sociopolítico y económico.*

*A los docentes que aún así, trabajan diariamente por la inclusión de los olvidados,
de aquellos que quedan al margen de las leyes, del alumno ideal, de la institución ideal.*

Índice de contenido

1.	Resumen.....	6
2.	Introducción	6
2.1.1	Objetivos Generales y Específicos	9
3.	Marco Contextual.....	10
3.1.1	La hospitalización infantil, sus impactos y el rol de la escuela.....	10
3.1.2	Abordaje educativo del niño en situación de enfermedad.....	11
3.1.3	Alcances y posibilidades de la educación en contexto hospitalario	12
3.1.4	La escuela en el hospital. Mirada histórica y legal	13
3.1.5	La educación como derecho.....	16
3.1.6	El Aula Hospitalaria “Un Solcito de Ternura”. Referencias contextuales.....	17
4.	Marco Teórico	20
4.1.1	Educación desde la perspectiva de desarrollo humano.....	20
4.1.2	Aproximaciones socioculturales a la mente: Sujeto y situación	22
4.1.3	La escuela como escenario de procesos de transmisión y aprendizaje interactivos y situados.....	24
5.	Metodología	27
5.1.1	Diseño de investigación.....	27
5.1.2	Enfoque de investigación	27
5.1.3	Estrategia metodológica.....	28
5.1.4	Técnicas de recolección de datos.....	28
5.1.5	Técnicas de análisis	30
6.	El Aula Hospitalaria “Un Solcito de Ternura”	33
6.1.1	Proyectos institucionales	35
6.1.2	Acerca del proyecto central y el perfil del docente, directivo y alumno.	36
6.1.3	En el Aula Hospitalaria: “un día como cualquier otro” desde la perspectiva docente... ..	39
6.1.4	La sala de clases como escenario para el desarrollo de subjetividades y la asignación de sentidos	43
6.1.5	Los sujetos de la educación en el proceso de transmisión y aprendizaje.....	47
6.1.6	Los modos de comunicación, lenguaje e interacción.....	50
6.1.7	El abordaje integral del niño y la necesidad de ampliar la mirada	55
6.1.8	Conectando la práctica con las nociones teóricas	58
7.	Conclusiones.....	61
8.	Referencias bibliográficas	66

9. Anexo..... 71

1. Resumen

Existe un amplio consenso acerca de la importancia social que tiene la escuela ya que se trata de una institución que plantea no sólo un escenario propicio para la transmisión y el aprendizaje de conocimientos sino también para la constitución de subjetividades y la construcción de códigos culturales y lazos comunitarios. Considerando su peso significativo en la sociedad y entendiendo que las prácticas escolares contribuyen al desarrollo humano y al bienestar de las personas, se ha buscado llevar cada vez más la escuela a aquellos ámbitos a los que antes no llegaba. Este es el caso de las escuelas instaladas en entornos hospitalarios, en donde muchos niños se ven obligados a interrumpir su proceso de escolarización en instituciones educativas. A través de este trabajo, para optar por el grado de Magíster en Desarrollo Humano de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Flacso), abordaremos una experiencia particular, la de un aula hospitalaria ubicada en el Hospital Infantil Municipal de la Ciudad de Córdoba, Argentina. Nos interesa especialmente explorar cómo las interacciones producidas en la sala de clases y mediatizadas por el lenguaje, contribuyen a los procesos de transmisión y aprendizaje. Así, analizaremos de qué manera los modos de comunicación de los sujetos que participan se vinculan con las dinámicas de la clase.

2. Introducción

Existe un amplio consenso acerca de la importancia que tiene la escuela en la vida de niñas, niños y jóvenes. En este sentido, se trata de una institución que plantea un escenario propicio para la transmisión y apropiación de conocimientos como así también para la constitución de subjetividades y la construcción de códigos culturales y lazos sociales. Así, las discusiones han girado en torno a diversas temáticas como las trayectorias escolares, el currículum, la ampliación del acceso y las mejoras institucionales, pero la afirmación de la escuela como institución educativa por excelencia prevalece en los debates académicos como así también a nivel cultural y social.

Considerando su peso significativo en la sociedad y entendiendo que las prácticas educativas llevadas a cabo en este espacio contribuyen al desarrollo humano de las personas, se ha buscado llevar cada vez más la escuela a aquellos ámbitos a los que antes no llegaba, sea por circunstancias socioeconómicas o porque el contexto no lo permitía. Las escuelas primarias para adultos, las emplazadas en zonas rurales y

aquellas ubicadas en contextos de encierro son algunos ejemplos que reflejan esta necesidad de extender cada vez más las prácticas educativas formales. Este es también el caso de las escuelas instaladas en entornos hospitalarios, en donde muchos niños se ven obligados a interrumpir su proceso de escolarización a raíz de una enfermedad, accidente o tratamiento.

En esta línea, la mayoría de los investigadores coinciden en la importancia de mantener el ritmo escolar a pesar de la fragilidad ante la que se encuentra el niño hospitalizado. Autores como Lizasoain (2007); Serradas Fonseca, Ortiz González y De Manueles Jiménez (2002); López Naranjo (2011); y Ávila (2000), destacarán el rol que desempeña la educación en este contexto para motivar al niño y recuperar las vivencias propias de la infancia. Asimismo, otros académicos como Grau Rubio y Ortiz González (2001), Arrieta, Lizasoain y Bori (2009) harán hincapié en que el abordaje pedagógico debe ser adaptado a las características y nuevas necesidades del niño, considerando especialmente los procesos comunicativos y sus expresiones a través del lenguaje verbal y no verbal.

Frente a ello, tanto a nivel internacional como regional y nacional se ha legislado con el fin de garantizar el derecho a la educación del niño hospitalizado. Se destaca la Carta Europea de los Derechos del Niño Hospitalizado, la Ley Marco sobre el Derecho a la Educación de los niños, niñas y jóvenes hospitalizados o en situación de enfermedad en América Latina y el Caribe, y específicamente, los artículos 60 y 61 de la Ley de Educación argentina 26.206, los cuales reconocen a la educación domiciliaria y hospitalaria como una modalidad del sistema educativo en los niveles inicial, primario y secundario.

Tomando como punto de partida el contexto mencionado, en este trabajo abordaremos una experiencia particular, la del aula hospitalaria “Un Solcito de Ternura”, ubicada en el Hospital Infantil de la Ciudad de Córdoba, Argentina. Dicha aula funciona como una extensión de la escuela municipal “Pedro Carande Carro”. Nos interesa especialmente explorar cómo las interacciones producidas en la sala de clases y mediatizadas por el lenguaje, contribuyen a los procesos de transmisión y aprendizaje en el mencionado espacio educativo. Así, analizaremos de qué manera los modos de comunicación de los sujetos que participan se vinculan con las dinámicas de la clase.

Le otorgaremos un rol fundamental a la interacción en la sala de clases, partiendo de la idea de Aizencang y Maddoni (2007) de que el aprendizaje y el conocimiento se producen en situación, en la que, como señala Bustamante Smolka (2010) los sujetos se ven afectados por signos y sentidos generados en las relaciones con otros. Así, tomaremos el planteo de Juri y Mercado (2012) de que el conocimiento se construye por medio de procesos interactivos y comunicativos en los que el lenguaje asume un rol clave. En esta línea, como señala Bruner (1988), el lenguaje adquiere una función constitutiva en la construcción de la realidad social y por lo tanto, permitirá al niño hospitalizado resignificar su realidad y darle nuevos sentidos.

Se trata de un estudio de caso que consideramos reviste especial interés ya que se lleva a cabo en el aula hospitalaria que más años de trayectoria tiene en la provincia de Córdoba¹. Además, se destaca que la Municipalidad de Córdoba cuenta con 37 establecimientos educativos que ofrecen nivel inicial y primario (para niños y adultos). Dichos establecimientos fueron creados como una iniciativa del gobierno municipal, a partir del regreso a la democracia en nuestro país en el año 1984, para paliar los déficits de una oferta educativa que había pasado de la órbita nacional a la provincial (Carrizo, Halaban y Santiago, 1992). En este contexto, el aula inaugurada en el año 1999 en el Hospital Infantil adquiere mayor relevancia ya que incorporar al sistema educativo municipal una propuesta pensada para un entorno sanitario es una decisión política de gran envergadura.

A su vez, nos interesa que este trabajo rescate las voces de los niños que participan de las clases del Aula Hospitalaria. Así, además de consultar a docentes, médicos y otros profesionales, queremos retomar las miradas de los niños en tanto sujetos de derecho. Esto confiere originalidad al estudio ya que al revisar la bibliografía existente, no se encuentra material académico suficiente que considere sus voces. Creemos que las experiencias recuperadas fomentarán la creación de nuevos proyectos como así también la implementación de mejoras a las prácticas educativas del Hospital Infantil de la Municipalidad de Córdoba.

¹ El Servicio Educativo Básico del Hospital Infantil Municipal se inauguró el 30 de marzo de 1999. Existen otros dos centros de salud que han incorporado esta modalidad en la provincia de Córdoba: El Hospital de Niños provincial, cuya escuela “Atrapasueños” funciona desde el año 2002 y el Hospital Pediátrico provincial, que a través de la Fundación Semillas del Corazón propone prácticas educativas desde el año 2007.

2.1.1 Objetivos Generales y Específicos

A continuación, se enumeran los objetivos que guiaron el proceso de recolección de datos, análisis de información documental y elaboración de conclusiones del presente trabajo.

2.1.1.2 Objetivo General

Analizar cómo las interacciones producidas en el aula hospitalaria y mediatizadas por el lenguaje, contribuyen a los procesos de transmisión y aprendizaje en el aula hospitalaria “Un Solcito de Ternura” del Hospital Municipal Infantil, ubicado en Córdoba, Argentina en el año 2016.

2.1.1.3 Objetivos Específicos

-) Indagar, describir y analizar las actividades educativas que se desarrollan en el aula hospitalaria “Un Solcito de Ternura” del Hospital Infantil Municipal, tanto en sus expresiones a pie de cama como en la sala de clases.
-) Analizar e interpretar los modos de comunicación e interacción de los sujetos dentro de la sala de clases o en las actividades realizadas a pie de cama, tanto entre docentes y alumnos como entre alumnos.
-) Observar e interpretar las herramientas de mediación de las que se valen los docentes para impulsar el desarrollo potencial de los niños.
-) Indagar e identificar la participación e iniciativas que se producen en los niños frente a los procesos de transmisión y apropiación.
-) Indagar acerca de las perspectivas y significados asignados por diferentes actores como niños, docentes, directivos, médicos, psicólogos y otros profesionales respecto al aula hospitalaria.

3. Marco Contextual

3.1.1 La hospitalización infantil, sus impactos y el rol de la escuela

Diversos autores han investigado sobre los impactos personales y sociales que manifiestan niños que han sido sometidos a intervenciones hospitalarias. Según Serradas Fonseca et al. (2002), la alteración de comportamientos y hábitos del niño motivada por la enfermedad y hospitalización produce cambios que pueden generar dificultades vinculadas al carácter, de contacto social, de interacción con el personal sanitario y en la adherencia a los tratamientos que se le administran; ansiedad; estrés; depresión; déficits en habilidades sociales y en el crecimiento; problemas nutricionales; trastornos del sueño; entre otros.

Algunos académicos también mencionan los impactos que la enfermedad crónica en el niño puede tener sobre el sistema familiar. La hospitalización generalmente provoca desorganización en los tiempos y rutinas de otros integrantes del grupo familiar, lo cual aporta a la circulación de tensiones antes que apoyos socio-afectivos (Ávila, 2000).

Por otro lado, cada niño afrontará la hospitalización de maneras distintas, según su personalidad, edad, período de tiempo que conlleve la intervención (López Naranjo, 2011). Frente a ello, se resaltarán la importancia evaluar las necesidades de los niños y llevar adelante iniciativas antes del ingreso y sobre todo durante la permanencia en la institución hospitalaria a fin de atenuar las consecuencias negativas (López Naranjo, 2011).

Entre las iniciativas desarrolladas, la apertura de aulas de trabajo escolar en diversos hospitales del mundo es una de las más importantes. En esta línea, la mayoría de los investigadores reconoce la importancia que tiene para el niño continuar con el ritmo escolar (Serradas Fonseca, 2003) para “prevenir y evitar la marginalización del proceso educativo y facilitar su sostenimiento, continuidad, y reincorporación de los niños a las escuelas de origen” (Ávila, 2000, p. 171). Así, las secuelas psicológicas presentes en los pacientes hospitalizados pueden ser contrarrestadas, compensadas y prevenidas a través de metas pedagógicas y terapéuticas (Serradas Fonseca et al., 2002).

Ahora bien, si asignamos a la educación un papel de gran importancia ante una situación de enfermedad u hospitalización, cabe preguntarnos ¿qué características debe tener un espacio educativo dentro de un ambiente hospitalario? ¿Qué herramientas se

utilizan para impulsar el desarrollo de los niños? ¿Qué rol desempeña la interacción y el lenguaje verbal y no verbal en este proceso? ¿Qué lugar ocupa la figura del docente?

3.1.2 Abordaje educativo del niño en situación de enfermedad

Diversos autores han buscado dar cuenta de las características de la educación brindada en un entorno hospitalario. Es el caso de Lizasoáin (2007), quien señala que los objetivos, medios y procedimientos a implementar serán elegidos de acuerdo a la situación personal de cada niño aunque según destaca la autora citada, el modo de actuación puede dividirse en cuatro grupos: enseñanza escolar, actividades lúdico-recreativas, orientación personal y familiar y estrategias psicopedagógicas específicas de intervención.

Asimismo, el alumno en situación de enfermedad necesita un abordaje pedagógico específico: se deben hacer las adaptaciones correspondientes para responder a otras exigencias no contempladas habitualmente en el currículum general, "para potenciar, educar o canalizar valores subyacentes ocultos hasta ahora de su personalidad" (Grau Rubio y Ortiz González, 2001, p. 3). En este punto, muchos autores destacarán la importancia de que los contenidos y actividades sean flexibles y consideren las características y el estado biopsicosocial del niño (López Naranjo y Fernández Castillo, 2006).

A su vez, Fernández Hawrylak rescata la importancia de lograr una estrecha coordinación que permita el trabajo en equipo de todos los profesionales involucrados en la atención del niño enfermo para aportar una atención integrada. Según dicha académica, "la figura del educador o pedagogo hospitalario se convierte entonces en un elemento decisivo para el ajuste psicológico, social y educativo del niño enfermo, actuando también de intermediario entre el personal médico-sanitario, la familia y su colegio" (Fernández Hawrylak, 2000, p. 148).

Países como México, España y Chile le otorgan un lugar significativo a la comunicación entre docentes y alumnos y entre alumnos. Se entiende que la socialización es indispensable para combatir el aislamiento del niño enfermo por lo que se promoverá la oportunidad de convivir, relacionarse y retroalimentarse con sus compañeros (Arrieta et al., 2009, p. 86). Asimismo, se considera necesario poner al interlocutor en el centro y prestar especial atención a la distancia interpersonal, a la escucha, el lenguaje no verbal, las pausas de silencio, la espontaneidad, entre otros

(Arrieta et al., 2009, p. 87). De este modo, el lenguaje (tanto verbal como no verbal) se expresa como un aspecto fundamental.

Volviendo a lo señalado en el apartado anterior, se observa que las prácticas educativas llevadas adelante en un centro sanitario adquieren características particulares que las diferencian de aquellas realizadas en una institución escuela. Una experiencia pedagógica en un entorno como el citado debería ser flexible y adaptada a la situación personal de cada niño como así también pensada a través de un trabajo interdisciplinario y en diálogo con todas las personas involucradas en la internación (médicos, enfermeros, equipos técnicos, familiares, niños). En esta dirección, la comunicación interpersonal y el lenguaje verbal y no verbal que se expresan en las distintas situaciones de interacción, desempeñan un importante rol. Ahora bien, ¿cuáles son las potencialidades que han destacado los investigadores sobre este proceso educativo y áulico situado en un contexto tan particular como el hospital? ¿Qué condiciones de posibilidad han encontrado?

3.1.3 Alcances y posibilidades de la educación en contexto hospitalario

La mayoría de los estudios encontrados, identifican en la educación en contexto hospitalario un ámbito propicio para mejorar la calidad de vida de los niños internados. En este sentido, la educación se presentará como una herramienta para adquirir, a pesar de la adversidad, actitudes, conocimientos, hábitos y disposiciones que contribuyan a la autodeterminación y libertad de las personas (Muñoz Garrido, 2013).

Es aquí donde emerge como una explicación, el concepto de resiliencia. La misma refiere a aquellos factores que posibilitan que las personas sometidas a situaciones de alto riesgo puedan superarlas y desarrollarse plenamente a pesar de los resultados adversos que podrían predecirse (Muñoz Garrido, 2013, p. 150). Si bien han sido muchos los investigadores que han profundizado en la definición de resiliencia, existe una coincidencia al afirmar que no se trata de un atributo con el que los niños nacen ni que adquieren en su desarrollo, sino que este dependerá del proceso interactivo del sujeto con otros seres humanos (Muñoz Garrido, 2013, p.159).

Frente a ello, la educación en contextos hospitalarios se presenta como un espacio de posibilidad ya que las vivencias y relaciones sociales que experimenten los niños durante el proceso de enfermedad influirán en el desarrollo de la resiliencia. Así, "la adquisición de estrategias de afrontamiento desde la resiliencia, contribuirán a reducir el

impacto biopsicosocial de la enfermedad y la hospitalización, transformando la situación adversa en oportunidad de aprender" (Molina, 2014, p. 1).

Por otra parte, algunos académicos han detectado ciertos límites de este espacio educativo. Un estudio realizado por González Jiménez, Macías Gómez y García Hernández (2002), mostró la desconexión existente entre maestros y médicos de algunos centros de salud. Según la investigación, muchos maestros no son informados por los médicos acerca de la enfermedad que padecen sus alumnos y conocen sus características sólo a través de la experiencia y el diálogo con los niños y sus familiares. Otro estudio exhibió una cantidad insuficiente de docentes y auxiliares, espacio áulico reducido, plan desactualizado, actitud pasiva del personal médico frente a las actividades del aula y materiales poco variados (Romero y Alonso, s.f.).

Evidentemente, la educación en contextos hospitalarios contribuye al desarrollo integral de la persona, a la máxima evolución de sus capacidades (López Naranjo y Fernández Castillo, 2006) y, por tanto, al desarrollo humano. Sin embargo, es preciso señalar que aún quedan algunos interrogantes respecto a la implementación de estos espacios educativos en hospitales. En esa dirección, nos preguntamos ¿qué situaciones de aprendizaje pueden desarrollarse en contextos de hospitalización? ¿Qué estrategias educativas pueden aplicarse de acuerdo a las condiciones de existencia por las que atraviesan los niños? ¿Qué características tienen las interacciones vivenciadas en la sala de clases? ¿De qué manera los sujetos asignan sentidos a los procesos de transmisión y aprendizaje? ¿Cómo se inserta una institución escuela dentro de otra institución como el hospital?

