

La Monserrate: una década tras una pedagogía hospitalaria no escolarizante en la Fundación HOMI¹

*Uriel Ignacio Espitia Vásquez²
Nuvia Marcela Barrera Aldana³
Carmen Alicia Insuasti Coral⁴*

Recibido: 29 - julio - 2013

Aprobado: 04 - octubre - 2013

Resumen

Este artículo da cuenta de la investigación con la que se sistematizaron las prácticas educativas en el campo de la pedagogía hospitalaria desarrolladas por el Programa de Licenciatura en Educación Preescolar de la Fundación Universitaria Monserrate en la Fundación HOMI (Hospital de la Misericordia) de la ciudad de Bogotá, en el periodo 2000-2010. Se describe y analiza la trayectoria de dichas prácticas identificando los elementos principales que han impulsado su construcción y reconstrucción por parte de diferentes profesores y sus grupos de estudiantes. Estas prácticas se han caracterizado por su dinamismo y preocupación por explorar las realidades del contexto hospitalario, lo que ha contribuido a resignificar las concepciones de niño, maestro, enfermedad, educación, evaluación y enseñanza-aprendizaje.

Palabras Clave: Conocimiento, Hospital, Investigación, Pedagogía hospitalaria, Prácticas, Saberes, Sistematización.

Abstract

The article reports on research which systematized educational practices in the field of hospital education, developed by the Program for Early Childhood Education Degree of the Monserrate University Foundation (Fundación Universitaria Monserrate) in the HOMI Foundation (Fundación Hospital de la Misericordia) in the city of Bogota, in the period 2000-2010. It describes and analyzes the trajectory of such practices by identifying the key elements that have driven its construction and reconstruction by different professors and student groups. These practices have been characterized by dynamism and concern to explore the realities of a hospital setting, which has contributed to resignify the conceptions of child, teacher, disease, education, evaluation and teaching/learning.

Key words

Knowledge, Hospital, Research, Hospitable pedagogy, Hospital pedagogy, Practices, Knowledge, Systematization.

1 Artículo resultado del proceso de investigación aprobado y financiado por la Fundación Universitaria Monserrate. La egresada del programa de Licenciatura en Educación Preescolar, Diana Alexandra Ariza Vanegas, se desempeñó como asistente de investigación; fueron auxiliares de investigación las egresadas: Diana Marcela Ávila Fuentes, Ingrid Giovanna Rodríguez Páez y Johanna Marcela Sánchez Buitrago.

2 Psicólogo, Especialista en comunicación-educación y Magíster en investigación en problemas sociales contemporáneos. E-mail: uriel.espitia@academia.fum.edu.co

3 Especialista en entornos virtuales de aprendizaje y Magíster en educación. E-mail: nuvia.barrera@academia.fum.edu.co

4 Licenciada en Educación Preescolar, Especialista en docencia universitaria y Especialista en entornos virtuales de aprendizaje. E-mail: carmen.insuasti@academia.fum.edu.co

Introducción

El texto sintetiza la investigación que auspició la Monserrate y que fue desarrollada por el grupo de profesores del programa de Preescolar que en los últimos años ha coordinado una apuesta de trabajo educativo con los niños, niñas y jóvenes en situación y condición de enfermedad y sus familias en la Fundación HOMI, como forma de aportar en la configuración del campo académico de la pedagogía hospitalaria en Colombia, donde se procura articular el trabajo práctico, con experiencias de investigación y con procesos de formación. La iniciativa surgió cuando estaba terminando la asesoría del proyecto *Aulas hospitalarias apoyadas en nuevas tecnologías*⁵, pues era necesario comprender el proceso de configuración de estas prácticas de formación de maestros, su estado actual y hacer explícito el conocimiento construido en este contexto educativo no-convencional. Se lo consideró un proyecto investigativo relevante en la medida en que ha sido una experiencia desarrollada en el HOMI durante casi tres décadas, donde es necesario impulsar que sus practicantes devengan investigadores de sus propias acciones pedagógicas, estudiosos de la teoría, productores de saber y transformadores o reconstructores de este quehacer educativo.

El objetivo general de la investigación consistió en explicitar el conocimiento construido en el campo de la pedagogía hospitalaria a partir de sistematizar las prácticas educativas del Programa de Preescolar de la Monserrate en la Fundación HOMI, para lo cual se plantearon cuatro objetivos específicos: a) identificar, recolectar y clasificar un *corpus* de información de las prácticas realizadas por Preescolar entre los años 2000 y 2010 en el HOMI; b) cartografiar los desarrollos de los enfoques teórico-me-

todológicos del campo educativo de la pedagogía hospitalaria entre 2005 y 2010; c) caracterizar analíticamente las principales tendencias de la producción de conocimiento en las prácticas educativas en mención; y d) explicitar e interpretar el conocimiento generado.

Estas prácticas educativas comenzaron a desarrollarse en 1985 a través de un convenio realizado entre el Programa de Preescolar de la Monserrate y el Hospital de la Misericordia, en un primer momento se brindaba un apoyo al personal de enfermería en actividades de higiene y alimentación de los niños hospitalizados y un acercamiento hacia la literatura infantil y juvenil. Con el tiempo, de estas intervenciones fragmentadas y asistenciales, se pasó a estructurar unidades didácticas integradas, luego se desarrollaron diferentes tipos de talleres integrales, centro de interés, rincones de trabajo y, en la última década, se hizo una apuesta por el método de proyectos (Dewey, 2004; Kilpatrick, 1918, 1921, Díez, 1995; Washburne, 1962). Desde el punto de vista de la cobertura que se fue alcanzando y de la aceptación que la comunidad hospitalaria dispensó a la iniciativa, las prácticas pasaron de un trabajo puntual en el área de Consulta Externa del hospital a realizar acciones en distintas unidades del servicio de Hospitalización, en las habitaciones bipersonales de los niños y utilizando los pasillos de algunos pisos del HOMI.

Este cambio hizo necesario estructurar las prácticas educativas en función de las formas de atención y de las realidades de la población hospitalizada, lo que planteó la importancia de responder a los intereses y necesidades de los niños, jóvenes hospitalizados y sus familias. Este trabajo tensionaba las disposiciones y experticias de los profesores y estudiantes pues no había una respuesta clara frente a la incertidumbre que generaba la presencia de docentes en formación en un hospital, ya que no había certeza sobre el quehacer educativo que se realizaba. Sin embargo, las directivas del HOMI, el personal médico y de enfermería veían valioso este trabajo, por lo que se abrieron otras áreas del hospital para el desarrollo de estas prácticas.

5 Proyecto patrocinado por Fundación Telefónica, se realizó con siete instituciones de carácter médico-asistencial: en 2008 con cuatro de la ciudad de Bogotá (el Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt, la Fundación Cardio-Infantil-Instituto de Cardiología, el Instituto Nacional de Cancerología y la Fundación Dharma) y a partir del mes de abril de 2009, con otros tres hospitales: la Fundación Cardiovascular de Colombia de la ciudad de Bucaramanga, la Fundación Valle del Lili de la ciudad de Cali y el Hospital Infantil Universitario de la Cruz Roja Colombiana, Seccional Caldas, “Rafael Henao Toro” de la ciudad de Manizales.