3.1.4 La escuela en el hospital. Mirada histórica y legal

Desde una perspectiva histórica, se destaca que a principios de la década del XX los centros de pediatría del mundo eran ambientes rígidos y herméticos, cerrados a los padres y a cualquier posibilidad de educación de los niños, lo cual contribuía a la agresividad, bajo apetito, trastornos de sueño, ansiedad, depresión (Zapata Londoño, 2012). Después de la segunda guerra mundial esta situación se modificó: en Europa y Norteamérica se buscó cambiar la experiencia de hospitalización de los niños, apuntando a su estabilidad emocional, al acompañamiento permanente de la familia y a la promoción de actividades recreativas para elevar el estado de ánimo (Zapata Londoño, 2012).

Los primeros profesores que ingresaron en los departamentos pediátricos buscaban reducir las alteraciones psicológicas mediante la creación de un ambiente socio-escolar que humanizara la estancia del niño (Zapata Londoño, 2012). Si bien el énfasis estaba puesto en la enseñanza de una serie de asignaturas, fue necesario implementar actividades de adaptación psicofísicas, recreativas y de socialización para lograr el desarrollo personal e intelectual (Zapata Londoño, 2012).

Paralelamente, la educación en contexto hospitalario también comienza a difundirse en Latinoamérica, destacándose los casos de Argentina, Chile, México y Venezuela por sus experiencias significativas (Álvarez Restrepo et al., 2012). A nivel nacional, estudios como el de García Álvarez (2014) permiten rastrear iniciativas pedagógicas en las primeras décadas del siglo XX. Dicho autor señala que en 1922 el Hospital de Niños de Buenos Aires, Argentina, recibió la primera maestra de grado. Pero la primera escuela hospitalaria en nuestro país se funda en 1939 en Mendoza (Ministerio de Educación de la Nación, 2014). A partir de allí, se empezaron a promover diversas experiencias tendientes a impulsar la educación en contexto hospitalario: Ciudad de Buenos Aires (1946), Distrito de Morón y San Juan (1947), Santiago del Estero (1950), Tucumán y Misiones (1954), Salta (1957), Chubut (1959), Córdoba y Jujuy (1960), Entre Ríos (1962), Formosa y Chaco (1970), Santa Fe (1972), Neuquén (1978), Santa Cruz (1984), Catamarca (1994), La Pampa (1998), Corrientes (2004), Tierra del Fuego y La Rioja (2011) (Ministerio de Educación de la Nación, 2014).

Ahora bien, si nos situamos desde una perspectiva normativa, vale señalar que las prácticas educativas en contextos hospitalarios dieron pie para la confección de diversos marcos legales a nivel mundial. Los mismos han ubicado al niño hospitalizado o en situación de enfermedad o convalecencia como un sujeto de derechos, a quien se le debe garantizar el acceso a la educación aun viéndose este imposibilitado de ir a la escuela. De este modo, en 1986 el Parlamento Europeo aprobó la Carta Europea de los Derechos de los Niños y las Niñas Hospitalizados. Entre los derechos proclamados en dicha Carta, se encuentran los de "proseguir con su formación escolar durante el ingreso, y a beneficiarse de las enseñanzas de los profesionales de la educación y del material didáctico que las autoridades educativas pongan a su disposición" como así también el "derecho a poder recibir estudios en caso de hospitalización parcial (hospitalización diurna) o de convalecencia en su propio domicilio" (Lizasoain, 2005, p. 3)

A nivel regional, los Estados nucleados en la Red Latinoamericana y del Caribe (Redlaceh), difundieron a principios de 2015 la Ley Marco sobre el Derecho a la Educación de los Niños, Niñas y Jóvenes Hospitalizados o en Situación de Enfermedad en América Latina y el Caribe. Allí se establece la responsabilidad de los Estados de garantizar la escolarización de aquellos sujetos en situación de enfermedad o internación.

A su vez, en Argentina, la Ley de Educación 26.206 (2006) ya había regulado la educación domiciliaria y hospitalaria. En este sentido, en su artículo 60 la instala como modalidad mientras que en el artículo 61 plantea la necesidad de "garantizar la igualdad de oportunidades a los/as alumnos/as, permitiendo la continuidad de sus estudios y su reinscripción en el sistema común, cuando ello sea posible" (Ley 26.206, 2006, artículo 61). Además, la Resolución 202 (2013) del Consejo Federal de Educación aprueba en su anexo un documento sobre la educación domiciliaria y hospitalaria en el que separa dicha modalidad de la Educación Especial y la incorpora dentro del Sistema Educativo Nacional. En este sentido, si bien entiende que cada alumno tiene necesidades educativas particulares según sus circunstancias, dicho documento resalta que la discapacidad se presenta diferenciada de la enfermedad (Resolución 202, 2013). De este modo, se apunta a que la escuela vaya a buscar a niñas, niños y adolescentes que han enfermado para sostener su escolaridad y hacer efectivo el derecho a la educación (Resolución 202, 2013), ubicándolos en el mismo lugar que cualquier alumno.

En este marco, algunas provincias argentinas generaron sus propias normativas para garantizar el acceso a la educación en contexto hospitalario y/o domiciliario en sus ámbitos locales. En el caso que nos convoca, se destaca la Ley Provincial 9.336 (2006) mediante la que se instituye el servicio de escuelas o aulas hospitalarias y servicios educativos domiciliarios en la provincia de Córdoba. Por su parte, la Municipalidad de la ciudad de Córdoba, fue pionera en la provincia en legislar su servicio educativo en el Hospital Infantil. Así, por medio del Decreto 1.954 (1999) crea el mismo en el ámbito de la Dirección de Educación municipal.

Considerando los marcos legales establecidos, las jurisdicciones generaron distintos dispositivos organizativos para dar respuesta a las demandas de educación de niños que por diversas circunstancias se encuentran hospitalizados o impedidos de continuar con el ritmo escolar por estar bajo tratamientos médicos. Según un documento del Ministerio de Educación de la Nación (2014), las formas organizativas que se observan

en las provincias y municipios se basan en dos formatos básicos: escuelas y servicios educativos. Ambos contemplan servicios hospitalarios, domiciliarios o mixtos (Ministerio de Educación de la Nación, 2014).

Según un relevamiento realizado con datos aportados por referentes jurisdiccionales por el Ministerio de Educación de la Nación (2010), en el país actualmente existen 396 unidades educativas (escuelas y servicios domiciliarios y hospitalarios). Según dicho documento, la mayoría de las unidades corresponden al nivel primario e inicial (sala de 5 años), mientras que la oferta de nivel secundario es muy acotada. A su vez, el mencionado documento destaca también que el mayor porcentaje de las escuelas y servicios dependen de la modalidad de Educación Especial y que la mayoría son escuelas especiales con servicios hospitalarios y/o domiciliarios agregados (Ministerio de Educación de la Nación, 2010). Aunque no hemos podido acceder a información más desagregada sobre las escuelas y servicios domiciliarios y hospitalarios a nivel de las provincias en Argentina, en el Anexo del presente trabajo se adjunta un mapa elaborado por el Ministerio de Educación de la Nación en el año 2013.

3.1.5 La educación como derecho

A su vez, es importante destacar que en paralelo con los mencionados desarrollos normativos que establecieron la responsabilidad del Estado en torno a garantizar la educación del niño en situación de enfermedad o internación, también proliferaron las discusiones sobre la educación como derecho y el rol de los niños, niñas y adolescentes en tanto sujetos protagonistas. Como consecuencia, surge normativa diversa tanto internacional como en los niveles regionales, nacionales y locales que ponen de relieve a la educación como un pilar fundamental para el desarrollo humano y la vida de las personas. En este sentido, la Convención sobre los Derechos del Niño (1989), reconoce el derecho del niño a la educación. Allí se establece además el compromiso de los Estados partes para velar porque la disciplina escolar se administre de forma compatible con la dignidad humana del niño y se menciona que la educación deberá encaminarse a desarrollar la personalidad, las aptitudes y la capacidad mental y física hasta el máximo de sus posibilidades, entre otros (Convención sobre los Derechos del Niño, 1989).

A nivel nacional, a partir de la citada Ley de Educación Nacional 26.206 (2006), la educación y el conocimiento se constituyen en un bien público y en un derecho personal y social, garantizados por el Estado. En ese sentido, el Artículo 4º señala que el "Estado

nacional, las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires tienen la responsabilidad principal e indelegable de proveer una educación integral, permanente y de calidad para todos/as los/as habitantes de la Nación, garantizando la igualdad, gratuidad y equidad en el ejercicio de este derecho” (Ley de Educación Nacional 26.206, 2006, p. 1).

Asimismo, previo a la señalada norma, se promulga en Argentina la Ley Nacional 26.061 (2005) de protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes. Dicha legislación modifica sustancialmente las concepciones sobre las políticas de infancia y ubica a los mismos como sujetos plenos de derechos, activos, con voz propia y como protagonistas sociales y jurídicos antes que como sujetos pasivos necesitados de compasión o tutela (Vessvessian, 2012). En la citada ley, se aboga por el derecho de niñas, niños y adolescentes a ser oídos y a que su opinión sea tenida en cuenta como así también por el respeto al pleno desarrollo personal en su medio familiar, social y cultural, (Ley 26.061, 2005).

3.1.6 El Aula Hospitalaria “Un Solcito de Ternura”. Referencias contextuales.

El Aula Hospitalaria “Un Solcito de Ternura” fue inaugurada el 30 de marzo de 1999. Tal como señalan en un comunicado de prensa de la Municipalidad de la Ciudad de Córdoba, se trata de un servicio educativo básico que “consiste en la habilitación de una escuela en el Hospital Infantil para resolver las exigencias educativas de cada niño y para contribuir, desde la motivación que brinda el aprender, a mejorar la calidad de la salud de los niños” (Parte de Prensa, 1999, p. 1).

El servicio funciona desde aquel entonces bajo la órbita de la Escuela Municipal Dr. Pedro Carande Carro. La misma se encuentra ubicada al noreste de la ciudad de Córdoba, en un barrio urbano, Centro América, que colinda con zonas urbano-marginales. Este establecimiento educativo está a 2 kilómetros del lugar físico en el que funciona el aula hospitalaria, el Hospital Infantil Municipal. Este centro de salud se localiza en barrio Alta Córdoba, también al noreste de la ciudad pero en una zona con mayor acceso del transporte urbano y más cercana al centro.

Desde lo institucional, el servicio educativo constituye un aula más de dicha escuela pero ubicada en un entorno hospitalario. Por tal motivo, aunque dicho espacio cuenta

con sus propias autoridades y maestras, en lo administrativo y en la toma de algunas decisiones va a depender de dicho establecimiento.

Comenzó con dos docentes municipales multigrado y hoy el servicio cuenta con una vicedirectora, una maestra de nivel inicial, tres maestras multigrado y dos maestras de materias especiales: una profesora de piano y una de plástica. Un aspecto valorado para el ingreso docente es tener además de la titulación pedagógica, preparación en carreras afines tales como psicopedagogía, ciencias de la educación, psicología. Por tal motivo, sólo una de las maestras cuenta exclusivamente con la titulación pedagógica, mientras que el resto tiene las siguientes formaciones:

-) Una Lic. en Fonoaudiología.
-) Dos Lic. en Psicología.
-) Dos Lic. en Psicopedagogía
-) Una Lic. en Ciencias de la Educación

Respecto al entorno en el que desempeñan sus tareas, es preciso señalar que el Hospital Infantil Municipal (HIM) cuenta con 65 camas distribuidas de la siguiente manera:

-) 7 en Sala A (vinculadas a patologías comunes con prioridad en casos de diarreas).
-) 6 en Sala B (patologías oncológicas).
-) 7 en Sala C (patologías comunes con prioridad en cuadros respiratorios).
-) 8 en Sala E (patologías comunes con prioridad en cuadros respiratorios de niños mayores de 4 años).
-) 8 en zona de aislamiento (casos de clínica pediátrica e intervenciones quirúrgicas).
-) 13 en Sala Quirúrgica I y Sala Quirúrgica II (intervenciones quirúrgicas).
-) 3 Sala de Quemados.
-) 9 en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI).
-) 4 en Sala de Diálisis (casos nefrología que se tratan en el día).

La organización del trabajo de las maestras multigrado sigue el esquema en el que está dividido el hospital. En este sentido, sus tareas están asignadas por patologías:

-) Oncología. La docente se ocupa de los niños que están en sectores de aislamiento, en sala común y en la sala de día –con tratamientos ambulatorios.

- J) Quirúrgicos y pre-quirúrgicos. La docente trabaja con aquellos niños que están en el hospital por cirugías leves, traumatismos, o en observación. También se ocupa de los que están en nefrología o en el sector de quemados.
- J) Patologías comunes. La maestra que asiste por la tarde se ocupa de los niños que padecen enfermedades respiratorias como neumonía, fibrosis quística, asma, bronquitis, diabetes o alguna infección.

Además, ante la solicitud de algún médico o enfermero, también trabajan en la unidad de terapia intensiva (UTI). En estos casos, el acercamiento cumple pautas de bioseguridad en el ingreso de materiales a este sector del hospital por lo que generalmente pueden llevar un cuento o alguna actividad sin demasiados elementos.

A su vez, la docente de nivel inicial, trabaja con niños de 3 a 5 años de todas las patologías, priorizando los de 5. Las docentes de materias especiales (música y plástica) se ocupan también de niños con todas las patologías (la única diferencia es que la de música abarca desde nivel inicial hasta los 16 años mientras que por una decisión interna, la docente de plástica no atiende nivel inicial ya que la actual maestra de este nivel trabaja en gran medida con actividades vinculadas a la plástica).

La distribución de la jornada de las maestras multigrado y de la docente de nivel inicial es a través de dos turnos: por la mañana (de 9 a 13,30 horas) y por la tarde (de 13 a 17,30 horas). En el primero se desempeña la maestra de nivel inicial y dos docentes multigrado mientras que en el segundo lo hace una docente multigrado. Respecto a las maestras de materias especiales, la profesora de piano (que se desempeña en el área de música) realiza sus actividades dos veces a la semana (martes y viernes) de 9 a 17 horas. La docente del área de plástica también desarrolla sus labores dos días a la semana (miércoles y jueves), también de 9 a 17 horas. Por su parte, la jornada de la vicedirectora es de 12 a 17 horas.

Vale mencionar que el trabajo que realizan las maestras contempla no solo actividades en la sala de clases sino también a pie de cama. Todo dependerá de las posibilidades de movilidad de los niños y de la autorización expedida por los médicos para acercarse al espacio físico de “Un Solcito de Ternura”. A su vez, se plantean tareas en simultáneo: las docentes dejan actividades a quienes no pueden asistir al aula para que realicen mientras trabajan con otros niños en la sala de clases. Cuando estos últimos regresan a

sus camas, las maestras retoman las tareas propuestas con quienes quedaron en sus salas de internación.

4. Marco Teórico

4.1.1 Educación desde la perspectiva de desarrollo humano

Para el enfoque utilitarista, el desarrollo de las naciones se mide a través de indicadores como el ingreso per cápita. Según su perspectiva, el crecimiento del PIB impactaría positivamente y de forma casi automática en el bienestar de las personas. Sin embargo, Sen (2010) planteará en su enfoque de desarrollo humano o capacidades que no debería mezclarse ingreso y felicidad ya que el primero es un medio y la segunda un fin. Si entendemos a los seres humanos como entes complejos con múltiples necesidades, la economía es una pieza importante para la felicidad, pero no la única ya que hay otros factores que contribuyen a la misma como la organización social, la salud pública, la seguridad social y la educación (Sen, 2010).

Para Sen (2005), los bienes e ingresos contribuyen para que las personas sean y hagan ciertas cosas (lo que él llamará *funcionamientos*), pero no son determinantes. Para este autor lo central es evaluar la importancia de estos funcionamientos en la vida de las personas como así también las *capacidades*, en tanto libertad para elegir entre distintas formas de vida, que tienen los sujetos para alcanzarlos (Sen, 2005).

A su vez, la obra de Sen otorgará un rol fundamental a la expansión de la libertad, considerándola tanto un fin primordial del desarrollo como su medio principal. Aquí emerge el concepto de *agencia*, con el que se apunta a la habilidad individual para lograr las metas que cada uno valora (Deneulin y McGregor, 2009). La libertad de agencia convierte a las personas en sujetos activos de sus propias vidas, quienes definen así los modos de vida deseados.

En lo que respecta a la educación, para el autor "tiene una importancia intrínseca, la capacidad de leer y escribir puede influenciar profundamente la calidad de vida de las personas (...) una población educada puede hacer mejor uso de las oportunidades democráticas (...) comprender documentos legales puede ayudar a mujeres sometidas y a otros grupos oprimidos a hacer mejor uso de sus derechos" (Sen, 2002, The New York Times).

De este modo, como señala Rafael Cejudo Córdoba (2006), en este enfoque la misión asignada a la educación es más importante que en otras teorías de desarrollo: mientras que el capital humano se resalta su aporte en el aumento de las oportunidades de contratación y de la productividad (visión instrumental), la teoría de Sen se preocupa por cómo la educación contribuye a la libertad de llevar una vida buena. Es decir que, desde esta perspectiva, la educación tendrá una importancia crucial para que las personas puedan incrementar sus posibilidades de agencia y convertirse en sujetos activos de sus propias vidas.

Como sostienen Le Grand, Propper y Ray (1998), muchas voces han reconocido que la educación no es un servicio más sino que se trata de un proceso que tiene un efecto fundamental en la vida de sus receptores. Así, la educación funcionaría como un determinante importante para lograr el bienestar general y una vida de calidad: esto implica que debería existir un acceso universal mínimo según lo que se considere socialmente necesario (Le Grand, Propper y Ray, 1998).

La educación aparece entonces como un elemento clave para el florecimiento² humano y no sólo proporciona apertura hacia nuevos horizontes sino que además habilita la adquisición de capacidades valoradas (Unterhalter, 2009). En esta línea, Unterhalter (2009) destacará el rol instrumental de la educación (al impulsar el debate público y el diálogo sobre cuestiones políticas y sociales, y favorecer la capacidad para participar en los procesos de toma de decisiones en el hogar, la comunidad o a niveles nacionales); y el rol distributivo y de empoderamiento (al permitir que grupos desfavorecidos puedan organizarse políticamente).

Por su parte, Trueba destacará que el respeto al derecho a la educación constituye una parte ineludible de toda concepción de desarrollo: "La educación contribuye a la ampliación de las capacidades de la persona, lo cual favorece tanto el desarrollo humano individual (...) como el de toda la sociedad que se enriquece del mismo" (Trueba, 2012, p. 11).