En general, las prácticas han sido producto de un proceso constante de construcción colectiva, y fruto del trabajo y los aportes de diferentes docentes de acompañamiento, como de las experiencias personales de los estudiantes, por lo que el Programa de Preescolar acumuló varias huellas documentales de su trayectoria formativa tras su paso por el hospital.

Un asunto constante en las prácticas educativas desarrolladas en la Fundación HOMI es que nunca se han propuesto dar continuidad al currículo escolar mediante una instrucción académica que escolarice a la población infantil hospitalizada, tampoco se ha propendido por una adaptación psicopedagógica del niño a su proceso de hospitalización ya que el Programa de Licenciatura en Educación Preescolar no desarrolla competencias formativas en ese sentido, puede afirmarse en cambio que el trabajo realizado siempre ha sido más cercano a una pedagogía social, favorable al desarrollo integral del educando hospitalizado para que continúe progresando en su aprendizaje cultural y formativo, tendiendo más hacia estrategias de expresión afectiva, autocuidado y resignificación de los vínculos del niño con su familia y con su contexto socio-cultural.

Otra manera de describir el trabajo realizado por todas las prácticas educativas de la Monserrate en el HOMI es acudiendo a la noción de “educación no formal” entendida como el conjunto de procesos y medios diferencialmente diseñados en función de objetivos explícitos de formación que no están directamente dirigidos a la provisión de los grados propios del sistema educativo reglado. (Trilla, *et al.*, 2003: 30)

La investigación se orientó teóricamente con la literatura académica que subraya la importancia de un aprendizaje práctico, crítico y reflexivo para la profesionalización del oficio docente, donde en líneas generales se pasa de un conocimiento tácito en la acción, a una reflexión en la acción que explicita tal saber-hacer a partir de reflexionar sobre la experiencia propia y la de otros a partir de las contingencias ocurridas durante la experiencia. Para esto, es importante entender que una práctica educativa

implica no sólo una integración curricular de las materias y un proceso formativo enriquecedor de la formación que complementa los aprendizajes académicos (teóricos y prácticos) con la experiencia (también formativa, es decir, vinculada a aprendizajes) en contextos profesionales reales de trabajo (Zabalza, 2006).

Este periodo formativo de la práctica educativa, cobró con las últimas orientaciones de los docentes acompañantes, un perfil que busca distinguir la “práctica hospitalaria”, de las prácticas escolares, sociales u organizacionales, puesto que se viene instituyendo en el país –tanto por los esfuerzos de la Monserrate, como por los de la Secretaría de Educación del Distrito, de la Fundación Telefónica, de otras universidades y del reciente interés de los Ministerios de Educación y de Salud–, un campo específico de acción pedagógica que terminará por conformar un nuevo perfil profesional para distintas disciplinas interesadas en desempeñar labores educativas en los contextos hospitalarios.

Además es necesario señalar, que en las prácticas educativas desarrolladas por los estudiantes en el HOMI se ha hecho una apuesta para que sean documentadas y reflexionadas, que es un aspecto central de la propuesta de formación del Programa de Preescolar.

Estado de la cuestión sobre el concepto de práctica reflexiva

La idea de una práctica docente reflexiva adquirió un renovado auge a través de los escritos de Schön (1987, 1998), Zeichner (1993, 1999), Warner & McGill (1996) y otros autores, pero sus orígenes datan de principios del siglo XX, cuando Dewey (1989) planteó diferencias entre acciones rutinarias y acciones reflexivas. Las primeras son acciones heterónomas regidas por impulsos, tradiciones y autoridades, mientras que el accionar reflexivo supone una actitud activa, persistente y cuidadosa de las creencias y/o prácticas desempeñadas.

A través de conceptos tales como “enseñanza reflexiva” (*reflective teaching*), “práctica reflexiva” (*re-*

flective practice) y “profesores reflexivos” (*reflective teachers*), Dewey subrayó la indispensable relación entre teoría y práctica en los métodos de enseñanza y en la investigación desde el aula. Como la acción rutinaria se guía principalmente por la tradición, la autoridad externa y la circunstancia, la acción reflexiva supone la consideración activa, persistente y cuidadosa de cualquier creencia o forma supuesta de conocimiento a la luz de sus fundamentos, pero sobre todo, de las consecuencias que conllevan las propias acciones. No obstante, fue la perspectiva socio-crítica de Shön, con su concepto de *práctica reflexiva*, la que desarrolló plenamente tal propuesta.

En el trabajo educativo desarrollado por Preescolar en el HOMI, la opción formativa de la práctica reflexiva se basa en el trabajo en grupo de las docentes en formación acompañadas por un docente experto que promueve la reflexión a partir de la experiencia práctica. A menudo la reflexión se basa en ciertas estrategias de base: el diálogo reflexivo, la discusión sobre la práctica, la interacción dialógica y el diario de campo reflexivo llevado a cabo mediante la elaboración de un portafolio o de un diario reflexivo que dé cuenta del proceso formativo.

Los trabajos de Shön presuponen que los individuos no son conscientes de la mayor parte de los conocimientos que utilizan a diario y que tampoco pueden expresar lo que saben (por lo que portan una especie de conocimiento tácito). Con base en las elaboraciones de Shön (1998), Killion & Todnem (1991) se distinguieron tres clases de reflexión: a) sobre la práctica, b) en la práctica y c) para la práctica:

- a) En primer lugar, la *reflexión sobre la acción* (*reflection on action*) requiere mirar hacia atrás sobre lo que se ha logrado y revisar las acciones, los pensamientos y los productos. Es un conocimiento auto-derivado de la acción.
- b) La segunda forma de reflexión es la *reflexión en la acción* (*reflection in action*), donde el individuo es responsable de re-

flexionar mientras que realiza el acto con el que lleva a cabo la tarea. Es un conocimiento simultáneo con el desempeño de la acción.

- c) La última forma reflexiva en la *reflexión para la acción* (*reflection for action*), donde se espera que el participante revise lo que ha logrado e identifique las pautas constructivas que ha seguido para tener éxito en los trabajos que emprenderá o se le encomendarán en el futuro. Es un conocimiento por la planeación premeditada de acciones y de la imaginación.

Las dos primeras formas de reflexión son reactivas ante hechos donde el docente responde mediata o inmediatamente, se diferencian sólo por el momento en que tiene lugar la reflexión (volviendo hacia el pasado o en el presente inmediato); pero la tercera es cualitativamente distinta porque es el resultado deseado de los dos tipos de reflexión previos y se orienta a construir alternativas de actuación futuras, a anticipar problemas, necesidades o cambios en el ámbito de su intervención educativa.

El docente y el estudiante, precisan de los tres componentes para llevar a cabo la práctica reflexiva. Los principiantes suelen estar básicamente centrados en la reflexión *sobre* y *en* la práctica, mientras que los profesionales expertos o más experimentados centran su atención en la reflexión *para* la práctica.

Por tanto, el proceso de participación en una práctica reflexiva no es, en modo alguno, lineal sino más bien una espiral continua donde cada elemento de la práctica reflexiva se ve constantemente involucrado en un proceso interactivo de cambio y desarrollo, por lo que suele presentar una dinámica holística e involucrar niveles muy distintos de reflexión.

Van Manen (1997) sugirió un modo jerárquico de tres niveles distintos de reflexividad sobre la práctica que pueden corresponderse, al menos teóricamente, con el crecimiento del maestro/a, desde que inicia como principiante hasta que deviene experto

o docente guía (Faingold, 2007). Estos niveles se orientan cada uno siguiendo criterios diferentes para elegir entre líneas de acción alternativas:

Nivel 1	Aplicación eficaz en el aula de habilidades y conocimientos técnicos.
Racionalidad técnica	La reflexión se aplica a la selección y uso adecuados de las estrategias didácticas que se van a utilizar en el aula.
Nivel 2	Reflexión sobre los presupuestos implícitos en las prácticas específicas del aula.
Acción práctica	Reflexión sobre las consecuencias de determinadas estrategias, de los currículos, etc. Aplicación de criterios educativos a la práctica de la enseñanza para la toma de decisiones pedagógicas contextualizadas.
Nivel 3	Ejercicio de una reflexión crítica.
Reflexión crítica	Cuestionamiento de criterios éticos, normativos y morales relacionados directa o indirectamente con el aula.

Ese tercer nivel supone un docente que organiza sus análisis de la realidad y del conocimiento alrededor de la investigación-acción, donde cada acción se apoya en una reflexividad encaminada a entender el contexto de su práctica, siguiendo una “espiral reflexiva”. Y aunque podría suponerse que el eje básico de este tipo de construcción de la experiencia práctica es la acción, un “aprender haciendo” (*learning by doing*) –base de las pedagogías activas contemporáneas– lo medular es el proceso reflexión que conduciría a un aprendizaje-experiencial que requiere reflexión.

Carr (1966: 57-62) no dicotomiza si la teoría o la práctica gozan de preeminencia, plantea en cambio que cada una modifica y revisa continuamente a la otra en un proceso interactivo que demanda una actitud permanente de aprendizaje, de reflexión crítica, como también de toma de decisiones de manera responsable y fundamentada. Luego la práctica es una posibilidad de aprender, no sólo porque allí se obra o se hace, sino porque se analiza y se reflexiona sobre lo aprendido, porque los practicantes –aprendices y profesionales– cuestionan las condiciones y consecuencias que dinamiza su actuación, buscando siempre nuevas alternativas para futuras formas de experimentar. En ese sentido el conocimiento reflexivo nunca será reproductivo, acrítico y conservador.

Otra cuestión que involucra la acción reflexiva, es que por lo general la reflexión es interpretada como un acto inherente a la propia práctica y no como una comprensión teórica sobre la misma, por lo cual se tiende a confundir de manera permanente, la vivencia (*Erlebnis*) y la experiencia (*Erfahrung*), hasta el punto de trivializar la reflexión como meras descripciones de las vivencias subjetivas.

En tanto que la práctica involucra el concepto de experiencia –que mantiene una relación paradójica con el lenguaje–, la experiencia, designa, según un uso común, una vivencia que se nos presenta como algo que excede a las posibilidades del lenguaje, algo tan inefable e individual, que no puede ser referido en términos comunicativos, por lo que la experiencia (*Erlebnis*) sólo sería cognoscible para cada cual, hasta el punto que su narración, conceptualización o explicitación, en tanto que inmediatez vivenciada, pertenecería al ámbito de lo individual, siendo imposible de ser compartida en tanto que experiencia (*Erfahrung*) cultural común, narrada o transmitida con cierta coherencia. (Jay, 2002).

Además, como indica Perrenoud (2004), un problema que no exploraron en su momento los teóricos de la práctica reflexiva, es la cuestión de la explicitación del *habitus*, que sí fue ampliamente teorizado por Bourdieu.

El trabajo de una práctica reflexiva implica que el practicante en formación acepta *formar parte del problema* sobre cómo reflexiona su relación con el saber, con el poder, con las instituciones, con las tecnologías y con la temporalidad implicadas en los actos rutinarios. Esta voluntad de explicitación o concienciación exige tiempos de trabajo, ser disciplinado, métodos apropiados para la observación, para el registro sistemático de información y de memorización (escritura, fotografía, video o entrevista de explicitación), como la formulación constante de preguntas, una actitud propositiva y crítica para la reflexión del propio *habitus* profesional, así como procesos analíticos para comprender y elegir nuevos caminos para el quehacer, sobre todo, tomando distancia de la acostumbrada relación normativo-prescriptiva sobre las prácticas a fin de configurar dispositivos de formación continua.

De forma implícita, esta teorización sobre la práctica reflexiva reivindica que toda acción puede ser objeto de una representación, en la medida que también se supone que todo actor sabe lo que hace, por lo que puede cuestionarse los móviles, las modalidades y los efectos de su acción.

Esta tradición reflexiva construida alrededor de los oficios técnicos y científicos supone ese carácter racional en las maneras de proceder, sin considerar que las actividades realizadas pueden ser parcialmente conscientes o desapercibidas de forma sensible, en la medida que las prácticas son acciones complejas que muchas veces se distancian deliberadamente de un proceder metódico, ya que ese saber-hacer (*know how*) puede ser más afín a la experiencia misma, a intuiciones, al llamado “sexto sentido” o a *insight* iluminadores, en suma, a un *sentido práctico* en el sentido en que Bourdieu (1990) afirma que está constituido el *habitus* en los agentes sociales: como un sistema de disposiciones adquiridas, permanentes y transferibles, que generan y clasifican acciones, percepciones, sentimientos y pensamientos. Disposiciones que no son “racionales”, ni “irracionales”, sino “razonables” y que funcionan como un “sentido práctico” capaz de inventar soluciones a cada situación mediante una espontaneidad sin conciencia ni voluntad.

Por tanto, el *habitus* plantea el problema teórico sobre cómo articular el paradigma reflexivo con el reconocimiento de ese sentido práctico, en el marco de formación de los enseñantes.

Aunque es evidente que somos capaces de aprender de la experiencia y de improvisar ante situaciones insólitas, a fin de actuar de forma más eficaz cuando se presenten situaciones semejantes, produciendo cierto tipo de entrenamiento, la práctica pedagógica demanda intervenciones singulares en situaciones complejas que nunca se reproducen de forma exactamente idéntica, luego tanto el *saber-hacer* y el *saber decir cómo hacer* (Bellierot, 1998) en las situaciones de enseñanza-aprendizaje, exigen permanentes adaptaciones a situaciones parcial o totalmente nuevas, donde muchas veces no basta con trasponer respuestas creadas con anterioridad. Lo que supondría un distanciamiento respecto de los esquemas con los que usualmente pensamos, reaccionamos o actuamos comúnmente. Luego esta reflexión sobre la acción como un trabajo de explicitación consciente del propio *habitus* no es un trabajo fácil, pues corrientemente ocurre luego de que se ejecuta la acción.