De esta manera, en el presente trabajo partiremos de una concepción de la educación como motor central en el desarrollo humano de los individuos. En esta línea,

² No se encontró una traducción exacta para el término que utiliza Elaine Unterhalter (flourishing). Por eso se eligió la palabra "florecimiento" como un concepto cercano a lo que la autora citada buscaba transmitir.

entendemos que aporta en gran medida a la libertad de agencia, convirtiendo a las personas en sujetos activos, con posibilidad de elegir entre distintas formas de vida.

4.1.2 Aproximaciones socioculturales a la mente: Sujeto y situación

Considerando la educación como uno de los determinantes fundamentales para mejorar la calidad de vida de las personas y fortalecer el desarrollo humano, tomaremos los enfoques socioculturales como guía a la hora de entender los procesos de transmisión y aprendizaje en el caso que analizaremos en el presente trabajo.

Tal como señala Wertsch (1993), una aproximación sociocultural a la mente propone elaborar una explicación de los procesos mentales humanos reconociendo la relación esencial entre estos procesos y sus escenarios culturales, históricos e institucionales. Así, se trata de un enfoque que le da prioridad analítica a la acción humana: “los seres humanos son concebidos en contacto con su ambiente, creando a su ambiente y a sí mismos por medio de las acciones en las que se involucran” (Wertsch, 1993, p. 25). La acción aparece aquí como el punto en el que el ser humano y su ambiente se juntan, un espacio de construcción en el que diversas variables interactúan. Esta mirada supone un análisis integral, que concibe al sujeto más allá de los procesos evolutivos pero también más allá del ambiente que lo rodea: no se centra sólo en el individuo pero tampoco sólo en el ambiente.

De este modo, desde una perspectiva relacional, la acción y la interacción aparecen como categorías analíticas básicas y las explicaciones del medio ambiente y de las funciones mentales humanas resultan emergentes de ellas (Wertsch, 1993, p. 26). Además, la acción humana recurre a instrumentos mediadores como las herramientas o el lenguaje, los cuales le dan forma (Wertsch, 1993, p. 29). Las funciones mentales no escapan a esta mediación, ya que su construcción se definirá en función de sus propiedades sociales y mediadoras, y no como algo que se atribuye sólo al individuo, o bien al cerebro (Wertsch, 1993, p. 32). Esta concepción intenta conectar los procesos psicológicos con el ambiente sociocultural, habilitando una mirada integral que permita entender al sujeto y la acción mental de manera situada, en escenarios culturales, históricos e institucionales.

Wertsch reconoce la gran influencia que han tenido en sus escritos Vigotsky y Bajtín. Respecto al primero, recuperará sus propias palabras al referirse al origen social de las funciones mentales en el individuo: “la composición [de las funciones mentales

superiores], su estructura genética y sus medios de acción [formas de mediación] –en una palabra, toda su esencia- es social. Incluso cuando nos volvemos hacia los procesos mentales [internos], su naturaleza permanece cuasi-social. En su propia esfera privada, los seres humanos conservan el funcionamiento de la interacción social” (Wertsch, 1993, p. 44). De esta manera, lo social adquiere protagonismo en los procesos mentales: aunque no resulta determinante, la conexión existente es estrecha.

Además, tal como lo menciona el propio Wertsch, esto se ve con mayor claridad el concepto de Zona de Desarrollo Próximo de Vigostky. La misma se define como “la distancia entre el nivel real de desarrollo [del estudiante], determinado por la capacidad de resolver independientemente un problema, y el nivel de desarrollo potencial, determinado a través de la resolución de un problema bajo la guía de un adulto o en colaboración con otro compañero más capaz” (Baquero, 1996, p. 137). Así, como destaca Wertsch, para Vigotsky es tan importante medir el nivel de desarrollo potencial como el efectivo, de hecho, la mirada vigotskyana apunta a que la educación se vincule más estrechamente al nivel potencial de desarrollo (Wertsch, 1993). Esta noción pone de relieve la importancia del diálogo y las relaciones intersubjetivas en el desarrollo del sujeto.

Asimismo, Vigostky también resaltó que las funciones mentales superiores y la acción humana se encuentran mediadas por herramientas y signos (Wertsch, 1993). De este modo, el lenguaje aparece en Vigotsky como el gran mediador de la acción humana. En esta línea, resulta muy importante la contribución de Bajtín. Según recupera Wertsch, Bajtín entendía al enunciado como “la verdadera unidad de la comunicación verbal” (Wertsch, 1993, p. 69). Pero a su vez, siguiendo a este autor, el enunciado sólo cobra sentido en un contexto particular, en la voz de un sujeto específico y producido para un destinatario. Por tanto, no sólo importará quien produce el discurso sino también aquel al que se dirige: todo enunciado tiene un destinatario ya que “en ausencia de direccionalidad, ‘el enunciado no existe ni puede existir’” (Wertsch, 1993, p. 71). Es decir que, de acuerdo con esta mirada, aunque el destinatario no esté presente en una situación de habla, siempre el discurso estará dirigido a alguien: “el enunciado se construye desde el principio tomando en cuenta las posibles reacciones de respuesta para las cuales se construye el enunciado. El papel de los *otros*, como ya sabemos, es sumamente importante” (Bajtín, 1982, p. 285).

Pero además, todo enunciado hace referencia a otros enunciados ajenos: “Por más monológico que sea un enunciado (...), por más que se concentre en su objeto, no puede dejar de ser, en cierta medida, una respuesta a aquello que ya se dijo acerca del mismo objeto, acerca del mismo problema (...)” (Bajtín, 1982, p. 282). En consecuencia, cada enunciado constituirá un eslabón más dentro de una cadena discursiva y el mismo será tomado por diferentes interlocutores, quienes los resignificarán y establecerán relaciones con otros enunciados de forma permanente y según sus propias miradas.

De esta manera, la dialogicidad del discurso será doble: por un lado a partir de los ecos de otros enunciados y la dimensión intertextual que aparece en cada enunciado; y por el otro, en función de que todo discurso está dirigido hacia una respuesta, hacia un *otro* (corpóreo o imaginario), provocando la respuesta, yendo a su encuentro (dimensión interactiva).

Este dialogismo hace que nuestro pensamiento se forme en un proceso de interacción y lucha con pensamientos ajenos (Bajtín, 1982, p. 282) por lo que, “toda comprensión verdadera es dialógica por naturaleza” (Wertsch, 1992, p. 73). Así, entendemos que la comunicación y la interacción constituyen aspectos claves para desarrollar el pensamiento y la comprensión en todo sujeto. El lenguaje adquiere en este contexto una función significativa: es a partir del mismo que podemos, en palabras de Mercer (2001), “pensar conjuntamente” y más que transmitir información de un cerebro a otro, el lenguaje “permite que los recursos mentales de varios individuos se combinen en una inteligencia colectiva y comunicadora que permite a los interesados comprender mejor el mundo e idear maneras prácticas de tratar con él” (Mercer, 2001, p. 23).

4.1.3 La escuela como escenario de procesos de transmisión y aprendizaje interactivos y situados.

Frente a lo dicho anteriormente, haremos pie en la escuela como el escenario público y colectivo por excelencia para el desarrollo humano de niños y niñas. En este sentido, se trata de un espacio simbólico significativo, “en el que el acto social de ‘transmisión’ y de interacción generacional resulta un escenario fecundo para la construcción de (...) subjetividades (...) entre ellas la de joven, la de alumno y la de ciudadano (...)” (Aizencang y Maddoni, 2007, p. 125 y 126). Además, la escuela se presenta como la institución por excelencia para incorporar a los sujetos a las redes objetivas y simbólicas

que aseguran su pertenencia social: “El estar o no estar en la escuela implica para los niños participar o no de tramas de filiación fundamental” (Ávila, 2000, p. 169).

A su vez, considerando lo señalado en el apartado anterior de este marco teórico, el aprendizaje y el conocimiento se producen en situación, a partir de un funcionamiento intersubjetivo y distribuido entre sujetos: se trata de un proceso multidimensional, en el que el conocimiento es mudable e inestable; hablamos así de una experiencia que involucra la afectividad, el pensamiento y la acción (Aizencang y Maddoni, 2007, p. 128). De este modo, como destacan Juri y Mercado citando a Moscovici (2012), “el conocimiento no sólo reproduce, sino que se construye y permite construir la realidad; se genera a partir de procesos de interacción y comunicación con otros sujetos y grupos y el lenguaje tiene una importancia central en esos procesos” (p. 5).

En este sentido, tomaremos la mirada de Kaplún (2002) según la cual aprender y comunicar son componentes de un mismo proceso cognitivo:

"Si nuestro accionar educativo aspira a una real apropiación del conocimiento por parte de los educandos, tendrá mayor certeza de lograrlo si sabe abrirles y ofrecerles instancias de comunicación. Educarse es involucrarse y participar en una red de múltiples interacciones comunicativas". (p. 211)

Así, como nos dice Mata (1985), comunicarse es una experiencia esencialmente humana que asumimos como parte de nuestra cotidianeidad. En dicha experiencia comunicacional, el otro (quien ocupa el rol de receptor en las teorías de la comunicación), adquiere una importancia clave ya que no sólo habrá producción de sentido en la emisión sino que también la habrá en la esfera de la recepción: “Ser receptor, en consecuencia, no es ser pasivo recipiente o mecánico decodificador. Es ser un actor sin cuya actividad el sentido quedaría en suspenso” (Mata, 1985, p. 5). De esta manera, la construcción de sentido implica el involucramiento de ambas partes y, si entendemos que el aula y cualquier otra práctica educativa constituyen espacios de la cotidianeidad, podremos asumir que las interacciones comunicativas resultan elementos fundamentales para desarrollar la comprensión. En consecuencia, y aquí recuperamos nuevamente las palabras de Mata, si la comunicación es un espacio “donde cada quien pone en juego su posibilidad de construirse con otros” (Mata, 1985, p. 1), la escuela, atravesada por procesos comunicacionales, también lo será.

Asimismo, se destaca que en las mencionadas interacciones comunicativas, el lenguaje vuelve a surgir ocupando un lugar de gran importancia. Como señala Pitkin (1984) retomando a Wittgenstein, se trata del medio en el que constituimos nuestro mundo social, político, humano, el medio a través del cual nos constituimos a nosotros mismos. El lenguaje adquiere entonces una función constitutiva en la construcción de la realidad social: la cultura se recrea constantemente al ser interpretada y renegociada por los integrantes de una sociedad (Bruner, 1988). Así, como señalamos en el apartado anterior, el lenguaje se constituye según Vigotsky como el gran mediador de la acción humana (Wertsch, 1993), presupone un otro que completa el sentido del discurso y refiere a otros enunciados ajenos, promoviendo un proceso de resignificación (Bajtin, 1982) y pensamiento conjunto (Mercer, 2001) en el que la comprensión será dialógica por naturaleza (Wertsch, 1993).

Por lo tanto, y como venimos desarrollando, la participación de los sujetos tendrá un papel significativo en los procesos de transmisión y aprendizaje. El aprendizaje y el desarrollo se entienden como variaciones de las formas de participación de los sujetos en las actividades culturales. Aquí participar es, siguiendo a Baquero que recupera a Rogoff, "tanto 'tomar parte' como, fundamentalmente, '*ser parte*'" (Baquero, 2007, p. 3). De este modo, cobra relieve en el desarrollo del niño la figura de un sujeto que se constituye en prácticas culturales por procesos de apropiación recíproca entre sujeto y cultura (Baquero, 2007, p. 3). Así, los sujetos se verán “profundamente afectados por signos y sentidos producidos en las (y en la historia de las) relaciones con los otros” (Bustamante Smolka, 2010, p. 47).

En esta línea, asumimos la importancia de pensar en alumnos con roles activos. Si partimos de la idea de Bruner (1988) de que los materiales de educación sean elegidos por su susceptibilidad a la transformación imaginativa y sean presentados de forma que inviten a la negociación y la especulación, el estudiante será “a la vez un agente elaborador de conocimientos y un receptor de la transmisión de conocimientos” (Bruner, 1988, p. 132). En este marco, el docente actuará como mediador entre los saberes y los estudiantes, y su función principal será la de guiar y/o facilitar el proceso de aprendizaje. Además, entre sus responsabilidades estará la de modelar las actividades para mostrar que se trata de algo posible e interesante (Diuk y Borzone, 2007).

5. Metodología

En este apartado, abordaremos la estrategia metodológica propuesta para llevar adelante el proceso investigativo. Nos referiremos al diseño y enfoque de investigación, como así también a las técnicas de análisis y recolección de datos que utilizaremos.

5.1.1 Diseño de investigación

El diseño de investigación de la tesis propuesta responde a un estudio fundamentalmente descriptivo. Así, describiremos las características de los procesos de transmisión y aprendizaje vivenciados en la sala de clases del aula hospitalaria (entendiendo que esta comprende tanto aquellas jornadas desarrolladas a pie de cama como en el espacio físico del aula hospitalaria) “Un Solcito de Ternura” del Hospital Infantil Municipal. Haremos foco en los modos de comunicación, interacción y participación entre los distintos sujetos involucrados a fin de dar cuenta cómo sus características particulares aportan a la práctica educativa realizada en este centro de salud.

A su vez, un primer momento de la investigación se caracterizará como exploratorio ya que intentaremos familiarizarnos con las prácticas educativas y escolares desarrolladas en el hospital y con el contexto en que las mismas se llevan a cabo.

5.1.2 Enfoque de investigación

El estudio propuesto se enmarca en un enfoque cualitativo, el cual apunta a reconstruir la realidad tal y como la observan los actores de un sistema social previamente definido (Hernández Sampieri, Collado Fernández y Lucio Baptista, 2006) y además, contempla al propio sujeto humano como "el punto de referencia (...) imprescindible para la comprensión profunda de los problemas" (Sabino, 1994, p. 81).

El enfoque seleccionado reviste gran interés para dar cuenta de los sentidos que adquieren las interacciones y el lenguaje en la sala de clases ya que nos permitirá acceder a las percepciones y significados que distintos sujetos (directivos, maestros, niños, padres y otros profesionales) otorgan a las prácticas educativas desarrolladas en el aula hospitalaria. A través del análisis de un conjunto de miradas subjetivas junto con la del investigador podremos reconstruir e interpretar los procesos de transmisión y aprendizaje del Aula Hospitalaria “Un Solcito de Ternura”.

5.1.3 Estrategia metodológica

A fin de dar cuenta de cómo las interacciones producidas en la sala de clases y mediatizadas por el lenguaje, contribuyen a los procesos de transmisión y aprendizaje en el aula hospitalaria del Hospital Municipal Infantil, Córdoba, Argentina, realizaremos un estudio de caso del espacio educativo “Un Solcito de Ternura”. Consideramos que las prácticas que allí se desarrollan pueden representar un escenario de tiempo y espacio referente ya que es el aula hospitalaria que más años de trayectoria tiene en la provincia de Córdoba, lo cual le otorga un lugar especial en relación a otras experiencias.

Además, es importante mencionar que la creación de escuelas en contexto hospitalario apunta hacia la promoción de diversas dimensiones del desarrollo humano. En este sentido, las aulas hospitalarias pueden contribuir al bienestar de los niños que asisten a clases, al promover actividades que posibiliten su reconocimiento como sujetos de derecho y la resignificación de los procesos por los que atraviesan. Así, sus prácticas pueden aportar una mirada hacia el futuro y por tanto una mejora en la calidad de vida.

A su vez, las prácticas educativas llevadas adelante en este espacio poseen características singulares y se observa que la comunicación interpersonal y el lenguaje verbal y no verbal adquieren un papel preponderante en los procesos de transmisión y aprendizaje. En este sentido, no hemos encontrado bibliografía académica específica sobre procesos interactivos vinculados a experiencias escolares en contextos hospitalarios. Es por ello que es de gran interés promover un estudio de caso de este tipo. El mismo nos permitirá contribuir a la generación de conocimiento sobre esta temática, promoviendo una mirada reflexiva y crítica desde la sala de clases.

5.1.4 Técnicas de recolección de datos

Las técnicas para la recolección de datos que se utilizarán se presentan a continuación. Al trabajarse desde un enfoque cualitativo, las muestras tomadas serán no probabilísticas por lo que los datos recolectados tendrán un valor limitado a los sujetos y grupos seleccionados.

Observación

Se combinarán observaciones no estructuradas o participantes con observaciones estructuradas. Las observaciones participantes se darán al inicio, cuando observemos por primera vez las actividades desarrolladas en el aula. Así, como primer acercamiento nos parece interesante explorar de manera general las actividades del aula, sin un plan premeditado y con cierto grado de participación (Chávez de Paz, s.f.). Luego realizaremos observaciones del segundo tipo ya que con la información recabada, podremos elaborar un plan sobre qué variables observar y qué datos recolectar (Chávez de Paz, s.f.). Entre estas últimas, observaremos tanto las actividades realizadas por las maestras junto a sus alumnos en la sala de clases como así también algún acto organizado por las docentes y el entorno en el que el aula hospitalaria se encuentra inmersa.

Asimismo, durante las observaciones intentaremos recuperar las voces de algunos de los alumnos que participan de las clases del aula hospitalaria ya que son los sujetos de la educación y por tanto protagonistas principales del proceso.

Entrevistas

El estudio propuesto implica la realización de entrevistas a docentes, médicos y directivos de la institución. También se pretende entrevistar a psicólogos, enfermeros y otro personal involucrado en la atención integral de los niños hospitalizados. Todas las entrevistas serán en profundidad.

La muestra será no probabilística y se generará a través de un procedimiento de selección informal. El tamaño de la muestra no será significativo y dependerá de la capacidad operativa de recolección y análisis y del entendimiento y naturaleza del fenómeno analizado (Hernández Sampieri, 2006). En este sentido, se utilizará el criterio de *saturación* y, durante el proceso de estudio, se irán incorporando los entrevistados que se consideren necesarios hasta que evaluemos que la muestra está completa.

En primera instancia, tomaremos *muestras de casos sumamente importantes para el problema analizado* (Hernández Sampieri, 2006) y realizaremos entrevistas a los directivos del aula hospitalaria (por los significados que asignan a las prácticas y para conocer qué impactos observan en los niños a partir de las metodologías aplicadas).

En segunda instancia, tomaremos *muestras diversas*, las cuales intentarán mostrar distintas perspectivas y localizar diferencias y coincidencias (Hernández Sampieri,

2006). Buscaremos acceder a las opiniones de docentes multigrado como así también a las de profesores de materias especiales como plástica y música. Teniendo en cuenta que cada educador construye desde su posición subjetiva y que además de su participación en el aula hospitalaria, acompaña a pie de cama a distintos niños, cada caso reviste una particularidad. Además, buscaremos entrevistar a médicos, psicólogos y enfermeros ya que están en contacto continuo con los niños desde un lugar diferente: el de velar por su salud física. Por último, quisiéramos destacar que en el proyecto inicial nos propusimos también poner en valor las voces de los padres de algunos niños ya que son quienes visualizan el desarrollo de sus hijos fuera del hospital y en relación con otros pares. Sin embargo, dado que quienes podrían brindarnos un panorama más profundo eran familiares de niños con enfermedades oncológicas (por encontrarse en el hospital por períodos más prolongados), no consideramos oportuno generar instancias de entrevista con ellos. En este sentido, en diálogo con las docentes de la institución, entendimos que el contexto de vulnerabilidad en el que se encontraban los mismos (no sólo por las emociones que los atravesaban sino también por el escaso tiempo con el que contaban) no era propicio para realizar entrevistas con los mismos.

5.1.5 Técnicas de análisis

A lo largo del estudio recurriremos en distintas oportunidades al *análisis de contenido cualitativo*. Al comienzo y a modo exploratorio, nos acercaremos al objeto de estudio analizando fuentes documentales acerca de la educación en contexto hospitalario a nivel internacional, regional y nacional como así también sobre los inicios del aula hospitalaria en cuestión. Además, analizaremos las planificaciones confeccionadas por las maestras del aula hospitalaria como así también los proyectos educativos y otros documentos institucionales.

Tabla metodológica				
Entrevistas	Iniciales entrevistada	Cargo	Año de entrevista	Referencia
	GN	Vicedirectora	2016	D1
	NM	Maestra de grado	2016	D2
	MAQ	Maestra de grado	2016	D3
	AN	Maestra de grado	2016	D4
	VMC	Maestra de nivel inicial	2016	D5
	MLC	Docente de materias especiales: Docente del Área Música	2016	DME1
	BM	Docente de materias especiales: Docente del Área Plástica	2016	DME2
	MBA	Profesional de Salud: Lic. en Psicología.	2016	PS1
	FR	Profesional de Salud: Médica Residente	2016	PS2
Observación	Tipo de observación	Lugar de observación	Año de observación	Referencia
	Estructurada	Sala de clases de Aula Hospitalaria	2016	OB1
	Participante	Sala de clases de Aula Hospitalaria	2016	OB2
		Clases a pie de cama	2016	OB3
	No participante (pública)	Acto por el bicentenario del 9 de julio (día de la independencia Argentina).	2016	OB4
Análisis de material documental	Material			Referencia
	Proyectos Institucionales del Aula Hospitalaria			MD1
	Video documentado sobre trabajo de docente a pie de cama			MD2
	Video documentado sobre trabajo de docente a pie de cama			MD3
	Se indagó sobre diversos materiales vinculados a la temática: fuentes documentales sobre educación en contexto hospitalario, material normativo respecto al aula hospitalaria en cuestión, proyectos institucionales, textos que aborden la relación entre sujeto y situación, abordajes socioculturales de la educación, entre otros.			

A su vez, ya inmersos en la investigación, recurriremos al método comparativo constante de Glaser y Strauss (Archenti, N., Marradi, A. y Piovani, J. I., 2007) y compararemos distintos fragmentos de datos provenientes de las observaciones y las entrevistas; vincularemos categorías y propiedades; y finalmente, arribaremos a las conclusiones acerca del rol desempeñado por las interacciones y el lenguaje en la sala de clases.

A través de las observaciones podremos registrar variables tales como:

- *Relaciones sociales*: mediante la visualización de cambios o continuidades en las relaciones entre pares y entre niños y docentes a medida que van avanzando las clases.
- *Agencia*: mediante la observación o no de actividades generadas a partir de iniciativas de los niños y cómo estas varían de acuerdo a la maduración del vínculo con los docentes.

Por su parte, las entrevistas nos permitirán registrar las siguientes variables:

- *Relaciones sociales*: cómo visualizan directivos, docentes, médicos y otros profesionales los cambios o no en las relaciones entre pares y entre niños y docentes.
- *Agencia*: si los docentes orientan o no algunas actividades en función de iniciativas de los niños y si otros profesionales observan o no actitudes activas de los niños para el logro de sus metas.
- *Subjetividades*: satisfacción o no de directivos, docentes, médicos, otros profesionales y niños con las prácticas de la escuela; junto con la referencia de docentes y directivos acerca de cambios o continuidades en las experiencias comunicativas y de conocimiento de los niños que reflejen el impacto (positivo o negativo) de las prácticas escolares.

A partir de las variables registradas, intentaremos establecer coincidencias y diferencias para lograr conclusiones y analizar las prácticas educativas con la mirada puesta en el lenguaje y los procesos interactivos y dialógicos generados entre los distintos actores involucrados en los procesos de transmisión y aprendizaje situados.

6. El Aula Hospitalaria “Un Solcito de Ternura”

El Aula Hospitalaria “Un Solcito de Ternura”, está ubicada físicamente como espacio material en el primer piso del Hospital Infantil Municipal (se adjuntan fotos de la misma en el anexo). El lugar es estrecho y tiene forma rectangular (de aproximadamente 3 metros de ancho y 6 metros de largo). La pequeña oficina de la subdirectora de la institución se encuentra separada del resto del aula por armarios cerrados empapelados con dibujos y producciones de los estudiantes. El ingreso a la misma se encuentra permanentemente abierto y conectado con el aula ya que no cuenta con una puerta. Como pudimos observar durante nuestras visitas, este lugar no sólo era utilizado por la subdirectora sino que también funcionaba como sitio de encuentro y conversación entre las maestras.

Fuera de esa oficina, se aprecian dos mesas de nivel inicial para trabajar con los estudiantes que puedan acudir al aula. Las mismas están ubicadas de forma paralela a la pared y sobre cada una hay un alcohol en gel. Ambas están acompañadas por dos sillas y además, cuentan con otra mesa de apoyo (ubicada de forma perpendicular a dichas mesas) que es utilizada para poner juegos, útiles escolares, netbooks e incluso desinfectantes.

El aula tiene dos ingresos: uno principal (que es el más utilizado, tanto por otros profesionales de la salud que acuden al espacio por algún motivo, como por las maestras que entran y salen para hacer sus recorridos diarios por las salas del hospital) y otro que se encuentra en uno de los laterales de la misma (este es aprovechado fundamentalmente por familiares de niños con enfermedades oncológicas que llevan a los mismos periódicamente al aula). En esta línea, el espacio áulico está pensado para favorecer clases en entornos adecuados para las necesidades médicas de los alumnos que allí acuden. Así, la mesa de la derecha (si se ingresa por la puerta principal) está especialmente destinada para trabajar con estos estudiantes ya que son quienes pueden sufrir un mayor riesgo de contagio. En caso de ocuparse las dos mesas, existe un panel divisorio móvil al que sólo se recurre si hubiera alumnos con enfermedad oncológica compartiendo el espacio con otros estudiantes.

A su vez, en uno de los laterales del aula, se observan 3 computadoras ubicadas sobre dos escritorios, dos de las cuales son usadas por las maestras para buscar material y para trabajar con los alumnos (la tercera es más antigua y tiene escasa utilización según relatos de las docentes). Además, en este lateral del aula se aprecian ventanales que

poseen persianas fijas de oficina que no permiten un paso completo de la luz exterior pero que al ocupar un panel completo posibilitan que el espacio sea luminoso. Sobre algunas de las ventanas se observan dibujos y trabajos de los alumnos. En el otro lateral pueden verse distintos armarios (algunos abiertos y otros cerrados) con cajas, juguetes, juegos de mesa y otros materiales didácticos de uso cotidiano. Arriba de los armarios también se observan cajas etiquetadas y juguetes. Además, pudimos observar una pizarra para uso con marcador de tamaño mediano ubicada en uno de los extremos del aula. Según relatos de las maestras, la misma no es usada en sus clases.

Aunque el espacio es reducido, captó nuestra atención la manera en que las docentes se movían con agilidad por el lugar. Como se indicara en las referencias contextuales del aula hospitalaria, por la mañana desarrollan sus actividades tres maestras (dos multigrado y una de nivel inicial), que dos veces a la semana se superponen con la docente de música y otros dos días con la de plástica. Es decir, salvo un día a la semana en el que son tres, los otros cuatro días son cuatro. Por la tarde, todo resulta más silencioso ya que sólo una de las maestras multigrado cuenta con ese horario (está sola un día en la semana y los otros cuatro se superpone dos días con la profesora de música y dos días con la docente de plástica).

La coincidencia de varias docentes en el horario de la mañana hace que sea necesaria una coordinación constante entre ellas para aprovechar al máximo el espacio y no superponerse en el uso de las mesas para trabajar con los niños. Sin embargo, de nuestras observaciones surgió una fluidez en el manejo del espacio y, al menos durante el tiempo en que visitamos el aula, nunca estuvieron ocupadas las dos mesas en simultáneo. Así, mientras en una de las mesas trabajaba alguna maestra y sus alumnos, la otra era aprovechada para preparar bandejas y materiales que se llevarían a pie de cama.

A su vez, el espacio limitado también supone el solapamiento de distintas personas (docentes, profesionales de la salud, familiares, entre otros) y conversaciones. Esto le brinda características distintivas al aula y la aleja de una que pueda encontrarse en una institución escuela.

Durante las observaciones y las entrevistas realizadas, y desde la subjetividad que suponen las sensaciones percibidas, se aprecia un ambiente cálido y acogedor, muy diferente al entorno hostil que puede significar el hospital. El gran despliegue de

dibujos, juegos y materiales didácticos que se observa en los armarios del aula, como así también el hecho de que las docentes no usen guardapolvos blancos para diferenciarse de los profesionales de la salud, contribuye a contextualizar el aula como un espacio educativo que, aunque se encuentre situado en el hospital, se presenta como un sitio diferente para que el niño pueda vivir experiencias que lo alejen del dolor, la frustración y el sufrimiento que puede provocar la enfermedad o la internación.

6.1.1 Proyectos institucionales

De acuerdo con los documentos institucionales a los que accedimos, el Aula Hospitalaria cuenta con un proyecto central denominado "Un Espacio para Construir Aprendizajes, Jugando, Creando y Trabajando". Además, el mismo es complementado con otros proyectos específicos a ser implementados entre los meses de marzo y noviembre:

-) Cuidando nuestros riñones
-) Tejiendo momentos-telar
-) Ecología, contaminación y salud
-) Sanacuento
-) En la calle, de andar seguros disfrutamos
-) Compartiendo vivencias
-) Yo soy así
-) Tejiendo momentos-pintura sobre tela
-) Lavado de manos
-) Regiones folclóricas

Los anteriores están dentro de un cronograma distribuido por meses mientras que las docentes han agregado otros proyectos generales cuyo abordaje se da a lo largo de todo el año:

-) Recreando una memoria constructiva
-) Estimulación Cognitiva
-) PNL
-) Recreo mental. Juegos y problemas lógico-matemáticos.
-) Niños en acción, con educación y salud-hablemos de diabetes.

Vale señalar que en el documento institucional que presenta los distintos proyectos, se destaca que el cronograma es flexible y adaptable en su aplicación según la situación particular del alumno.

6.1.2 Acerca del proyecto central y el perfil del docente, directivo y alumno.

En la fundamentación del proyecto central "Un Espacio para Construir Aprendizajes, Jugando, Creando y Trabajando", se destaca que el estudiante en situación de enfermedad requiere un abordaje pedagógico capaz de adaptarse a sus nuevas necesidades:

"las relacionadas al diagnóstico, a la hospitalización, a las prácticas médicas, a la modificación de los tiempos y los espacios, a la pérdida de la cotidianeidad, al aislamiento, a la desvinculación de su escuela de origen y de sus grupos de pares, a la vivencia de dolor, a los temores, ansiedades y otras manifestaciones subjetivas expresadas en él y su familia. Es así, que la praxis docente se encuentra atravesada por una serie de exigencias y desafíos que exceden la dimensión de los aprendizajes y la continuidad de la escolarización, debiendo contemplar la incidencia de estos factores particulares en cada situación". (Aula Hospitalaria "Un Solcito de Ternura", s.f.a, p. 2).

En ese marco, en el proyecto institucional del Aula Hospitalaria (s.f.) se define una serie de principios que marcará el accionar diario de cada docente:

-) Flexibilidad
-) Creatividad
-) Respeto y atención a la subjetividad
-) Enseñanza personalizada
-) Adecuación permanente a la situación cambiante que supone el transitar una situación de enfermedad.

Asimismo, el objetivo general identificado en el documento (s.f.) es: "Impartir educación inicial y primaria a los alumnos que por su situación de enfermedad no pueden asistir a su escuela de origen ofreciendo alternativas pedagógicas a los

alumnos/as en función de su singularidad" (p. 3). Entre los objetivos específicos se encuentran los siguientes:

-) "Implementar estrategias que permitan vincular e integrar los aprendizajes.
-) Reducir la deserción y repitencia escolar provocadas por la enfermedad.
-) Mantener la continuidad de los aprendizajes escolares.
- (..)
-) Favorecer la resignificación de la situación adversa provocada habilitando nuevos aprendizajes.
-) Reducir los efectos negativos derivados del aislamiento que produce la hospitalización.
- (...)
-) Favorecer los procesos de relación y socialización de los alumnos/as" (Aula Hospitalaria "Un Solcito de Ternura", s.f.a, p. 3).

Respecto al perfil docente y directivo, en los documentos institucionales se logró recuperar una recopilación realizada en el año 2014. Allí se indica que es necesario que el Servicio Educativo Hospitalario cuente con docentes y directivos capacitados en pedagogía hospitalaria y con preparación en carreras afines como psicopedagogía, ciencias de la educación, psicología, fonoaudiología, trabajo social. Además, se menciona que deben ser capaces de, entre otros:

-) "(...) Seleccionar, adaptar, flexibilizar y agilizar contenidos, técnicas y recursos apropiados para cada caso de acuerdo a su patología y estado psicofísico.
-) Trabajar con una pedagogía con propósitos, contenidos, objetivos y fines basada en la diversidad, necesidades e intereses de cada niño.
- (...)
-) Tener en cuenta que la salud es la meta prioritaria a la cual deben subordinarse los aprendizajes y actividades pedagógicas.
-) Brindar al niño internado la posibilidad de expresar deseos y temores, ensayar conductas a través de espacios lúdicos elaborados para favorecer el estado de ánimo.
-) Cuidar las áreas sanas del niño enfermo.
- (...)

- J Trabajar en equipo e inter disciplinariamente con los otros docentes y demás profesionales del área de salud.
- J Capacitarse continuamente en pedagogía hospitalaria y en las características de las diferentes patologías, en relación a la toma de decisiones pedagógicas.
- J Mantener el equilibrio emocional e integridad psicológica ante repetidas situaciones de profundo dolor y angustia ante enfermedades terminales, deterioro físico, sufrimiento y muerte de los alumnos-pacientes (...). (Aula Hospitalaria "Un Solcito de Ternura", 2014, p. 128).

En relación al perfil del alumno, los documentos institucionales identifican al mismo como un niño internado cuya escolaridad se encuentra entre el nivel inicial y el tercer ciclo de la Educación General Básica (EGB) como así también niños por debajo de los 5 años. Como señala dicho material, el destinatario del servicio educativo del aula hospitalaria es el niño enfermo aunque su punto de partida no es justamente la enfermedad sino que se apunta al "fortalecimiento de los factores positivos para el desarrollo humano en un encuadre de afecto y de confianza, incorporando algunas partes de su mundo cotidiano al hospital como la escuela y el aprendizaje, creando así un nexo con el exterior, una proyección de futuro, que contribuye a alejar la sensación de separación y exclusión que determina la internación" (Aula Hospitalaria "Un Solcito de Ternura", s.f.b).

Asimismo, siguiendo al mencionado documento institucional del Aula Hospitalaria (s.f.b), de acuerdo al tiempo de internación, el servicio educativo del Hospital Infantil Municipal divide su población de la siguiente manera:

- J *Niños con internación pasajera.* Se trata de niños que permanecen hasta 5 días dentro del hospital en donde la intervención de las docentes es entendida como fundamental a fin de evitar secuelas psicológicas por una internación traumática.
- J *Niños con internación prolongada sin escolaridad manifiestamente interrumpida.* Aquí se busca establecer un vínculo con la escuela de origen para dar continuidad al ritmo escolar respecto a contenidos curriculares y metodología de aprendizaje. Se apunta que las actividades escolares desarrolladas en el hospital faciliten su reincorporación a su escuela.
- J *Niños con internación prolongada con escolaridad manifiestamente interrumpida.* Se trata de casos en los que la situación particular del niño

demanda la escolarización en el hospital y la inscripción en la Escuela Carande Carro. Generalmente son pacientes oncológicos, traumatológicos, nefróticos y quemados.

J) *Niños que han superado la internación prolongada y asisten a controles periódicos.* Son niños que pueden reintegrarse a su escuela pero por su tratamiento deben permanecer varias horas en el centro de salud.

Como puede verse, el aula hospitalaria "Un Solcito de Ternura" centra sus actividades en niños internados cuya escolaridad transcurre desde nivel inicial hasta el nivel primario. Desde el servicio educativo mencionado, se plantea que la praxis docente se ve atravesada por situaciones que van más allá de los aprendizajes y la continuidad del proceso de escolarización. En este marco, tanto en el proyecto central como en los documentos institucionales a los que pudimos acceder, se manifiesta la necesidad de contar con docentes formados en pedagogía hospitalaria, que asienten su accionar diario en principios como la flexibilidad, la creatividad, el respeto y la atención a la subjetividad, la enseñanza personalizada y la adecuación constante a la situación cambiante en la que se encuentra el niño.

6.1.3 En el Aula Hospitalaria: “un día como cualquier otro” desde la perspectiva docente

Pensar y sistematizar un día común³ en el aula hospitalaria “Un Solcito de Ternura” no es una tarea sencilla. Al consultarles a las maestras sobre este punto, la mayoría nos preguntaba: ¿Común? Es que, de acuerdo a lo que nos manifestaron las docentes, resulta difícil pensar un día como cualquier otro ya que los cambios son constantes: cada jornada ingresan niños y se retiran otros; algunos están disponibles para tener una clase y otros no; a veces se puede trabajar mucho tiempo con uno pero en muchas ocasiones no, todo depende de factores como el ánimo de los niños, la medicación que están tomando, la autorización del médico o enfermero, entre otros. En palabras de las propias maestras:

“Cada día es diferente. Hay días que no te alcanza el tiempo prácticamente. Vas y venís. Y otros días que son muy tranquilos sea porque no hay chicos para trabajar o porque están y no se puede trabajar. Esos días se aprovechan para hacer otras cuestiones de la escuela como el completamiento de carpetas,

³ Cuando hacemos referencia a un “día común” se apunta a recuperar el relato de las maestras sobre el acontecer cotidiano de un docente en un entorno hospitalario.

preparar tareas porque van a venir los chicos crónicos que hacen la escuela acá. También aprovechamos para ponemos en contacto con las escuelas (...). Se trabaja sobre los proyectos porque siempre hay que revisarlos, reformularlos. Siempre hay alguna tarea para hacer”.