Como propuso Michel de Certeau (1999), el proyecto occidental ha buscado de forma sistemática “escribir el mundo”, pero somos conscientes que siempre hay un desfase entre la acción y su representación posterior, por lo que todo proceso de reconstrucción y reflexión siempre será parcial y fragmentario.

El intento de trabajar reflexivamente los conjuntos de acciones que ejecutamos tratando de “hacerlo mejor” la próxima vez, exige una labor sobre los saberes procedimentales sobre los métodos y las técnicas, como sobre las propias actitudes y rasgos de personalidad y un trabajo sobre los esquemas de acción incorporados que son de naturaleza perceptiva, motriz, simbólica, cognitiva y afectiva.

Con la noción de *habitus*, Bourdieu (1990) subrayó la integración de los esquemas en un sistema y en una “gramática generativa” de nuestros pensamientos y nuestros actos. La acción de elaboración del mundo, no ocurre como si un sujeto se enfrentara sólo respecto del conocimiento de objetos, tampoco el

mundo se impone tal cual sobre el agente, sino que hay allí dos estados de lo social: la historia hecha cuerpo (en forma de *habitus*) y la historia hecha cosa (la historia objetivada en las cosas, en forma de estructuras y mecanismos del espacio social o de los campos), es decir una adecuación entre el *habitus* y las instituciones.

Por tanto, aprender una práctica es hacer modificaciones imperceptibles del esquema corporal, donde se transforman al unísono las disposiciones mentales y afectivas, que muchas veces no pasan por la conciencia discursiva ni por la explicación reflexiva, es decir, que excluyen la aprehensión contemplativa y destemporalizada, característica de la postura teórica. Allí existen fundamentalmente actos y huellas que dichos actos dejan *en y sobre* el cuerpo. En ese sentido, una práctica es un conjunto de técnicas o de actos tenidos como eficaces, un saber práctico compuesto por esquemas inmanentes a tal práctica que se ejecuta estratégicamente en un tiempo y lugar determinados y que se realiza por una pedagogía implícita, donde la fuente de socialización es mucho más importante que la pedagogía por instrucción (aprendizaje obtenido a través de libros o por lecciones magistrales).

Por todo lo anterior, no hay un ámbito en el que la práctica reflexiva remita pura y simplemente a informaciones, representaciones, saberes y técnicas explícitas, y otro en el que prevalezca el sentido práctico no consciente. Una práctica reflexiva combina permanente operaciones mentales que inducen ciertos estados de conciencia, y estos producen y transforman los esquemas del sentido práctico. De allí que sea tan complejo intentar explicitar reflexivamente el saber de cualquier práctica.

Por consiguiente, el análisis reflexivo de las prácticas y la labor de explicitación sobre el *habitus* no sólo ocurre en los espacios de reflexión, en la práctica misma o en las clases. La reconstrucción permanente de una práctica es un trabajo solitario o en equipo, que va más allá del tiempo y lugar donde ocurren las acciones de la práctica.

Diseño metodológico

El proyecto de sistematización fue abordado como un tipo de aprendizaje reflexivo asociado al paradigma interpretativista cualitativo de las ciencias sociales, donde se asume la realidad social como una construcción colectiva de sentido, así como a un tejido de relaciones y representaciones sociales siempre cambiantes y complejas (Carvajal, 2004). La situación y condición de los niños enfermos y hospitalizados es una realidad múltiple, estudiable de forma holística y en donde se busca –antes que explicaciones causales, predictivas o generalizadoras–, la comprensión inductiva a través del análisis de las percepciones y elucidaciones de los sujetos que han participado de este trabajo educativo hospitalario. Con sus resultados se buscará cualificar y reorientar las prácticas del profesorado de Preescolar en formación. Eventualmente este trabajo también podría servir para la formación reflexiva de otros profesionales de la FUM como se pretende hacer alrededor de un segundo proyecto de investigación que será desarrollado en el HOMI y en otros contextos hospitalarios, denominado: *Trabajo educativo flexible apoyado en TIC con niños y jóvenes en condición de enfermedad, y sus familias*.

Además de las decisiones de diseño investigativo inicialmente esbozadas para delimitar el problema de cómo explicitar y formalizar académicamente el saber-hacer producido dentro de las prácticas educativas en pedagogía hospitalaria, precisar un periodo de tiempo, las fuentes de información y el contexto del estudio, se previó que la investigación tendría ajustes en su estrategia metodológica según lo exigieran las contingencias al desarrollar las cuatro fases en que fue dividida la ejecución del proyecto y que se detallan más adelante.

Los procesos de sistematización de experiencias son una modalidad participativa de investigación que abordan las prácticas sociales desde una interpretación crítica, involucrando a los propios actores con miras a que reconstruyan y decanten el proceso histórico desarrollado, se ordenan los elementos objetivos y subjetivos intervinientes a fin de comprender e interpretar su propia práctica (Jara, 2001), lo que

supone explicitar los saberes para transformar los modos de obrar. Ello no implica que todos los integrantes de la experiencia deban participar a lo largo de todo el proceso sistematizador, sino que sus decisiones fundamentales: por qué y para qué hacerla, cómo hacerla, la interpretación y qué hacer con los resultados, sean tomadas democráticamente (Torrres, 1996: 20), lo que permite una reorganización consensuada de la práctica.

En el diseño metodológico se incluyó un *Mapa de actores significativos en la práctica educativa en el HOMI*, con el objeto de mostrar la variabilidad, continuidad y discontinuidad del profesorado acompañante de prácticas de preescolar, como también de los funcionarios del HOMI, conocedores de las prácticas de la Monserrate en esa institución hospitalaria.

Según la propuesta de clasificación de la estrategia metodológica de investigación realizada por Valles (1999), el estudio apeló al uso de técnicas de lectura, análisis e interpretación documental (inventario documental, caracterización documental de las prácticas, Resúmenes Analíticos Especializados) relacionadas con estrategias de conversación-narración (entrevistas semi-estructuradas con actores claves de las prácticas) y de observación-participación (diarios de campo). Tanto la formulación, diseño investigativo y resultados del proyecto se organizaron y acopiaron mediante el uso de distintas herramientas web 2.0 y de un *site* en la plataforma de Google Apps.

En la primera fase, se realizó una recopilación de las fuentes de información disponibles en el periodo propuesto, lo que implicó la búsqueda de archivos físicos y digitales en diferentes espacios institucionales del Programa de Preescolar, así como la identificación y ubicación de los actores que hubiesen tenido alguna relación con estas prácticas (docentes de acompañamiento, estudiantes y egresadas cuyo desempeño hubiera sido especialmente relevante, así como niños, niñas y jóvenes hospitalizados, padres de familia, personal administrativo, médicos, enfermeras y empleados de servicios generales del HOMI que estuvieron o están relacionados con este proceso educativo). Para el efecto, se apeló a estrate-

gias comunicativas tales como correos electrónicos, llamadas telefónicas y búsqueda en redes sociales.

Luego se organizaron las fuentes a través de una *clasificación facetada*, para construir un sistema de ordenamiento de información que terminó dispuesto en un formulario digital denominado: *Formulario para el inventario documental de las prácticas*. Se crearon en total 50 facetas de codificación que permitió la distribución de los documentos disponibles entre los miembros del grupo de investigación, a fin de analizar la información de las siguientes fuentes: Artículos; Autoevaluaciones de estudiantes; Bitácoras y diarios de campo; Encuentros; Evaluación de docentes; Evaluaciones de niños, familias, personal médico; Eventos; Formatos caracterización institucional; Fotografías; Galerías; Informes de docentes; Investigaciones; Planeaciones; Propuestas educativas; Resúmenes de estudiantes; Trabajos de los niños.

Esta clasificación y periodización permitió avizorar qué apuestas se mantenían, cuáles eran más relevantes que otras y cuáles cesaban de producirse.

En la segunda fase del estudio se clasificaron y estudiaron diversas fuentes bibliográficas que daban cuenta de los desarrollos teórico-metodológicos del campo de la pedagogía hospitalaria entre los años 2005 y 2010 a través de la consulta en centros de documentación y mediante una navegación en la *Web* de Aulas hospitalarias, Artículos, Eventos de pedagogía hospitalaria, Investigaciones, Libros, Prácticas educativas, Proyectos y Revistas. De cada una de las fuentes halladas se elaboró un *Resumen Analítico Especializado*, RAE⁶ a fin de sintetizar la información para facilitar posteriormente su análisis, también se creó otro formulario digital para

6 Los RAEs son un formato diseñado por el Centro de Investigación y Desarrollo de la Educación (CIDE) de Chile para reseñar documentos producidos en el campo de la educación. Constan de tres grandes secciones: a) Descripción bibliográfica (el registro bibliográfico, la especificación del formato del documento y el No. de clasificación topográfica); b) Descriptores temáticos de la fuente de información; y c) Cuerpo del resumen (fuentes del/los autor(es), la descripción de contenidos, la metodología empleada, las conclusiones y recomendaciones, las iniciales del autor del resumen y la fecha de elaboración). Para este estudio, se añadió un último apartado que contiene información adicional encontrada en las fuentes documentales revisadas.

compilarlos y garantizar de esta manera su organización y consulta en línea.

Este ejercicio fue nominado como una *cartografía de la pedagogía hospitalaria*, que no se tratará en este artículo, pero con el cual fue posible identificar las principales apuestas en el campo a partir de elaborar textos descriptivos de cada tendencia, donde se precisaron los sentidos, propósitos y orígenes de tales enfoques. Se trata de un modelo que permite mapear este campo de prácticas y de producción de conocimiento en cuatro cuadrantes que fluctúan entre favorecer el protagonismo infanto-juvenil o permanecer en una perspectiva adulto-céntrica, al tiempo que se oscila entre la configuración de propuestas más cercanas a la educación formal, *versus* una educación no formal (Trilla et al, 2003) o no convencional, que no confunde la educación con la escolarización, ni enseña o gobierna a los sujetos mediante las formas canónicas de las culturas escolares tradicionales.

Al tiempo se diseñó una entrevista semi-estructurada para ser aplicada con los diferentes actores que hicieron parte de las prácticas educativas a sistematizar, como forma de recabar la experiencia de docentes y estudiantes.

En la tercera fase del proyecto se realizaron estas entrevistas, algunas en domicilios, otras en el hospital y en la Universidad. Para el caso de algunas egresadas que tenían dificultades de desplazamiento por sus compromisos laborales, se les remitió la encuesta por correo electrónico.

En la última fase de la investigación el trabajo se centró fundamentalmente en el análisis del *corpus* de información de las prácticas en pedagogía hospitalaria del Programa de Preescolar. Para este análisis se preestablecieron las siguientes categorías de análisis: infancia, niño-niña, docente, pedagogía hospitalaria, prácticas, planeación y evaluación. Se denominó esta forma de categorizar la información como una estrategia de lectura y clasificación *top-down*, acordando estar atentos a la identificación de subcategorías, así como a categorías emergentes de la documentación analizada, como una estrategia de lec-

tura y clasificación *bottom-up*. En este trabajo, se entendieron las categorías como conceptos derivados de los datos, que a su vez representan fenómenos, se fueron precisando tales términos, se tuvo en cuenta su frecuencia de reiteración, como también sus particulares modos de aparición estrechamente relacionados con la significación con la que los actores investían estas categorías y subcategorías.

Desde el punto de vista analítico, fue importante comprender que los objetos, acontecimientos, actos y acciones/interacciones así clasificados, tienen atributos y que la manera como se defina o dilucide estos atributos (o el significado que se les asigne), determina estas diversas maneras en que se clasifican los conceptos. Por tanto, que la labor de codificación procede mediante un análisis comparativo donde se van identificando semejanzas y diferencias, pero también, se va nombrando o etiquetando el acontecimiento llamativo, en gran medida sugerido por el contexto documental en donde se lo ubica. Con este proceder analítico se pasó a otro nivel donde se formularon preguntas y se problematizaron tales consensos discursivos que parecían ir cobrando los datos, a fin de descomponerlos y de ir “escarbando bajo su superficie”, con la pretensión de lanzar hipótesis y de ir construyendo interpretaciones y conclusiones. (Strauss y Corbin, 2002).

Para realizar el análisis de información se tuvieron en cuenta las clasificaciones realizadas previamente en el formulario digital y en las carpetas de los documentos de las prácticas en el HOMI, se dispuso un sistema para la identificación de las categorías preestablecidas *a priori* y emergentes, a medida que se fueron analizando los registros se insertaban comentarios y breves descripciones de lo que significaban estos términos, según el contexto de lectura donde iban siendo hallados.

Al terminar estos análisis, se identificaron los atributos conferidos a las distintas categorías y subcategorías establecidas, dando paso a la elaboración de un texto cualitativo donde se describieron y analizaron los hallazgos. Por último se realizó un ejercicio de relectura de los análisis de ambos *corpus* a fin de identificar, comprender y explicitar los hallazgos

encontrados de acuerdo a los propósitos de la investigación, dando paso a la elaboración de las conclusiones principales del estudio.

Análisis de resultados

Los resultados alcanzados a través de estos procesos analíticos, involucraron también una serie de debates y consensos en el equipo de investigación que, a

la postre, servirán para reestructurar estas prácticas educativas.