(Testimonio D4)

“Cada día es un día distinto. Te puedo decir que desde que estoy acá (...) nunca tuve un día igual al otro. En la escuela común podés planificar más. Acá si bien podés prever un poco, lo vas viviendo minuto a minuto. Hay días que tengo un solo alumno y otros que tengo nueve”.

(Testimonio D5)

“Todos los días son diferentes. Vemos qué tenemos y en el trayecto de la sala al aula pensamos alternativas de dictado de clases (...). Depende la edad, el interés, la patología, si tiene o no los brazos con vía (...).”.

(Testimonio DME1)

Sin embargo, a pesar de los cambios permanentes a los que se enfrentan diariamente, las docentes organizan su jornada de manera similar. Quienes se desempeñan en el turno de la mañana (las docentes multigrado, la maestra de nivel inicial y las docentes maestras de materias especiales que trabajan en doble turno dos días a la semana) llegan a las 9 horas mientras que la maestra que trabaja por la tarde arriba a las 13 hs. Apenas ingresan quienes llegan a la mañana y también en el cambio de turno, toman unos minutos para conversar, realizar intercambios sobre los niños con los que trabajaron en la jornada anterior y las novedades del día si las hay. Luego, cada una comienza su recorrido diario por determinadas salas (las maestras multigrado visitan la sala asignada en función de distintas patologías; la maestra de nivel inicial recorre todas las salas en busca de niños de 4 y 5 años, atendiendo menores de esa edad en caso de contar con tiempo disponible; y las docentes de materias especiales también transitan por todas las salas). Al llegar a las salas correspondientes, lo primero que hacen es hablar con los enfermeros. Ellos les comentan sobre los niños que se encuentran en la sala, las patologías y las posibilidades de trabajar con ellos (si se puede hacerlo y en caso de que sí, si lo mejor es trabajar en el aula o a pie de cama). En base a ese primer relevamiento, las maestras inician (o continúan en caso de tratarse de alguien que ya habían conocido) el contacto con los alumnos. Al acercarse a sus camas, se presentan como “la seño de la escolita” y les preguntan a ellos (o a sus cuidadores si están dormidos) cuántos años

tienen, el lugar de procedencia, el grado al que van y la escuela de origen. Además, indagan acerca de los temas que están viendo en la escuela, qué materia les gusta más o si hay algo que les cuesta más.

Asimismo, aunque no se encuentra explícito en ningún sitio, las docentes reconocen que tienen un orden de prioridades acordado entre ellas. En el caso de nivel inicial, la prioridad la tienen los niños de 5 años, por lo que si hay otros más chicos, la maestra les lleva actividades para que realicen en una bandeja y se queda al lado del de 5 trabajando en conjunto (sea a pie de cama o en el aula). En el caso de las maestras multigrado y de las especiales, como ellas manifiestan, la prioridad la tienen los estudiantes de nivel primario, aunque también les dejan actividades al resto. En relación a los contenidos pedagógicos, se basan en el diseño curricular de la escuela primaria y, si se trata de un niño que estará internado por un período prolongado, buscan establecer contacto con la escuela de origen para comunicarse con su maestra y conocer los temas que están desarrollando, aquellos sobre los que sería importante reforzar, lo central a trabajar, entre otros. Además, aparecen otras variables que les permiten a las docentes organizar su día en base a lo que consideran más importante. Según sus testimonios:

“Otra prioridad es el tiempo que están internados. Y después te lo va dando (...) el estado del niño, cómo va evolucionando, el estado anímico, el tipo de patología. Porque a veces vas y por ejemplo me tocó el caso de una niña que tenía canalizado una mano y la otra la había tenido canalizada y se la habían vendado toda. Entonces no podía hacer nada con ninguna de las dos manos. Obviamente que nosotras también tenemos otros recursos para trabajar pero lo que quiero decirte es que eso la imposibilitaba para escribir o hacer otro tipo de actividades. Pero por lo general se atiende a todos los chicos y en el caso mío la prioridad la tiene la primaria. Y trabajamos con nivel medio en la medida en que se pueda”.

(Testimonio D2)

“(...) uno después en el ritmo va priorizando. El que más tiempo de internación tiene, el que sí o sí tiene que realizar una evaluación. Por ahí el que recién ingresa es simplemente una lectura, una computadora. De acuerdo con las necesidades de educación de ese momento”.

(Testimonio D3)

Considerando lo dicho anteriormente, la flexibilidad y adecuación a cada caso constituye un aspecto diario de la tarea docente en el Hospital Infantil Municipal. Educar en este contexto supone la adaptación constante del maestro a las situaciones particulares de cada niño. Así, cada día será necesario evaluar en el momento de qué manera se procederá, qué recursos se utilizarán, qué contenidos serán trabajados y cuáles serán dejados de lado, entre otros. La planificación no es posible en la mayoría de los casos ya que son muchas las variables que intervienen en la cotidianeidad. Por tal motivo, las tareas del educador dependen de forma significativa de su pericia, su versatilidad y las decisiones diarias que toma. En sus propias palabras:

“Siempre nos posicionamos a partir de preguntarnos qué es lo mejor para cada niño, por eso la flexibilidad de la escuela hospitalaria... Desde la parte burocrática hasta la parte pedagógica. Todo siempre lo vamos a ir adaptando para facilitar las cosas y para que se sientan bien”.

(Testimonio D1)

“(...) En una escuela común el niño viene a la escuela, el docente lo espera, hay un timbre del recreo y hay un límite para la jornada (...) acá no hay timbre, los recreos son de acuerdo a la situación que tengas en ese momento. En teoría los chicos arrancan a las 9,30 hs pero puede empezar a las 10, a las 11 o a las 9. El niño puede estar muy cansado, tener ganas pero cansarse mucho. Entonces se acorta la jornada. Por otro lado, como es una enseñanza personalizada hay mucha flexibilidad en ese sentido. Vos no planificás una clase para todo el mundo, vos tenés en la cabeza ciertas pautas, criterios y cierto orden de contenidos. Pero posiblemente lo que vos tengas en la cabeza no es lo que vas a hacer ese día. Si vos venías entusiasmada porque estabas en un período de aprendizaje bárbaro pero ves que ese día no (...) vos tenés que tener la capacidad de resignar tus objetivos y acomodarte al otro. En eso es la flexibilidad. Que un día te diga que no y vos tenés que aceptar que te diga que no porque a veces es a lo único a lo que le pueden decir que no. Y si no, saber que tenés tales juegos, recursos, netbook, libros, actividades en reemplazo. Siempre se ofrece algo y para eso tenés que ser flexible”.

(Testimonio D4)

6.1.4 La sala de clases como escenario para el desarrollo de subjetividades y la asignación de sentidos

Luego de las entrevistas realizadas y las observaciones llevadas a cabo en el espacio físico del aula y en jornadas a pie de cama, nos encontramos con escenarios de trabajo conjunto en los que la enfermedad del niño estaba presente pero no ocupaba el centro de atención de las maestras. Las docentes remarcaron permanentemente que allí son maestras como en cualquier escuela: su rol es promover instancias de transmisión y aprendizaje a los fines de que los sujetos hospitalizados (tengan una estancia corta o prolongada) no interrumpan su escolaridad.

“(…) A mí me pasó desde que entré. Lo primero que vi en las observaciones, como todo el que viene acá por primera vez, son los cables, las bombas… y si vos me preguntás hoy, no sé si están conectados o no. Me ha tocado estar con chicos que tienen drenaje en la cabeza y me olvido (…) pasa a segundo plano”.

(Testimonio D5)

En este sentido, recurren cotidianamente a diversos recursos (música, instrumentos, juegos didácticos, computadora, títeres, dibujos, hojas de árbol en otoño, cuentos, actuación, entre otros). Los mismos les permiten establecer un vínculo con sus estudiantes y dar inicio a los procesos de transmisión y aprendizaje. Como pudimos observar en nuestras visitas, el escenario de clases (sea el espacio físico del aula como las salas de internación) es multifacético y ofrece una gran diversidad de posibilidades: las docentes están tomando permanentemente decisiones acerca de qué recurso usar según la situación en la que se encuentran sus alumnos ese día (contemplando las limitaciones físicas, el estado de ánimo, los intereses del niño, el período de internación, las edades, entre otros factores).

En las clases del Aula Hospitalaria ““Un Solcito de Ternura””, como relataran las maestras, lo importante es el “aquí y ahora”. No importa si es necesario interrumpir la clase por un estudio médico, si sólo cuentan con 15 minutos disponibles, si el estudiante tiene ocupada la mano hábil por el suero, o si este último sólo tiene movilidad en sus músculos faciales, las maestras desplegarán una serie de herramientas y habilidades para incluir a la mayor cantidad de niños posible en sus clases.

“(…) acá pintan con la mano izquierda, la mano derecha. Acá no hay límite, con la que tengan libre, esa usan. Por más que tenga canalizada la mano con la que

siempre trabaja, nosotros buscamos la forma para trabajar igual. En algunas cosas como hacer recortes por ejemplo los ayudamos pero siempre incentivando para que ellos trabajen".

(Testimonio DME2)

Otra característica ya enunciada, tiene que ver con la inmediatez y la poca posibilidad de planificar. El ritmo de la institución sanitaria (con rondas médicas; estudios intermitentes según la situación de cada niño; horarios de desayuno, almuerzo y merienda; visitas de distintos profesionales) marca los tiempos de la escuela. Así, las docentes intentan preparar cada día actividades en función de las posibilidades reales de trabajo. Como ellas mismas destacaran, luego de sus recorridos diarios por las salas de internación, preparan material para dejar a aquellos niños que no puedan ir al aula y a los que pueden los llevan a dicho espacio. Luego, según un orden de prioridades que definen diariamente según distintos criterios, se van acercando para profundizar en las actividades propuestas a aquellos que quedaron en sus camas. De esta manera, la relación intersubjetiva y la construcción de sentidos se produce en ese contexto: el docente es un actor más del entorno sanitario, que improvisa y actúa en función de (y en) la situación en la que se encuentra con el niño:

“(…) Es lo que se le llama la pedagogía del aquí y el ahora porque es ahora lo que hay en el momento, vos no podés planificar para un tiempo futuro muy lejano. En el caso de oncología por ahí sí podés [por tratarse de casos crónicos]”.

(Testimonio D2)

A su vez, según destacan profesionales del entorno hospitalario, las actividades escolares realizadas suponen aportes a la forma en la que los niños se relacionan con otros (familiares, profesionales de la salud y otros niños que se encuentran cerca).

“[Los cambios se notan] sobre todo en los vínculos con los médicos, enfermeras. Siempre que regresan de la escuela ellos quieren mostrar lo que han realizado. Entonces en eso, todos los reforzamos. Y hay un cambio de actitud hacia el equipo. De verlo como un niño no como un objeto de intervención. Sino como un niño que está realizando muchas cosas y que nosotros lo reconocemos. En eso, aunque sea una simple producción de haber puesto brillantina a algo, para un niño es un gran avance dentro de una institución como es un hospital. Y que

todos se lo reforcemos ya de por sí genera un vínculo favorable entre el médico, enfermeras, nosotras y el niño”.

(Testimonio PS1)

"(...) cambia la mirada del niño con su enfermedad, muchas veces desaparecen los malestares o la incomodidad con el sólo hecho de que la maestra se siente a su lado y comience a leer un libro o colorear, practicar tareas o escuchar canciones. La escuela sin duda, ayuda en la recuperación de la salud del niño, es parte del tratamiento de su enfermedad. (...) sin duda ayuda a mejorar la relación con el entorno, con las personas que trabajamos en la sala donde se encuentra internado, participa más con nosotros, disfruta un poco más su estadía en el hospital".

(Testimonio PS2)

Respecto a las representaciones que los alumnos tienen de la escuela en el hospital, se visualizan imágenes positivas. Como nos relataran algunas docentes y profesionales de salud del hospital, los niños preguntan por las maestras, quieren ir al espacio físico del aula y realizan las actividades con interés. En una de nuestras observaciones, pudimos recuperar el siguiente diálogo:

- Ojalá que mañana me quede por lo menos hasta las 6 de la tarde, dijo uno de los alumnos mirando a su maestra.
- ¿Por qué hasta las 6? Respondió la docente.
- Porque quiero venir a la escuelita, enfatizó el niño.
- ¡Ah! (expresión de asombro), estos son los alumnos que tenemos, estudiosos, dijo la maestra dirigiéndose a mí que estaba observando.
- Bueno ojalá, le dijo la maestra al estudiante (y continuó con la actividad que estaban realizando).

(Registro OB2)

En palabras de las propias docentes, esta escena suele repetirse:

“(...) los chicos se re sorprenden, se enganchan y después cuando ya pueden venir acá al aula después no se quieren ir. Empiezan a ver todo lo que hay acá, a

trabajar de otra forma. Y realmente en ese sentido ellos pueden correrse de ese momento, de la situación de enfermedad, aunque sea un ratito”.

(Testimonio D2)

"Por ejemplo J... (...) dice que las maestras de él son las de acá (...). "Su mamá nos contó que les dice a sus maestras de allá: ustedes no saben lo que es ser maestra, maestras son las de allá del hospital"

(Testimonio D1 y DME2)

“(...) justamente es algo muy notorio que los niños pidan que vengan las maestras, muchas veces utilizamos también este recurso para tranquilizar al niño, diciéndole que llamaremos a la señorita para que traiga libros, colores, tareas, juegos, etc., calmando muchas veces el aburrimiento o la ansiedad de querer irse a sus hogares, algo tan entendido para cualquier persona que se encuentra internada en un hospital”.

(Testimonio PS2)

De esta manera, la escuela parece ocupar un lugar de importancia en la vida de los niños que pasan por el Hospital Infantil Municipal. No obstante, es preciso remarcar que las vivencias que estos tienen a nivel subjetivo al tener que enfrentar el dolor, la frustración, largos períodos de internación, tratamientos médicos, entre otras cuestiones, suponen aprendizajes distintos en los niños que han tenido estancias medias y prolongadas en el hospital. La escuela hospitalaria, al ser un referente de la sanidad y de la niñez, implica relaciones afectivas que hacen que a muchos niños que salen de la misma les resulte difícil readecuarse al contexto de su escuela de origen o de otra fuera del centro de salud. Así, varias integrantes de “Un Solcito de Ternura” destacaron la importancia de trabajar en un proceso de transición: cuando los niños terminan sus tratamientos, acompañarlos a los estudiantes a su escuela, hablar con las autoridades de esta y con los compañeros del aula. Esto permite despejar dudas de la comunidad que recibirá al alumno y contribuye a incrementar la confianza del niño al insertarse o reinsertarse al espacio escolar. Sin embargo, tal como resaltarán las maestras, esta es una tarea que no se realiza en todos los casos ya que muchas veces las escuelas de origen se encuentran muy alejadas de la ciudad y el sistema escolar municipal no contempla esta posibilidad (no se otorgan viáticos ni se autorizan ausencias por esta causa). En palabras de una docente:

"(...) son tantos los aprendizajes que hay a nivel subjetivo, lidiar con el dolor, la frustración... eso marca una diferencia respecto a niños que no han tenido que pasar por esa situación. No sé si decir, más maduros, pero es una cualidad diferente. Son niños que se tornan muy sabios en algunos aspectos y eso marca una diferencia con el resto. Yo no sé si ellos lo pueden verbalizar así como te lo estoy diciendo, ellos tienen la vivencia (...). [Respecto a la reinserción a la institución escuela] si vos me preguntás a mí en lo personal (...) creo que los niños necesitan transiciones (...).

[En referencia a una de las situaciones presentadas, la docente destacó que era necesario mostrarle que la escuela en la que se reinsertaba] no era un lugar ominoso, que era un lugar en el que tenía muchas posibilidades (...) [poner en valor y en presencia] esa escuela a la que ella iba a pertenecer. Son cosas que los chicos necesitan (...). El tema es facilitar, que no sea tan sufriente”.

(Testimonio D4).

"Cambia mucho cuando vos vas a la escuela y hablás. Aunque sea por teléfono. Es distinto cuando ya podés hablar con la directora, las maestras. O si lo podés acompañar a la escuela mejor (...). Explicarles, hablar con los compañeros... es muy bueno eso... yo he hablado por ejemplo por uno que estaba internado acá por quemaduras. Está bueno porque entonces los chicos te hacen las preguntas que quieren.”.

(Testimonio D1).

6.1.5 Los sujetos de la educación en el proceso de transmisión y aprendizaje.

La escuela en el hospital supone un trabajo pedagógico que apunta a poner en valor las posibilidades educativas del niño en situación. Se entiende que el contexto de vulnerabilidad en el que están inmersos no debe limitar el derecho que como niños tienen a la educación por lo que, en los términos que plantea la Ley de Educación 26.206, se apuesta a “garantizar la igualdad de oportunidades a los/as alumnos/as, permitiendo la continuidad de sus estudios y su reinserción en el sistema común, cuando ello sea posible” (Ley 26.206: artículo 61). En esta línea, las actividades escolares permiten que los sujetos recuperen, al menos en alguna medida, los procesos de la

infancia que fueron interrumpidos por la enfermedad y participen así, de la realización de tareas propias de la niñez. De este modo, se promueven alumnos activos, capaces de llevar a cabo múltiples actividades que habiliten otras instancias diferentes a su condición y que transforman su situación de enfermedad en una nueva oportunidad de aprender.

"(...) aprender que vos en una situación así podés hacer cosas diferentes para no estar todo el tiempo mirando el techo. Mientras te estás curando podés hacer muchas cosas para las que no hay impedimento. Son formas diferentes de afrontar una situación como es la enfermedad, la cual te cambia mucho el ritmo cotidiano".

(Testimonio D4)

Tal como destacaran las entrevistadas, a diferencia de lo que ocurre con los profesionales de la salud en el hospital (por las circunstancias propias de la internación y la atención sanitaria), aquí el cuerpo deja de ser objeto y se trabaja en la interacción y subjetivación con el niño.

“En cambio para nosotros lo que importa es el todo, el cuerpo queda un poco de lado. Para nosotros lo que importa es lo que él puede. Acá todos dibujan y todos pintan sin importar la dolencia. Y todos lo hacen, al principio se resisten pero después cuando empiezan a ver que les sale y que pueden hacerlo, aunque con dificultades pero pueden, entonces toman confianza”.

(Testimonio DME2)

Al profundizar en el vínculo generado con los sujetos del aprendizaje, todas las maestras coincidieron en que el que se da en el aula hospitalaria es mucho más íntimo que aquel que se produce en una institución escuela. En este sentido, las docentes destacaron que es muy importante conocerlos para trabajar mejor y lograr motivarlos para la realización de las tareas. Así, para iniciar el vínculo, muchas veces les preguntan tanto a ellos como a sus familiares o cuidadores qué les gusta hacer, qué música les gusta escuchar, qué materias les gustan más, cuáles son las que más les cuestan.