Con el propósito de identificar de manera más precisa las tendencias encontradas en los tipos de fuentes de información analizados, se los intersectó con los componentes claves de las prácticas educativas, mediante la siguiente grilla de lectura:

Tipos de fuentes de información	Componentes de las prácticas educativas		
Diarios de campo (Estudiantes y Egresados)	a) Concepciones del acto pedagógico: De las prácticas; Del niño; De la pedagogía hospitalaria; Funciones de los docentes en formación; Ideales del maestro hospitalario	b) Propósitos de las prácticas: Respecto de los niños hospitalizados, de la relación enseñanza-aprendizaje y de las interacciones entre los sujetos en el ambiente hospitalario	c) Quehacer educativo: Ejes de las prácticas; Metodologías; Características de las prácticas
Propuestas educativas (Estudiantes y Egresados)			
Entrevista con actores claves (Estudiantes, Egresados, Niños, Familias, Médicos, Enfermeras)			

Hallazgos sobre las prácticas educativas

Los registros de diario de campo y las propuestas educativas desarrolladas por las docentes en formación constituyeron las principales fuentes del *corpus* de información del estudio, estos documentos muestran que los estudiantes conciben su práctica educativa en el contexto hospitalario de cuatro maneras: como espacio, como labor, como herramienta y como reto.

Las prácticas son comprendidas como un *espacio educativo, comunicativo y de enseñanza-aprendizaje*, donde la interacción entre pares juega un papel fundamental, ya que permite la construcción social de aprendizajes y es desde donde se asume a los niños como sujetos de derecho. También se sobreentienden las prácticas educativas como una *labor de carácter social y humano*, cuya intención educativa se orienta hacia que los niños puedan seguir viviendo y desarrollándose, es llamativo que las estudiantes no refieran estas prácticas desde una perspectiva formal y disciplinaria, sino que enfatizan en ellas los procesos de interacción y comunicación, dada la cer-

canía y afectuosidad con la que deben desempeñarlas. Otra forma de concebir la práctica educativa es como una *herramienta* que brinda la posibilidad de conocer la realidad del niño, para desde allí diseñar ambientes de aprendizaje que respondan a la especificidad de las condiciones del contexto hospitalario y a las particularidades de la enfermedad de los niños, niñas y jóvenes. Por último, la práctica educativa también es significada como un *reto*, puesto que el hospital es un contexto diferente a la escuela, donde no hay salones de clase y donde hay que trabajar al mismo tiempo con niños y jóvenes de diferentes edades, por tanto, hay que atender una gran diversidad de niveles de formación, intereses y necesidades. También es muy significativo que por lo general esté presente todo el tiempo un familiar o acompañante (generalmente mujeres), quienes participan de los ambientes y de las actividades educativas diseñadas. Otra variable clave la constituye el tiempo reducido de trabajo con cada sujeto, ya que los niños rotan con frecuencia entre servicios, porque se los remite a otros hospitales, se les da alta de su condición de hospitalización o porque algunos

mueren. A este conjunto de condiciones espacio-temporales y poblacionales debe añadirse la particular situación o condición de enfermedad, que también influye en un trabajo educativo diseñado para el aquí y el ahora, lo que hace que estos “actos educativos” sean vividos en la incertidumbre ya que, por ejemplo, no pueden anticipar para los encuentros con qué cantidad de niños y jóvenes se trabajará, tampoco pueden estandarizar sus edades, ni sus estados de ánimo, intereses o, necesidades, lo que obliga a la estructuración de una planeación suficientemente flexible que se acomode a estas realidades. Otro gran reto, es que el conocimiento que se puede construir en estas condiciones, aunque puede ser de carácter disciplinar, prioriza los aprendizajes de orden cultural, social, y los que adquieren los niños y sus acompañantes respecto de la enfermedad, entre otros.

Todas estas características hacen que las docentes en formación deban romper con las concepciones y certezas que tienen respecto del llamado “rol docente”, descentrarse del lugar habitual que se espera ocupe el niño, por lo que necesitan resignificar la acostumbrada relación de enseñanza-aprendizaje y repensar los procesos de planeación y de evaluación. Pero sobre todo, como se trata de un contexto educativo no convencional, se ven obligadas a crear y recrear nuevas maneras de hacer educativamente con esta población, lo que no es tarea fácil, puesto que implica: planear, hacer, documentar ese hacer, volver sobre esos registros para tomarlos como herramientas que les permita reflexionar para resignificar y transformar su quehacer como docentes. De allí que la práctica se experimenta como un fuerte cuestionamiento al rol preconcebido del maestro amoldado para los contextos educativos formales. Como lo expresa una estudiante en su diario de campo: “¿Cuál es mi rol: ser guía, acompañante, escucha, profesora, investigadora, recreadora, amiga o qué? La verdad no sé. Pero esto crea muchos interrogantes”.

Respecto de los propósitos con los que se enfocan las prácticas educativas, se evidencia un gran interés por generar espacios educativos que de alguna

manera rompan con la rutina del hospital, que ayuden a que los niños y sus familias “olviden por un momento” las implicaciones emocionales que genera la enfermedad y la internación, para así aportar en alguna medida a la recuperación de esta población.

En segundo orden se relacionan los propósitos que le apuntan a la relación enseñanza-aprendizaje, no se orientan hacia una construcción de conocimientos disciplinares sino más bien en torno a la generación de espacios educativos que procuran contemplar los intereses y necesidades de los niños y que son concebidos para facilitar la construcción de conocimientos y saberes colectivos. Este énfasis en los conocimientos y saberes experienciales de los niños y sus familias acerca a las practicantes a comprender sus pautas culturales, las implicaciones que tienen las enfermedades y la hospitalización en sus vidas, y a las posibilidades que les permiten sus diversas maneras de pensar y sentir.

Los propósitos de su trabajo, que apuntan directamente a la relación con los niños y niñas, son muy variados, pero priorizan un enfoque hacia las dimensiones humanas, preocupándose de manera particular por los aspectos emocionales de los y las chicas, así como por buscar diversas estrategias a través de las cuáles ellos puedan vivir una experiencia menos dolorosa y más vitalizante.

Al analizar los propósitos que guían la relación de enseñanza-aprendizaje se observa una fuerza especial por incorporar estrategias metodológicas basadas en la comunicación, con el propósito de generar espacios de interacción que permitan establecer diálogos a partir de la diversidad de experiencias que ha vivido la población hospitalizada en el HOMI. Al respecto, la expresión y expresividad cobran un papel fundamental en el trabajo educativo, puesto que se convierten en un dispositivo a través del cual los niños y familias pueden “desahogar” sus maneras particulares de vivir la enfermedad y el proceso de hospitalización, junto con las consecuencias socioafectivas y otro orden, que de allí se derivan. Sin embargo, esto no significa que las estudiantes cuenten con competencias psicopedagógicas o que los docentes de acompañamiento promuevan ese traba-

jo de intervención o contención de los aspectos emocionales y actitudinales o que puedan afrontar situaciones de crisis o de estrés hospitalario, pero estas y otras circunstancias sí indican necesidades de una formación específica.