A su vez, como expresaran las propias maestras, es importante que los alumnos que se encuentran en un entorno tan hostil como el hospital sientan que pueden participar en la proposición de actividades. En esta línea, el trabajo escolar en el hospital apunta, tal como se mencionó más arriba, a que los niños dejen de ser objetos y puedan tener la

oportunidad de volver a ser sujetos, con capacidad de opinar y decidir sobre sus aprendizajes. Por ello se intenta desde la escuela ofrecer diferentes opciones:

“Sí, todo el tiempo te van llevando para el interés que tengan en particular. Si les gusta cantar, te llevan a cantar. Si le gusta tocar un instrumento, lo mismo. Y eso te va llevando todo el tiempo a que hagas nuevas actividades. (...) acá preguntás... qué tenés ganas de hacer. En la escuela no, por la diversidad y por la cantidad, se debería pero no se puede. Entonces se plantea una actividad para todos y no se ve el interés particular. En cambio si acá vos no preguntás qué tenés ganas de hacer, no funciona. Tenés que hacer lo que necesite en ese momento ese chico. Si necesita dibujar, descargar, tenés que dejarlo porque es lo que necesita. Después quizás, cuando descargó, dibujó, ahí podés buscar hacer una tarea más específica. Tenés que priorizar siempre el interés. Si no se te cae la clase”.

(Testimonio DME1)

“(...) uno siempre indaga, qué es lo que le gustaba antes y lo recuperás. Y hay cosas que nacen acá, por el lugar, por el vínculo que se genera. Pero sí se respeta. Y se pregunta. Yo por ahí doy un abanico de opciones para trabajar y ellos eligen”.

(Testimonio D5)

"(...) entonces los tiempos son los de los niños no los nuestros. Los tiempos escolares los define el niño".

(Testimonio DME2)

En esta línea, la escuela en el hospital se presenta para los niños como una oportunidad para ser ellos mismos, para elegir cuándo hacer y cuándo no, para ser niños. A diferencia del vínculo con otros profesionales de salud, en la escuela el niño tiene la posibilidad de negarse a hacer una actividad y los lazos se construyen a través de la subjetividad propia de cada uno de ellos. Como señaláramos en párrafos anteriores, se priorizan los intereses de cada niño a la hora de trabajar en la escuela ya que este se plantea como el único espacio dentro del hospital en donde pueden elegir entre distintas opciones. En palabras de una de las profesionales de la salud entrevistadas:

“El único espacio que tienen que es esperable socialmente es la escuela. Aparte es el único espacio en el que pueden decir o decidir. O postergar, ahora sí, ahora no (...) son espacios en los que se los respeta como sujetos de derechos (...). [Allí] Ellos sienten que son niños, que pueden hacer muchas cosas, expresarse, la escuela tiene toda una currícula. Pero aparte de eso hacen producciones para el hospital donde los niños van dejando su paso, su señal de que han estado en la escuela. En ese sentido es como que los niños tienen su escucha (...) la escuela me parece que es un espacio muy rico para el niño y para la familia. Porque ya de por sí la internación predispone a una regresión emocional, los niños quedan muy dependientes del cuidado de los otros y en algunos casos pierden mucha autonomía. Entonces cuando se les facilita algo de su edad es como que vuelven a creer en su potencial, a sentirse seguros como niños”.

(Testimonio PS1)

"(...) pienso que el niño encuentra en el docente la cercanía a su hogar y vida cotidiana habitual, muy distinta a la que cursa durante la internación. Encuentran un espacio de charla, juego y aprendizaje del cual disfrutaban mucho y olvidan el dolor o la angustia de la internación".

(Testimonio PS2)

6.1.6 Los modos de comunicación, lenguaje e interacción

Luego de las distintas observaciones y entrevistas realizadas, destacamos cómo la comunicación en sus distintas formas, tanto entre docente y alumno, como entre estudiantes, y entre docente y familiares o cuidadores, contribuye para llevar adelante procesos significativos de transmisión y aprendizaje en el aula hospitalaria. En este sentido, aunque como nos habían anticipado, cada instancia observada presentó características particulares, en todos los casos el lenguaje (verbal y no verbal) se puso en juego para dar lugar a escenarios diversos de comunicación, transmisión y aprendizaje.

Por un lado, el diálogo con los papás que llevaban a sus niños hasta el aula fue una constante que parecía contribuir a que el entorno fuera más contenedor y familiar. En una de nuestras visitas, observamos cómo una mamá compartía con la docente las fotos y los videos de su celular. Allí podía verse no sólo a su hijo, presente junto a ella, sino

también a otros miembros de la familia. Además, en los casos de niños que asistían al aula llevados y retirados por sus padres, también pudimos ver cómo al cierre de las clases se instaba a los niños a mostrar las producciones realizadas a sus familiares. Otra instancia de trabajo compartida que pudimos observar fue en uno de los aislamientos en donde estaba internado un niño que sólo tenía movilidad en los músculos de la mímica, fonatorios (reducidos) y respiratorios. Él estaba acompañado por su cuidadora, quien fue invitada por la maestra a participar de una actividad musical en la que la docente intentaba desarrollar distintos conceptos. Esto también pudo verse en el acto organizado para el día de la independencia argentina, el 9 de julio de 2016. Allí, entre otras escenas, bailaron tres de los alumnos del aula y también participó una de las maestras, una mamá y la hermana de una de las niñas. De esta manera, podemos ver una apuesta a que la construcción de sentidos y aprendizajes se produzca en la relación con los otros. En palabras de una de las docentes:

“La familia participa muchísimo, son fundamentales. Porque si ellos no creen en nosotros y no le muestran al chico la importancia que tenemos, pasa de largo”.

(Testimonio DME1)

Otro aspecto que pudimos observar, tiene que ver con la interacción entre los alumnos. En una de las observaciones realizadas (en la que participaban dos estudiantes en una clase), notamos que cuando uno de los niños comentaba algo sobre su vida, la maestra buscaba promover el diálogo entre ambos. Por ejemplo, cuando uno de los alumnos mencionó una historia vinculada a un juego al que había jugado, la docente le preguntó al otro qué opinaba. Esto favoreció el diálogo entre los dos y después fue retomado para una nueva actividad propuesta por la maestra. Además, los diálogos sobre la evolución de su salud también constituyeron temas constantes de conversación que proponían los niños mientras realizaban sus actividades. En uno de los casos, se presentó el siguiente diálogo entre una alumna, un alumno y una docente:

- ¿Por qué vino él? Preguntó la alumna dirigiéndose a la maestra y señalando al otro estudiante.
- A la escuelita, respondió la docente.
- Yo vine por la vacunita, comentó la misma alumna.
- A mí me falta mucho para la vacunita. La quimio ya la terminé. Dijo el otro estudiante.

- Yo también, respondió la niña.

(Registro OB1)

Luego de la conversación anterior, la maestra dio lugar al silencio. Posteriormente, retomó las actividades que estaban realizando.

Otra situación que nos gustaría relatar fue cuando uno de los niños de primer grado estaba trabajando en la computadora con un juego didáctico con letras por una propuesta de la docente. Mientras esto ocurría, golpean la puerta: era un niño de 11 años que conocía a las maestras por otras internaciones. Él estaba en el hospital por un control y tenía unos minutos libres. Le ofrecieron quedarse y le propusieron pintar con temperas. Mientras estaba realizando la actividad, el más pequeño le mostró su nuevo cuaderno y le preguntó qué estaba pintando. El otro niño le contestó que pintaba un paisaje y allí inician una conversación que llamó nuestra atención por lo fluida que fue aun a pesar de las diferencias de edades. La docente también intervenía en distintos momentos, para preguntarle al niño mayor cómo estaba su familia. En palabras de una de las maestras:

“Vos sabés que acá hay algo que pasa que a veces no pasa en la escuela común y es que los niños se acoplan. No tienen drama de compartir. Se da naturalmente. Acá es como que la situación los lleva... ellos se acomodan a que vos les contás un cuento con un desconocido al lado (...) a veces no se saben ni el nombre y entran y juegan y se empiezan a preguntar. Por ejemplo si traés 2 de la Sala C que recién se conocen y ya los dos se enganchan.... Es muy común que hablen y jueguen entre niños de distintas edades”.

(Testimonio D5)

En conversaciones con las docentes, comentaron que el trabajo entre pares se da muy pocas veces pero siempre que pueden lo promueven. A veces se da en el aula y otras veces a pie de cama. Cuando esto ocurre, intentan presentarles actividades para hacer en conjunto sin importar si tienen edades distintas. En uno de los casos crónicos de aislamiento, una maestra relató que para suplantar esta ausencia de lo social muchas veces incluye en su trabajo a los médicos residentes y los presenta como otros compañeros del alumno:

"(...) ellos se enganchan en la actividad, yo les reparto instrumentos y él los llama, chicos, chicos les dice... es una forma de que él sienta que tiene pares,

como no los tiene (...) les invento nombres, les tomo lista, hago toda una dramatización de la clase (...)"

(Testimonio D5)

El lenguaje no verbal y corporal entre el docente y el alumno también adquiere una importancia central en el trabajo áulico. En las observaciones realizadas, pudimos notar una gran cercanía entre ambos, lo cual parecía fomentar la confianza y la escucha. En una de las clases, reconocimos cómo se daba lugar a las miradas fijas y a los silencios. Además, la maestra también le tomaba las manos a su estudiante en distintas ocasiones, lo acariciaba y colocaba las suyas en el cuaderno del niño para explicarle cuando no entendía. En otra de las observaciones realizadas en un aislamiento (en el que el niño tenía sólo movilidad facial), notamos cómo la docente utilizaba como recurso una canción y hojas de árbol. Mediante el despliegue de las hojas, la maestra, que incluyó a la cuidadora en la actividad, colocó una hoja en su mano y la tomó para realizar movimientos, puso una hoja cerca de su boca y lo invitó a soplarla, posó también algunas sobre la cara del niño, ubicó una cerca de su oreja para hacerlo sentir los sonidos de las hojas al rozarse, le propuso temblar con los ojos al igual que las hojas al volar, entre otras tareas. Como nos comentaran las docentes:

“(...) a través del lenguaje hacemos el vínculo. El gestual y el no gestual. A veces yo no les digo ni hola y les hago caras. (...) El lenguaje es el pilar. Y lo gestual también porque si no quiere hablar por ahí me escondo dentro del libro que llevo. Uno usa recursos sin hablar nada para hacer que el otro se vincule”

(Testimonio D5)

“Y nosotros a veces conocemos solamente sus ojos. Justamente hoy hablaba de que a (...) tres alumnos (...) yo no les conozco la cara. Lo único que conozco son sus ojitos. Y ahí vos tenés que inferir si el chico está contento o no. Si quiere seguir o no. Son situaciones fascinantes porque descubrir al otro implica mucho... llegar a la necesidad del otro (...)”

(Testimonio DME1)

“Y yo tenía que ser su brazo, su compañerito, su maestra, ser su todo. Aprendimos juntos en realidad. Cuando uno va haciendo el vínculo, vas conociendo, vas viendo qué necesita ese día”

(Testimonio D5)

El diálogo entre docente y alumno también fue algo constante en nuestras observaciones. No vimos clases de tipo *magistral* sino más bien diálogos en los que el estudiante aportaba a la conversación tanto como la maestra. En una de las visitas que realizamos, la docente invitó al alumno a construir juntos un cuento en la computadora, al que le agregarían música y dibujos. Se sentaron uno al lado del otro frente a la computadora y comenzaron a crear una historia en conjunto. A continuación, recuperamos un extracto de la conversación mantenida:

- Maestra: ¿Cómo podría empezar el cuento? (Aguardó en silencio si el alumno respondía). Había una vez...
- Alumno: Un caballo salvaje que era de la selva...
- M: ¿Y cuántos caballos había?
- A: Eran 11.
- M: ¿Y de qué colores eran?
- A: Uno era amarillo y los otros eran todos grises... Ah y había uno marrón.
- M: ¿Y qué estaban haciendo?
- A: Estaban comiendo pasto y les habían puesto herraduras que les hacían doler los vasos. El caballo le pegó una patada a otro... porque estaban corriendo con las herraduras.

(Registro OB2)

La docente continuó con la tarea a través de preguntas disparadoras como: ¿qué más pasó? ¿Quién los agarró? ¿Y cómo terminó? Al finalizar con el relato, se lo leyó al niño y este fue realizando algunas correcciones. Luego la maestra lo imprimió y le propuso hacer dibujos sobre las distintas partes. La actividad supuso un diálogo permanente entre la docente y el niño. A veces este último hablaba de diversas anécdotas y de su familia y la maestra le hacía algunas preguntas sobre ello para luego volver al tema del día: el cuento. En palabras de una de las docentes:

“(...) nos ha pasado que de bien que estábamos haciendo una tarea te dicen... seño me queda una quimio. Pero estamos hablando de otra cosa... pero el chico necesita decirlo... y no podés dejarlo pasar, seguir con el tema que estaban viendo. Es necesario preguntarle: ¿Y qué te pasa con eso? ¿Cómo te sentís ahora que te queda una quimio? Pero después tenés que volver a tu clase... no te podés

enganchan eternamente. (...) Si estás con 40 alumnos seguramente el comentario extra lo vas a tener que soslayar porque se te desbanda la clase. Pero son cosas que necesitan decir. No se las pueden callar porque si eso está trabajando en segundo plano, por algo es. Porque te pueden decir viene mi papá mañana y capaz que al padre no lo ven hace dos meses. Y cómo no van a estar pensando en eso. No pueden dejar de pensarlo”.

(Testimonio DME1)

Otra situación que observamos en relación al diálogo entre docente y alumno tiene que ver con una clase en donde una de las estudiantes (D...) le manifestó a la maestra que quería ir con su mamá. Se trataba de una niña con enfermedad oncológica que había ido al aula por estar cursando el primer grado allí (considerando el tratamiento prolongado que estaba teniendo). D... compartía el espacio con otro alumno y ambos ya habían trabajado con la docente de plástica y estaban realizando tareas con la maestra multigrado. Ante el pedido de D..., esta última le preguntó: ¿Te duele el bracito? D..., (que tenía su brazo conectado a un suero) contestó afirmativamente y le comentó que al día siguiente debía regresar por un “laboratorio”. La docente le propuso entonces escribir una palabra más y después buscar a su mamá. D... aceptó el trato y escribió la palabra. Al terminar, la maestra le preguntó si no quería quedarse para jugar un rato más pero D... no aceptó. Entonces, la docente abrió una de las puertas de ingreso al aula y allí se encontró con la madre de la niña. La acompañó a D... y llevó el dibujo que había realizado en la clase de plástica. Aunque la situación ocurrió fuera del aula, alcanzamos a escuchar frases con tono de aprobación por parte de la misma hacia la niña.

6.1.7 El abordaje integral del niño y la necesidad de ampliar la mirada

Como señalaran las maestras en sus distintos testimonios, dado que el aula hospitalaria se encuentra inserta en una institución, los tiempos de la escuela deben adaptarse a los tiempos de la misma: los estudios médicos; las visitas de los profesionales a las salas; los horarios de desayuno, almuerzo y merienda; entre otros. Además, el estado de ánimo de los estudiantes, sus condiciones físicas, la apertura del entorno cercano y otros aspectos vinculados a la situación por la que atraviesan los niños que transitan su estadía en el hospital, no pueden quedar al margen de la forma de trabajar de las maestras. Es por ello que el primer contacto que las docentes realizan con los niños nunca se efectúa sin previamente consultar en enfermería: como se dijera en otro apartado del presente trabajo, antes de ingresar a la sala, las maestras repasan con los

enfermeros la situación de cada uno de los niños que se encuentra allí: quiénes son, cuáles son sus limitaciones y posibilidades para trabajar en la escuela ese día, recomendaciones a tener en cuenta en la atención, diagnóstico, entre otros. Una vez autorizado el ingreso de la docente a la sala, la misma realiza un relevamiento cama por cama: se presenta, llena una planilla con datos (nombre y apellido, documento, edad, escuela, grado, lugar de procedencia) y además, consulta por las actividades que más les gusta hacer en relación a la escuela.

De esta manera, el acercamiento a los estudiantes del aula hospitalaria requiere necesariamente contemplar diversas cuestiones. El sujeto del aprendizaje estará atravesado por la situación en la que se encuentra y para desarrollar las tareas en el espacio físico de la escuela o a pie de cama, será necesario tener en cuenta no sólo los procesos mentales del niño sino también los escenarios culturales, históricos e institucionales en los que se encuentra inserto.

Para ello, parece fundamental el trabajo interdisciplinario a fin de lograr un abordaje integral del sujeto en situación. Al preguntarles a las maestras y otros profesionales de la salud por los vínculos entre ellos dentro del hospital, la mayoría indicó que los mismos son buenos y cotidianos aunque muchas veces los tiempos del centro de salud no permiten formalizarlos o establecer canales de comunicación más estables. Así, las relaciones más fluidas se evidencian en casos particulares en donde los médicos, psicólogos u otros profesionales de la salud solicitan la intervención de las maestras ya que por su rol pueden tener acceso a herramientas y miradas distintas, que pueden aportar a la recuperación de la salud del niño. También puede ocurrir que las docentes identifiquen algunas cuestiones en el aula (un niño con la mirada perdida o que tuvo un cambio brusco en su estado anímico por ejemplo) y las compartan con el equipo de profesionales de la salud. Entonces en esos casos se organiza alguna reunión. Según rescataron algunas maestras, se notan avances en los últimos años:

"Hará como tres años, se ha intensificado la comunicación y realmente se puede ver un trabajo en red. Ya nos empiezan a invitar a reuniones que ellos tienen por determinados niños. Yo por ejemplo en este momento formo parte del equipo de nefrología. Ahí hay trabajadores sociales, enfermera, doctora, psicóloga, psicopedagoga, maestra. Todos los jueves nos reunimos a las 9 de la mañana en la sala de enfermería de nefrología y se habla sobre los distintos casos".

(Testimonio D2)

Asimismo, al preguntarles a las docentes por la relación con las otras escuelas hospitalarias de la ciudad (una provincial ubicada en el Hospital de Niños y otra estatal de gestión privada que funciona en el Hospital Pediátrico de la Provincia), también se evidenciaron vínculos informales, que se dan en casos específicos: por ejemplo si un niño realizará un tratamiento prolongado en su hogar pero no podrá asistir a la escuela, se le cuenta a sus padres que las otras dos escuelas tienen el servicio de educación domiciliaria y se hace el nexo; o si por ejemplo tienen un alumno con dificultades cognitivas para el aprendizaje, evalúan si es necesario consultar con algún docente especial con el que cuenten las otras escuelas. Sin embargo, al consultarles a las maestras sobre la relación con colegas de los otros hospitales, señalaron que el vínculo no es asiduo, que se han encontrado en algunas jornadas de capacitación docente o congresos pero que no existe un diálogo permanente.

Por otro lado, cuando las docentes identifican que sus alumnos tendrán una internación prolongada o realizarán tratamientos que requieran su presencia continua en el hospital (interrumpiendo la asistencia a su escuela), desde el aula hospitalaria toman contacto con la escuela de origen. En primera instancia, buscan dialogar con las autoridades de la misma para explicarles la situación del alumno y la forma de proceder por medio de la educación hospitalaria. En segunda instancia, se comunican con la docente del niño para conocer el programa, las actividades con las que están trabajando, las afinidades y las dificultades del estudiante, entre otras cuestiones. Así, se propone al niño que está en el hospital continuar con las tareas que estaba desarrollando en su escuela para facilitar su posterior inserción y favorecer un entorno de transmisión y aprendizaje más familiar para él.

Otro aspecto que parece necesario para fomentar un abordaje integral de los estudiantes tiene que ver con la formación de las docentes en educación hospitalaria. Como nos comentaron las maestras, para concursar para entrar al aula hospitalaria (sea como titular o suplente) es necesario realizar una capacitación que cuenta con una instancia teórica (a cargo de las docentes actuales) y una práctica (que supone la realización de una observación en el hospital). Asimismo, las maestras también manifestaron haberse capacitado a través de los cursos a distancia desarrollados por plataformas educativas

nacionales como Nuestra Escuela⁴ o Educ.ar⁵. No obstante, se destaca que la mayoría de las entrevistadas coincidió en que el bagaje más importante lo tienen por la práctica, por los aprendizajes que tienen día a día en el diálogo entre ellas, en el contacto con los niños y al presentarse situaciones diversas. Sin embargo, muchos de esos aprendizajes prácticos no se encuentran sistematizados o bien se difunden únicamente en jornadas y congresos de los que participan las docentes.

6.1.8 Conectando la práctica con las nociones teóricas

Tal como se mencionara en los apartados anteriores, las miradas que circulan en el Aula Hospitalaria “Un Solcito de Ternura” parten de la idea de que un niño que se encuentra internado o realizando un tratamiento en un centro de salud requiere un abordaje integral, que permita ir más allá de sus condiciones físicas y lo visualice como sujeto de derechos. En este sentido, la escuela se presenta como un espacio simbólico de gran valor para asegurar la pertenencia social de los sujetos: “El estar o no estar en la escuela implica para los niños participar o no de tramas de filiación fundamental” (Ávila, 2000, p. 169). Así, el que un niño pueda acceder a la escuela aún en las condiciones de vulnerabilidad en la que se encuentra en el hospital, contribuye para que este pueda recuperar, al menos en parte, los procesos de su infancia que fueron interrumpidos por su enfermedad. De esta manera, la escuela le dará al niño la posibilidad de conectarse con el afuera (que en períodos prolongados de internación puede parecer muy distante) y con actividades propias de su niñez, como así también con una mirada hacia el futuro que repercute en el bienestar de los sujetos.

Siguiendo el marco teórico del presente trabajo, en el enfoque de desarrollo humano de Amartya Sen, la educación ocupa un rol de gran relevancia en la vida de las personas. Como se destacara al inicio, en referencia a lo recuperado por Rafael Cejudo Córdoba (2006) del enfoque de Sen, la educación tiene una importancia crucial para que las personas puedan incrementar sus posibilidades de agencia y convertirse en sujetos activos de sus propias vidas. De este modo, el acceso a la educación amplía las libertades de los sujetos: en el hospital, el niño es objeto de intervenciones (con escasas

⁴ Se trata del Programa Nacional de Formación Permanente, que ofrece, entre otros, formación docente a través de postítulos y cursos nacionales a los que se accede mediante la plataforma virtual: <http://nuestraescuela.educacion.gov.ar/>.

⁵ Portal Educativo del Ministerio de Educación de la Nación. Se trata de un sitio que ofrece recursos y contenidos relacionados con los diversos espacios curriculares. Esta plataforma, apunta específicamente a utilizar las tecnologías de la información y la comunicación (TICs) en la escuela. También ofrece cursos virtuales gratuitos. Disponible en: <https://www.educ.ar/>.

posibilidades de decisión o elección) pero en la escuela vuelve a ser un sujeto capaz de opinar y decidir sobre sus aprendizajes. En este sentido, la escuela se presenta como el escenario público y colectivo en el que se impulsará la adquisición de capacidades valoradas (en términos de Sen), para elegir entre distintas formas de vida. Es decir, el que un niño pueda continuar con el ritmo escolar en un entorno que puede empujarlo hacia la vulnerabilidad, la angustia, el aislamiento, la agresividad, entre otros, favorecerá el bienestar y el desarrollo humano del mismo.

Asimismo, en este trabajo hemos tomado las aproximaciones socioculturales de algunos reconocidos autores para entender los procesos de transmisión y aprendizaje. En tal dirección, partimos de que los procesos mentales humanos están íntimamente relacionados con los escenarios culturales, históricos e institucionales en los que se encuentran inmersos. Por tanto, no es posible separar al sujeto de la situación que lo rodea y la acción aparece como un espacio de construcción conjunta entre el docente y el alumno. Así, desde las mencionadas aproximaciones se parte de una mirada integral: se concibe al sujeto más allá de los procesos evolutivos pero también más allá del ambiente que lo rodea. La experiencia del aula hospitalaria (en los ojos de las maestras y desde nuestra mirada a través de la participación en las observaciones) muestra esa búsqueda por trabajar desde el “aquí y ahora”, contemplando el contexto (las limitaciones fijadas por los médicos, el estado de ánimo del niño, los horarios del hospital, las circunstancias físicas y de salud que rodean al alumno) pero también al sujeto desde su individualidad y los vínculos afectivos, comunicativos y dialógicos que las docentes crean con ellos. De esta manera, si retomamos el concepto de Zona de Desarrollo Próximo de Vigotsky, asumimos que en el reconocimiento del sujeto desde una mirada compleja e integral, las maestras identifican y construyen tanto desde el desarrollo efectivo como desde el potencial de los niños. En esa distancia, se juegan cientos de posibilidades educativas y de construcción intersubjetiva.

A su vez, vale destacar que en esta construcción, el lenguaje (tanto verbal como no verbal) se ubica en un lugar de relevancia ya que permite a los sujetos involucrados “pensar conjuntamente” (Mercer, 2001, p. 23) y habilitar espacios de diálogo que posibiliten el desarrollo del pensamiento y la comprensión. Además, como señaláramos en el marco teórico de este trabajo, por medio del lenguaje constituimos nuestro mundo social (Pitkin, 1984), es a través del mismo que los sujetos del aprendizaje pueden poner en palabras, gestos y miradas sus sentimientos y percepciones, los cuales contribuyen a

la generación de lazos afectivos entre el docente y el alumno. Tal como se expresara en los apartados anteriores, el lenguaje verbal y no verbal constituye un elemento clave a la hora de llevar adelante las prácticas educativas en el Hospital Infantil Municipal. Por medio del lenguaje se establece la comunicación entre el docente y el alumno, necesaria a la hora de pensar en procesos de transmisión y aprendizaje significativos. Y además, considerando la importancia asignada a la construcción de lazos afectivos y a la identificación de las posibilidades efectivas y potenciales de cada alumno en particular, asumimos que la comunicación es una pieza clave por la que se apuesta a una real apropiación del conocimiento (Kaplún, 2002).

Por otro lado, se destaca que por medio de múltiples diálogos intersubjetivos entre los sujetos involucrados (y acá contemplamos no sólo al docente y al alumno, sino también a sus familiares y a aquellos individuos que forman parte del contexto hospitalario y que tienen relación con el niño), la escuela en el hospital pone en valor al otro. Como nos dice Mata (1985), la actividad de ese otro es fundamental para completar el sentido de las interacciones comunicativas y por tanto, se vuelve necesario poner al sujeto en primer lugar. Retomando a Bajtin (1982), tampoco es posible pensar en un enunciado si no es en relación con un destinatario, el cual lo resignificará y establecerá relaciones con otros enunciados. Como hemos podido destacar en este proceso investigativo, el trabajo escolar en el Hospital Infantil requiere adecuar los tiempos de la escuela a los tiempos del niño, de sus familiares y del centro de salud. No es posible desarrollar contenidos si se soslaya el estado de ánimo del estudiante o si el docente no se detiene e indaga ante un comentario del niño sobre su enfermedad, su familia u otras cuestiones que pasan por su cabeza. Así, las clases del aula hospitalaria requieren recuperar los intereses de cada niño, ponerlo en primer lugar para posibilitar procesos interactivos en los que el docente no sea la única voz sino que sea parte de un escenario multidimensional, que asigna a distintos interlocutores y a la relación con los mismos una importancia clave.

Finalmente, vale señalar que al poner en valor al alumno, su participación en los procesos de transmisión y aprendizaje será primordial para lograr escenarios educativos significativos. Como destaca Baquero al recuperar a Rogoff, entendemos que participar es “tanto ‘tomar parte’ como, fundamentalmente, ‘ser parte’” (Baquero, 2007, p. 3). De esta manera, se apunta a promover estudiantes con roles activos en la proposición de actividades y en la construcción del conocimiento. En un contexto como el hospitalario,

en donde el niño se encuentra expuesto al dolor, la frustración y el sufrimiento, parece necesario pensar en un espacio en el que estos puedan entusiasmarse y ser libres de proponer y contribuir a la construcción de saberes.

7. Conclusiones

Antes de avanzar en las conclusiones, quisiéramos aclarar que en este apartado las afirmaciones constituyen conclusiones provisionarias, que se ajustan únicamente al período de tiempo en que se realizó el presente estudio y al caso particular del Aula Hospitalaria “Un Solcito de Ternura” del Hospital Infantil Municipal de Córdoba, Argentina. En este sentido, consideramos que a partir de este trabajo se abren numerosos interrogantes que pueden ser objeto de futuras investigaciones.

Una primera conclusión que nos gustaría destacar tiene que ver con la importancia de entender la construcción de sentidos y aprendizajes en la relación con los otros. Como se destacó en este trabajo, los vínculos entre alumnos, entre docentes, entre alumnos y docentes, entre docentes y familiares o cuidadores y entre docentes y otros profesionales del entorno constituyen aspectos fundamentales para pensar en espacios de transmisión y aprendizaje significativos. En esta línea, parece necesario fortalecer:

-) Las relaciones entre las docentes del aula hospitalaria y los profesionales del hospital.
-) Los vínculos entre el aula y otras escuelas hospitalarias, entre las maestras y otros colegas que trabajan en situaciones similares.
-) Entre el aula hospitalaria y las escuelas de origen de los niños que asisten a clases.

Respecto al primer punto, se identificó que existen relaciones fluidas entre los profesionales de salud y las docentes aunque los canales no están formalizados y tampoco se organizan reuniones o intercambios regulares. En general, los mismos se dan ante situaciones particulares y por solicitud de alguna de las partes. Consideramos que para reforzar el abordaje integral del niño en situación de enfermedad es necesario fortalecer los lazos entre todas las personas que tienen contacto con el sujeto ya que

cada una puede aportar miradas distintas y ello contribuirá a generar propuestas que aporten a un mayor bienestar del niño.

En relación al segundo punto, las maestras manifestaron que el diálogo con otras escuelas hospitalarias es ocasional: ya sea por encontrarse en algún evento o por una solicitud determinada. No obstante, se reconoce que la práctica docente en el ámbito hospitalario aporta herramientas de gran valor para desenvolverse en las clases. Es por esto que consideramos que la creación de espacios de intercambio con otros colegas puede favorecer la socialización de prácticas y potenciar las experiencias áulicas.

El tercer punto mencionado tiene que ver con algunos interrogantes que siempre quedaban latentes en nuestras entrevistas: ¿qué pasa cuando el niño se reinserta a una institución escuela? ¿Se adapta fácilmente? Por lo que manifestaron las docentes, el vínculo con las escuelas de origen se da en algunas oportunidades y en otras no, dependiendo de cada caso y de las distancias de las mismas respecto a la ciudad de Córdoba. Sin embargo, las maestras consideraron de gran importancia generar diálogos con las autoridades, los docentes y los compañeros del niño ya que por un lado, este último llega a la escuela luego de haber transitado por una experiencia que puede haber sido dolorosa, traumática y prolongada en el tiempo; y por otro lado, se inserta en un contexto que lo mira con inseguridades, miedos y dudas. El diálogo entre las integrantes del aula hospitalaria y la escuela contribuye a aplacar todas esas inseguridades, miedos y dudas, y permite generar confianza en el niño para que pueda visualizar a este nuevo espacio como un lugar agradable, en el que podrá recuperar muchos de los procesos de su infancia interrumpidos. En esta línea, se considera necesario avanzar aún más e institucionalizar estos procesos dialógicos para contribuir a una transición más natural y agradable para el niño.

Por otro lado, y en línea con el punto anterior, las docentes entrevistadas señalaron que aún es necesario fortalecer el conocimiento que circula en la sociedad sobre la educación hospitalaria y domiciliaria. Aunque con la Ley 26.206 (2006) y el reconocimiento de la misma como modalidad la situación mejoró, las docentes aún encuentran algunos obstáculos con las escuelas de origen de los alumnos. A veces es necesario entablar largos diálogos para que dichos establecimientos comprendan y acepten los pasos que deben dar para garantizar la escolaridad de los niños en situación de enfermedad. Entre ellos, la obligación de las escuelas de origen de conservar la

matrícula de los niños allí aunque no asistan por largos períodos, o de enviar los programas y planificaciones previstas.

Asimismo, otro asunto que parece necesario resolver tiene que ver con el tiempo en que las docentes no están en la escuela (sea por vacaciones o porque se retiraron por terminarse su turno diario). Como relataran algunas maestras, hay muchas oportunidades en que los niños no pueden tener clases, por encontrarse dormidos, en aislamiento, bajo medicaciones que bajan su estado de ánimo, entre otras situaciones. Así, sería interesante pensar en herramientas vinculadas a las tecnologías de la información y la comunicación (TICs) para que dichos niños puedan acceder a recursos didácticos y educativos según sus ritmos y tiempos. En esta línea, la construcción de lazos sólidos con los profesionales de la salud puede contribuir a llenar los vacíos que quedan cuando las docentes no están.

A su vez, es importante señalar el lugar clave que ocupan las interacciones, mediatizadas por el lenguaje verbal y no verbal, en los procesos de transmisión y aprendizaje del aula hospitalaria. En este sentido, como hemos podido ver, a través del lenguaje se apuesta a una construcción conjunta del conocimiento y a la habilitación de espacios de diálogo que posibiliten el desarrollo del pensamiento y la comprensión. Además, la importancia asignada a la creación de lazos afectivos entre el docente y el alumno colocan a la comunicación en el centro de los procesos de transmisión y aprendizaje. Como se describiera más arriba, a través del lenguaje y la comunicación (y la construcción de vínculos afectivos) las docentes negocian con sus alumnos: dan lugar al planteo de sus emociones e intereses, a los silencios y a los diálogos sobre aspectos cotidianos de sus vidas, pero a partir de allí, retoman los contenidos previstos, generan actividades en función de los temas conversados, proponen seguir trabajando un poco más. Esto nos lleva a pensar en la importancia que tiene la guía del docente en el desarrollo del saber, en la búsqueda por identificar y construir tanto desde las posibilidades efectivas como desde las potenciales de los niños.

Otros interrogantes que quedan en suspenso tienen que ver con el aprendizaje de los niños que asisten al aula hospitalaria: ¿pudieron apropiarse de los contenidos curriculares? ¿Qué pistas de apropiación podemos encontrar en los diálogos con los alumnos? ¿Qué ocurre con el tiempo perdido? ¿Es tiempo perdido? ¿O son más provechosas las clases cortas en donde se da un vínculo más íntimo y cercano con el alumno? Según nos relataran las maestras, dos horas con un estudiante en el contexto en

el que ellas desarrollan sus tareas es una jornada de trabajo intenso ya que la cercanía y el vínculo personalizado que se genera contribuye para que la docente identifique rápidamente las dificultades del mismo y pueda guiarlo con mayor facilidad hacia los contenidos planteados. Además, las maestras incluso comentaron que en ocasiones deciden agregar material a los contenidos que desarrolla la escuela de origen del niño por considerarlos insuficientes. Sin embargo, consideramos que aún resta camino por andar para poder acercarnos a respuestas más acabadas sobre dichos interrogantes.

Por otro lado, luego de las observaciones y las entrevistas realizadas, captó nuestra atención las representaciones que los niños tenían de la escuela en el hospital. El que preguntaran por las maestras constantemente, que pidan ir al aula y que al reinsertarse en su escuela de origen recuperen de una manera positiva la experiencia en el aula hospitalaria da cuenta de las relaciones afectivas construidas en torno a este espacio. Según los relatos de las docentes, en el aula hospitalaria se prioriza el interés del niño ya que por la situación que lo rodea es necesario darle un lugar distinto, en donde de ser objeto de intervenciones médicas se convierta en sujeto con posibilidad de opinar, de participar de una instancia distinta. Como dijeron algunas de las entrevistadas, si no se parte de sus intereses, si no se está dispuesto a interrumpir el desarrollo de una clase para escuchar lo que le pasa al niño, si no se generan lazos de confianza entre maestra y alumno, no es posible lograr un proceso de transmisión y aprendizaje significativo. Esto nos lleva a preguntarnos por la institución escuela hoy, ¿será necesario replantear allí también los modos de comunicación e interacción para pensar en escuelas a la que los niños anhelan ir? ¿Por qué una situación límite como la enfermedad o la internación en un hospital es la que plantea priorizar el interés del estudiante? Aunque sería objeto de otra investigación, consideramos que las imágenes positivas que tienen los niños en torno a la escuela en el Hospital Infantil (recuperadas tanto por las docentes como por nuestras observaciones), puede ser un puntapié importante para reflexionar sobre las imágenes que circulan actualmente sobre la escuela como institución.

En esta línea, creemos que la experiencia escolar del Hospital Infantil nos lleva a pensar en la escuela que queremos construir hoy. Una que invite a los educadores a buscar a sus alumnos, a generar propuestas atractivas y a trabajar los contenidos educativos contemplando al otro (sus miradas, sus intereses, sus necesidades particulares). Como señala Axel Rivas (2014), las escuelas del pasado, a las que muchas veces les tenemos nostalgia, son las escuelas que abandonamos. Porque, ¿quién deseaba realmente ir cada

día a ellas? Como señala el citado autor: “Las escuelas nacidas de las dos primeras revoluciones educativas, la religiosa y la estatal, eran una imposición” (Rivas, 2014, p.239). Inculcaban conocimientos únicos, indiscutibles, intocables y sólo se esperaba de ellas la eficiencia de la repetición: eran olvidables.

En sintonía con Rivas (2014), consideramos que las escuelas actuales son mejores que las del pasado porque abrieron sus puertas a muchos sujetos y grupos que antes eran excluidos. Las modalidades establecidas en la Ley de Educación 26.206 en su Artículo 17, dan cuenta de esta pluralidad. La educación permanente de jóvenes y adultos, la educación rural, la educación intercultural bilingüe, la que se plantea en contextos de privación de la libertad y la domiciliaria y hospitalaria, son sólo algunos ejemplos de cómo se han ido extendiendo cada vez más las prácticas educativas formales.