También se prioriza un trabajo educativo que permita construir conocimientos y saberes a partir de la diversidad cultural que caracteriza a la población del HOMI, pues La Misericordia es el hospital pediátrico más antiguo del país y según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud es una institución de tercer nivel de atención que congrega un gran número de especialistas y equipamiento clínico específico para la atención de problemas patológicos pediátricos complejos (niños y niñas en situación transitoria de enfermedad o que padecen largos periodos de internación por Enfermedades Crónicas No Transmisibles, ECNT; por enfermedades huérfanas -raras o poco frecuentes-, degenerativas, incurables, dolorosas y que pueden causar discapacidad, con síndromes -síntomas o enfermedades múltiples-, en procesos de trasplante de órganos, en condición de aislamiento total, con prevención de contacto, recién operados o en periodo pre-operatorio, etc.), por lo cual se constituye un centro de referencia nacional y regional. De allí que sea un gran laboratorio para la construcción de conocimiento colectivo, la identificación de rasgos distintivos regionales y para compartir diferentes lecturas y experiencias de mundo.

A partir de generar interacciones y trabajos grupales se facilita la comprensión de múltiples maneras de percibir las situaciones de enfermedad, lo que crea espacios para que las personas se reconforten mutuamente ante las experiencias de dolor, sufrimiento y vecindad con la muerte. Esta activación de la colectividad mediante el conocimiento de otras formas de vida, también permite re-conocer afinidades pero también establecer puntos de desacuerdo sobre las formas de soportar esta situación de encierro o de aislamiento social, lo que redundará en una convivencia más armónica y agradable, pues la interacción con otros que comparten situaciones semejantes rompe con la monotonía característica del contexto hospitalario. Así se tejen relaciones

afectivas, hasta el punto de crear lazos fuertes muy cercanos sobre todo entre la población de mediana y larga permanencia, todo lo cual parece ayudar a que la experiencia de enfermedad, las intervenciones quirúrgicas y de rehabilitación resulten más tolerables, pero todos estos son aspectos que necesitan ser reflexionados pedagógicamente e investigados con detalle.

Aunque no es generalizado, este tipo de interacciones propiciadas por las acciones educativas de las docentes también genera, entre algunos padres e hijos, la posibilidad de conocerse, reconstruir o afianzar sus vínculos, siendo paradójico que la situación de enfermedad se convierta en una gran oportunidad para el mutuo re-conocimiento entre las generaciones.

También existen propósitos encaminados a afectar en algún grado el ambiente hospitalario, siendo notoria la intencionalidad por incorporar elementos que parecieran desentonar con la estructura austera y aséptica de la clínica médica: entre otros, música, cantos, rondas, juegos, libros, cuentos, títeres, ejercicios y movimientos, juguetes, representaciones escénicas y trabajos en grupo.

Respecto de las formas de trabajo adoptadas en las prácticas educativas, la apuesta metodológica más frecuente es el taller, luego se mencionan las actividades, seguidas del trabajo por proyectos y por último, la realización de manualidades. Esta apuesta de trabajo por proyectos es más acusada entre los años 2003 y 2006, y luego a partir del año 2007, lo que responde al interés y el enfoque educativo que privilegiaron los docentes del Programa de Preescolar contratados para acompañar estas prácticas educativas.

Se reitera en la información que tales estrategias metodológicas parten de “los intereses y necesidades de los niños”, aunque no se precisa cómo se las consulta o se las encadena en la planeación y entre planeaciones. También se resalta que el contexto hospitalario exige un trabajo con población de diferentes edades, lo que implica estructurar planeaciones lo suficientemente abiertas y flexibles que con-

citen la atención y el interés de niños, adolescentes y jóvenes o enfocar trabajos específicos con madres y niños de la primera infancia, ya que no se ha elaborado una forma de trabajo clara con los bebés de 0-3 años. Un aspecto significativo es que se reconoce en los registros que la presencia de niños con discapacidad, afectados por síndromes o que padecen enfermedades huérfanas⁷ no es tenida en cuenta de forma específica, por lo que se consignan cuestionamientos pues tampoco se sabe cómo obrar educativamente con esta población. Otro tanto ocurre con los jóvenes, pues algunos de ellos están terminando su educación secundaria, cursan formación tecnológica o están en los primeros semestres de la universidad, con quienes no es tan fácil atraer con actividades que les parecen infantiles.

Las estudiantes conceden que estas prácticas en el hospital son rigurosas porque implican un alto grado de responsabilidad y compromiso, siendo otra de sus características, que exigen un nivel de reflexividad que les posibilita “mirarse”, lo que insta la identificación y el reconocimiento expreso del sentido de sus haceres. Por lo mismo, este proceso de decantación crítica y vigilante de los aprendizajes, implica la resignificación de diversas concepciones respecto de la educación, de la noción de niño, de la función docente, y sobre cómo transformar su práctica como maestras. De forma recíproca, las prácticas hospitalarias también generan una serie de sensaciones encontradas en las estudiantes: miedo, tristeza, incertidumbre y frustración, como también, alegría, satisfacción y reafirmación en su “vocación”, todo lo cual las desequilibra emocionalmente.

Por esta vía, un docente hospitalario tendría que desarrollar múltiples funciones, agrupables en tres grandes líneas: *con relación a la situación y condición de enfermedad*, la posibilidad de diseñar ambientes educativos suficientemente enriquecidos para que los niños y sus familias logren vivir experiencias

diferentes a las que usualmente experimentan en el contexto hospitalario, como ya se dijo, con el propósito de romper rutinas y hacer de la enfermedad y la hospitalización un proceso menos angustioso; *con relación al niño*, una manera de aprender a escuchar al niño, así como de dialogar, interactuar, observar y analizar lo que hace y preguntar para conocerlo y desde allí generar ambientes educativos; *con relación a la relación enseñanza-aprendizaje*, generar espacios educativos en los que el niño pueda desarrollar y potenciar al máximo sus dimensiones, habilidades y destrezas, y servir de mediador para que construya conocimiento con otros a través del diálogo, la interacción, la experiencia, la imaginación, la creatividad, la exploración, la generación de hipótesis y preguntas, así como fortalecer sus saberes y conocimientos.

Un hallazgo valioso, es la desorientación que experimenta la docente en formación, no sólo ante este escenario diferente a la escuela que contiene elementos y aspectos desconocidos o inesperados respecto de una previsible función del maestro –por lo que no acierta a comprender cuál puede ser su papel–, lo que está estrechamente relacionado con las finalidades que se asignan a la práctica por parte de los docentes de acompañamiento, ya que según sea la comprensión que se tenga de este problema social que es la enfermedad y la noción de sujeto y de apuesta pedagógica que se privilegie o defienda, las finalidades del proceso de enseñanza-aprendizaje y el rol del profesorado, cambian. Como bien lo plantea Perrenoud (2001):

No podemos disociar tan fácilmente las finalidades del sistema educativo de las competencias que se requieren de los docentes. No se privilegia la misma figura del profesor según se desee una escuela que desarrolle la autonomía o el conformismo, la apertura al mundo o el nacionalismo, la tolerancia o el desprecio por las otras culturas, el gusto por el riesgo intelectual o la demanda de certezas, el espíritu de indagación o el dogmatismo, el sentido de la cooperación o la competencia, la solidaridad o el individualismo.