Partiendo de la base de garantizar la igualdad en el derecho a la educación, compartimos la visión que presenta Rivas (2014) sobre la escuela que queremos construir hoy: la escuela inolvidable, aquella que cambia vidas, que brinda lecciones inspiradoras y que queda grabada en las mentes de sus estudiantes. Y aquí el oficio del docente surge con fuerza. En términos de este autor:

“La pasión de aprender se conduce a través de una docencia que inspira, que seduce, que fascina (...). Es el docente (...) que atrapa en sus clases, el que deja sedientos a sus alumnos de nuevos viajes de aprendizaje. Es el docente que ve algo extraordinario en cada uno de sus alumnos. Que sabe buscarlo y cultivarlo (...). Es la escuela que desafía a sus alumnos, que los ve capaces y por eso los desafía”. (Rivas, 2014, p. 249).

Para cerrar este trabajo, quisiéramos recuperar la importancia de pensar la escuela como un núcleo fundamental para el desarrollo humano de las personas. Desde el enfoque de Amartya Sen, entendemos que se trata de un espacio indispensable para promover la libertad de los sujetos y su empoderamiento para crear las condiciones necesarias para que los mismos puedan ser o hacer lo que valoran. Es por esto que consideramos que socializar una experiencia como la del aula hospitalaria del Hospital Infantil Municipal de Córdoba, puede contribuir para pensar en escuelas más inclusivas, atractivas, cercanas a los estudiantes, inspiradoras. En definitiva, que a pesar de la situación de dolor o angustia que pueda significar la enfermedad o la internación en un centro de salud, puedan ser lugares agradables, cálidos, acogedores. En definitiva... más inolvidables.

8. Referencias bibliográficas

-) Aizencang, N. y Maddoni, P. (2007). Replanteos en torno a nuevos y/o viejos espacios de mediación y acompañamiento escolar. En D. Aisenson, J. A. Castorina, N. Elichiry, A. Lenzy, S. Schlemenson (comps.), *Aprendizaje, sujetos y escenarios* (pp. 123-131), Buenos Aires, Argentina: Noveduc.
-) Álvarez Restrepo, L. E., Gallo Zapata, V., Hernández Tisoy, J. A., Murillo Correa, V., Ríos Gil, D. Y., y Román Velandia, S. (2012). *La Educación en Espacios No Convencionales: Pedagogía Hospitalaria como Estrategia de Humanización en el Hospital Manuel Uribe Ángel (HMUA)* (Tesis de Licenciatura en Educación Especial) Universidad de Antioquía, Medellín, Colombia.
-) Archenti, N., Marradi, A. y Piovani, J. I. (2007). *Metodología de las Ciencias Sociales*, Buenos Aires, Argentina: Emecé Editores.
-) Arrieta, M., Lizasoáin, O., Bori, M. (2009). Similitudes y diferencias con nuestros colegas. Pedagogía Hospitalaria. En *Memoria del Primer Diplomado en Pedagogía Hospitalaria* (pp. 86-88), Distrito Federal, México: Administración Federal de Servicios Educativos en el Distrito Federal.
-) Aula Hospitalaria "Un Solcito de Ternura" (2014). Perfil Docente y Directivo del Servicio Educativo.
-) Aula Hospitalaria "Un Solcito de Ternura" (s.f)a. Proyecto Central. Un Espacio para Construir Aprendizajes, Jugando, Creando y Trabajando.
-) Aula Hospitalaria "Un Solcito de Ternura" (s.f.)b. Perfil del Alumno.
-) Ávila, O. S. (2000). Propuesta de creación de una Escuela Hospitalaria. Análisis preliminar de necesidades educativas, demandas específicas y condiciones institucionales para su virtual implementación. *Cuadernos de Educación N° 1*, Córdoba, Argentina: Universidad Nacional de Córdoba.
-) Bajtin, M. (1999). *Estética de la Creación Verbal*, Distrito Federal, México: Siglo Veintiuno Editores.
-) Baquero, R. (2007). Del "Efecto Abuela" al "Efecto Suegra": la ZDP como Producción de Posibilidad". *Revista 12 (ntes)*, Septiembre 2007 (N° 17), pp. 2-3.

-) Bruner, J. (1988). *Realidad Mental y Mundos Posibles. Los actos de la imaginación que dan sentidos a la experiencia*, Barcelona, España: gedisa editorial.
-) Bustamante Smolka, A. L. (2010). Lo (im)propio y lo (im)pertinente en la apropiación de las prácticas sociales. En N. E. Elichiry (comp.), *Aprendizaje y contexto: contribuciones para un debate*, Buenos Aires, Argentina: Manantial.
-) Carrizo, C., Halaban, J. y Santiago, G. (1992). *Un análisis de política: el caso de la educación municipal en la Ciudad de Córdoba, 1983-1990*, Córdoba, Argentina: Instituto de Investigación y Formación en Administración Pública.
-) Chávez de Paz, D. (s.f.). *Conceptos y técnicas de recolección de datos en la Investigación Jurídico Social*. Suiza: Universidad de Friburgo. Recuperado de: https://www.unifr.ch/ddp1/derechopenal/articulos/a_20080521_56.pdf.
-) Convención sobre los Derechos del Niño, Naciones Unidas, 20 de noviembre de 1989.
-) Decreto N° 1.954, Municipalidad de Córdoba, Córdoba, Argentina, 28 de octubre de 1999.
-) Deneulin, S. y McGregor, J. A. (febrero de 2009). The capability approach and the politics of a social conception of wellbeing. En *WeD Working Paper 09/43*, Bath, Inglaterra: Universidad de Bath.
-) Diuk, B. y Borzone, A. M. (2007). La Alfabetización Inicial desde una Perspectiva Vygotskiana. *Revista 12 (ntes)*, Septiembre 2007 (17), pp 4-6.
-) Fernández Hawrylak, M. (2000), La Pedagogía Hospitalaria y el Pedagogo Hospitalario. *Revista Tabanque* (15), pp. 139-150. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/28274429_La_pedagogia_hospitalaria_y_el_pedagogo_hospitalario.
-) García Álvarez, A. (2014). La educación hospitalaria en Argentina: entre la supervivencia y compromiso social. *Foro de Educación* 12 (16), pp. 123-139. Recuperado de: <http://forodeeducacion.com/ojs/index.php/fde/article/view/305/243>.
-) González Jiménez, F. E., Macías Gómez, E. y García Hernández, F. (2002). La Pedagogía Hospitalaria: reconsideración desde la actividad educativa. *Revista Complutense de Educación* 13 (1), pp. 303-365. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=797780>.

-) Grau Rubio, C. y Ortiz González, M. del C. (2001). Las necesidades educativas especiales derivadas de enfermedades crónicas y de larga duración. En F. S. Mata (coord.), *Enciclopedia psicopedagógica de necesidades educativas especiales* (pp. 169-186), Valencia, España: Ediciones Aljibe.
-) Hernández Sampieri, R., Collado Fernández, C. y Lucio Baptista, P. (2006), *Metodología de la Investigación*, Distrito Federal, México: McGraw-Hill Interamericana.
-) Juri, M. I. y Mercado, P. (2012). Escuelas y Aprendizajes en Contextos Carcelarios. *Revista Contextos de Educación*, Volumen 12.
-) Kaplún, M. (2002). *Una pedagogía de la Comunicación*, La Habana, Cuba: Ed. Caminos.
-) Le Grand J., Propper C. y Ray R. (1998). *The Economics of Social Problems*, Londres, Inglaterra: Macmillan.
-) Ley de Creación del Servicio de Escuelas o Aulas Hospitalarias y Servicios Educativos Domiciliarios N° 9.336 (2006). Boletín Oficial de la Provincia de Córdoba, Córdoba, Argentina, 22 de noviembre de 2006.
-) Ley de Educación Nacional N° 26.206. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina, 14 de diciembre de 2006.
-) Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes N° 26.061. Boletín Oficial de la República Argentina, 28 de septiembre de 2005.
-) Ley Marco sobre el Derecho a la Educación de los Niños, Niñas y Jóvenes Hospitalizados o en situación de enfermedad en América Latina y el Caribe. Red Latinoamericana y del Caribe (Redlaceh), XXX Asamblea Ordinaria del Parlamento Latinoamericano, Panamá, mayo de 2015.
-) Lizasoain, O (2005). Los derechos del niño enfermo y hospitalizado: El derecho a la educación. Logros y perspectivas. *Estudios sobre Educación* (9), pp. 189-201. Recuperado de http://eoeepsabi.educa.aragon.es/descargas/G_Recursos_orientacion/g_4_orientacion_familiar/g_4.6.varia/1.3.Derechos_nino_enfermo.PDF.
-) Lizasoain, O. (22 y 23 de junio de 2007). Hacia un Modo Conjunto de Entender la Pedagogía Hospitalaria. En *Primera Jornada Nacional de Pedagogía Hospitalaria en Venezuela. "La educación: prioridad de vida"*, Los Teques, Venezuela.

-) López Naranjo, I. (2011). *Alteraciones Emocionales en la Hospitalización Infantil: Análisis Psicoevolutivo* (Tesis doctoral), Universidad de Granada, Granada, España.
-) López Naranjo, I. y Fernández Castillo, A. (2006). Hospitalización infantil y atención psico-educativa en contextos excepcionales de aprendizaje. *Revista de Educación* (341), pp. 553-577. Recuperado de http://www.revistaeducacion.mec.es/re341/re341_23.pdf.
-) Mata, M. C. (1985). Nociones para Pensar la Comunicación y la Cultura Masiva. En *Módulo 2, Curso de Especialización Educación para la comunicación*, Buenos Aires, Argentina: La Crujía.
-) Mercer, Neil (2001). *Palabras y mentes. Cómo usamos el lenguaje para pensar juntos*, Barcelona, España: Paidós.
-) Ministerio de Educación de la Nación (2010). *Educación Domiciliaria y Hospitalaria Argentina. Relevamiento de datos aportados por los referentes jurisdiccionales*. Recuperado de <http://www.bnm.me.gov.ar/giga1/documentos/EL002898.pdf>.
-) Ministerio de Educación de la Nación (2014). *Aportes para la Construcción de la Modalidad Educación Domiciliaria y Hospitalaria*. Recuperado de <http://repositorio.educacion.gov.ar/dspace/bitstream/handle/123456789/110089/APORTES%20CUADERNILLO%20HOSPITALARIA-baja.pdf?sequence=1>.
-) Molina, M. C. (20 y 21 de febrero de 2014). Abordajes del niño, niña y joven hospitalizado desde la perspectiva de la resiliencia. En *Primer Congreso Internacional de Pedagogía Hospitalaria*, Colombia.
-) Muñoz Garrido, V. V. (2013). *Pedagogía Hospitalaria y Resiliencia* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.
-) Parte de Prensa de la Municipalidad de Córdoba. El 30 de marzo inauguran la escuela que funcionará en el Hospital Infantil Municipal. Municipalidad de Córdoba, Argentina, 19 de marzo de 1999.
-) Pitkin H. (1984). *Wittgenstein: El lenguaje, la política y la justicia*, Madrid, España: Centro de estudios Constitucionales.
-) Resolución 202, la Educación Domiciliaria y Hospitalaria en el Sistema Educativo Nacional. Consejo Federal de Educación, Buenos Aires, Argentina, 21 de agosto de 2013.

-) Rivas, Axel (2014): *Revivir las aulas. Un libro para cambiar la educación*, Buenos Aires, Argentina: Debate.
-) Romero, K. y Alonso, L. (s.f.). *Arte y Juego en las Aulas Hospitalarias: Una Experiencia en el Hospital Universitario de Los Andes*, Mérida, Venezuela: Universidad de Los Andes.
-) Sabino, Carlos (1994): *Cómo hacer una tesis*, Caracas, Venezuela: Editorial Panapo.
-) Sen, A. (2005). Development as Capability Expansion. En S. Fukuda-Parr y S. Kumar (editores): *Readings in Human Development: Concepts, Measures and Policies for a Development Paradigm*, Nueva Delhi, India: Oxford University Press.
-) Sen, A. (2010): *La idea de la justicia*, Madrid, España: Taurus. Reseñado por Riádigos Mosquera, C. Reseñas Educativas, 13. Recuperado de http://www.academia.edu/7472146/Rese%C3%B1a_de_La_Idea_de_la_Justicia_-_Amartya_Sen.
-) Sen, A. (27 de mayo de 2002). To Build a Country, Build a Schoolhouse. *Periódico The New York Times*. Recuperado de <http://www.nytimes.com/2002/05/27/opinion/to-build-a-country-build-a-schoolhouse.html>.
-) Serradas Fonseca, M. (2003). Asistencia Pedagógica en la Hospitalización Infantil. Una Aproximación a la Pedagogía Hospitalaria. *Revista Ciencias de la Educación* (sin número), Valencia, Venezuela: Facultad de Ciencias de la Educación.
-) Serradas Fonseca, M., Ortiz González M. y de Manueles Jiménez, J. (2002). Necesidad de asistencia educativa al niño hospitalizado. *Enseñanza & Teaching: Revista Interuniversitaria de Didáctica*, 20. Recuperado de <http://revistas.usal.es/index.php/0212-5374/article/view/4008>.
-) Trueba, C. (2012): *La dimensión educativa del desarrollo humano*, España: Cátedra de Cooperación Internacional y con Iberoamérica.
-) Unterhalter, E. (2009). Education. En S. Deneulin y L. Shahani (editoras), *An Introduction to the human Development and Capability Approach. Freedom and Agency* (pp. 207-227), Londres, Inglaterra: International Development Research Centre.

-) Vessvessian, P. (2012). Cambios y desafíos de las políticas de la niñez en Argentina. En E. Duro (Dir. Editorial) *Crecer Juntos para la Primera Infancia. Encuentro Regional de Políticas Integrales* (pp. 28-35), Buenos Aires, Argentina: Unicef.
-) Wertsch, J. (1993). *Voces de la mente. Un enfoque sociocultural para el estudio de la Acción Mediada*, Madrid, España: Visor.
-) Zapata Londoño, C. (2012): *Pedagogía Hospitalaria: Una Oportunidad para el Encuentro con el Ser Humano*, Colombia, Universidad de San Buenaventura.

9. Anexo

9.1 Entrevistas

Las entrevistas realizadas para el presente trabajo pueden consultarse en el link que se presenta a continuación:

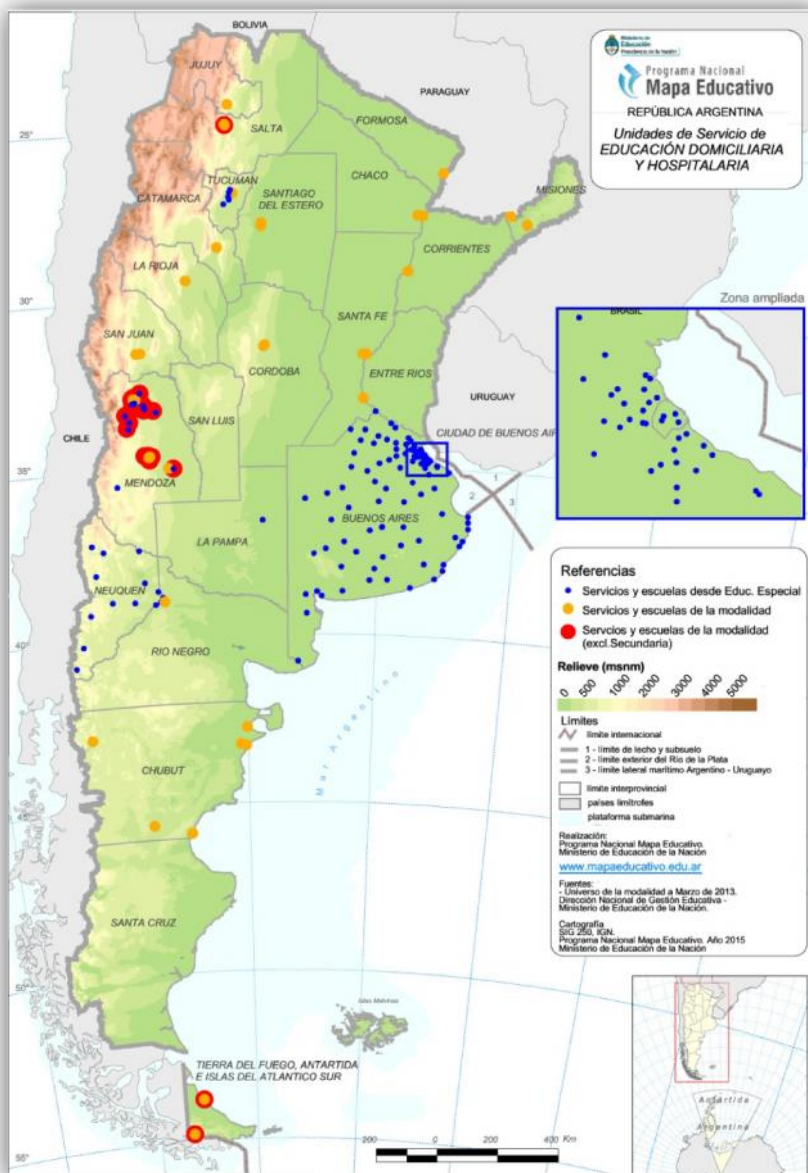
<https://docs.google.com/document/d/1PxR0KYu0kz6zoiEblmFFjFAMvOeUsRk64bEmQHQkHVI/edit?usp=sharing>.

9.2 Registro de observaciones

Los registros de las observaciones realizadas para el presente trabajo pueden consultarse en el link que se presenta a continuación (vale mencionar que los dos registros restantes fueron realizados a través de un grabador y de manera manuscrita):

<https://docs.google.com/document/d/1rcUUchO6dE6b3lAYs192keTiVIMUQHdqCDHuahsOTtQ/edit?usp=sharing>.

9.3 Mapa de escuelas y servicios hospitalarios y domiciliarios en Argentina



Fuente: Ministerio de Educación de la Nación (2013)

9.4 Fotos del espacio físico del Aula Hospitalaria



**Ingreso principal al Aula Hospitalaria.
Fuente: Archivo de observaciones realizadas.**



**Alumna trabajando en el sector del Aula que se prioriza habitualmente para niños con enfermedades oncológicas.
Fuente: Archivo de observaciones realizadas.**



Alumno trabajando en una actividad propuesta por la docente en la computadora.

Fuente: Archivo de observaciones realizadas.



Ventanas del aula cubiertas con dibujos y producciones de los niños.

Fuente: Archivo de observaciones realizadas.



**Docentes del turno mañana.
Fuente: Archivo de observaciones realizadas.**