7 “Las enfermedades huérfanas son aquellas crónicamente debilitantes, graves, que amenazan la vida y con una prevalencia menor de 1 por cada 5.000 personas, comprenden, las enfermedades raras, las ultra-huérfanas y olvidadas. Las enfermedades olvidadas son propias de los países en desarrollo y afectan ordinariamente a la población más pobre y no cuentan con tratamientos eficaces o adecuados y accesibles a la población afectada”. Ley 1392 de 2010, artículo 2°.

Estrechamente asociada con estas finalidades de la formación de maestros en la práctica, está la rigurosidad metodológica con la que se propicia la reflexión de las observaciones empíricas sobre el trabajo real que realizan las docentes en formación, en un contexto multicultural, interdisciplinar, intergeneracional y donde es omnipresente el padecimiento corporal. Por lo que el *rol propio* que logran avizorar, que necesariamente es fragmentario y provisional – puesto que no son especialistas formadas para desempeñarse en este campo complejo–, sufre encuentros y desencuentros con un *rol delegado*, correspondiente con su contribución en el logro de los objetivos de formación de la práctica en pedagogía hospitalaria en el cual se desempeñan por espacio de un semestre, un año, y en algunos casos de varios años –cuando la estudiante elige este espacio de prácticas como especialmente significativo para su formación docente–.

También en consonancia con el *quehacer educativo*, las practicantes reconocen en el docente hospitalario tiene las siguientes características: *cognitivas*, crea situaciones interesantes, planifica a partir de las necesidades del niño, tiene deseos de aprender puesto que necesita saber, es capaz de aprender de sus errores y transformarlos en fortalezas, se pregunta por su actuar en un contexto hospitalario, reflexiona, analiza, argumenta, sustenta y comunica respecto de su quehacer pedagógico; *comunicativas*, facilita la comunicación con los padres y hace uso de diferentes estrategias comunicativas a fin de favorecer la expresión de los niños y familias; *emocionales*, es cariñoso, afectuoso, paciente, activo, amoroso, responsable, debe tener habilidades que le permitan al niño vivir una experiencia de confianza, seguridad y afecto, tiene una actitud positiva, es sonriente, apoya, aconseja, escucha, acompaña y no se deja derrumbar emocionalmente. En últimas, es una persona con capacidades para examinar críticamente los efectos que produce y que contribuye a que la hospitalización del niño sea llevadera en medio de relaciones sociales más afables.

Respecto del niño, se lo concibe de dos formas básicas y opuestas: con diferentes intereses, enormes

potencialidades y habilidades, capaces de construir saberes y conocimientos con otros a través de la experiencia y la exploración, poseedores de un gran poder de adaptabilidad ante las situaciones diversas, sujetos que se preguntan, analizan, reflexionan, son creativos, innovadores, participativos, activos e imaginativos, y que resuelven los problemas con facilidad y recursividad. Saben cómo manejar la enfermedad y conocen con profundidad lo que les está pasando. Son los actores principales en el acto educativo, enseñan al maestro, son ricos en experiencias y saberes y son sujetos de derechos. Y como personas con grandes necesidades y dificultades, especialmente sensibles al dolor, a la tristeza y proclives a la ansiedad.

Hallazgos de las entrevistas con los actores claves de las prácticas educativas

Las entrevistas permitieron develar que el accionar de las prácticas educativas no sólo ha sido esporádico sino que algunos niños y jóvenes con largos periodos de hospitalización han podido construir un trabajo continuo entre periodos de prácticas.

Para los familiares, un niño hospitalizado primordialmente es una persona con dificultades, que necesita ayuda especial de los adultos para seguir adelante. Por lo mismo es habitual que los acompañantes tiendan a sobreproteger a los niños por esa idea de debilidad y fragilidad. Los familiares también perciben las prácticas en pedagogía hospitalaria como espacios de creación e interacción permanente, en los cuáles se comparten experiencias y se construyen socialmente conocimientos y aprendizajes. Así mismo, estos espacios son condiciones de posibilidad para que los niños, jóvenes y sus familias vivan experiencias diferentes que rompen con la rutina de los tratamientos y el aburrimiento habituales, se favorece la construcción de vínculos afectivos y la participación activa de esta población, que no tendría por qué asumir un papel pasivo o inactivo en el sentido en que el término “paciente” designa a la vez no sólo a quien padece una enfermedad sino quien está a la espera de ser atendido, o peor aún, quien sufre sin quejas y en estado de resigna-

ción. Los acompañantes también están de acuerdo que en las prácticas hay un reconocimiento de sus potencialidades y saberes como de las habilidades de los niños y jóvenes.

Por su parte, los niños, niñas y jóvenes entrevistados valoraron que las docentes en formación reconozcan la importancia de sus opiniones e intereses. Señalan que gracias al trabajo educativo desarrollado por ellas conocen a otras personas, se apoyan unos a otros y pueden aprender con los demás. Tienen momentos de alegría, lo que los hace sentirse mejor de salud, siendo las experiencias de juego, arte, música y comunicación las que les parecen más significativas. Sugieren el incremento de actividades estéticas relacionadas con el arte, la expresión y el movimiento corporal.

Las docentes en formación y las egresadas concuerdan en que tomaron la decisión de realizar sus prácticas educativas en el contexto hospitalario para afrontar una experiencia novedosa que provoca en ellas curiosidad, expectativa e interés por comprender las dinámicas de un contexto tan diferente a la escuela, pero sobre todo por el acicate de descubrir qué hace un docente en un hospital y por sopesar su capacidad para construir un modo educativo pertinente a esta realidad.

Es reiterado que al iniciar su práctica, las estudiantes y egresadas conciben a los niños hospitalizados como seres débiles, frágiles, pasivos y necesitados, lo que limita su hacer docente hasta el punto de no saber cómo proceder educativamente con esta población, temen, por ejemplo, que sus ideas pongan en riesgo la salud o la recuperación de los pacientes, o que los dispositivos técnicos a los que están conectados se conviertan en un obstáculo para el desarrollo de su trabajo. No obstante, gracias a la interacción y a las posibilidades de escucha, observación y a que en las actividades los chicos y chicas muestran sus capacidades, terminan abandonando estos prejuicios, por lo que terminan reconociéndolos como personas con grandes potencialidades, talentos y conocimientos, sin desconocer por ello las necesidades y dificultades consustanciales a la enfermedad.

Junto a esta resignificación de la concepción de niño, comprenden que el maestro hospitalario debe ser un mediador entre el niño y el conocimiento, para lo cual debe aprender a escuchar los lenguajes verbales y no verbales del niño. En ese sentido resaltan que a nivel personal el maestro debe ser sensible, comprensivo, afectivo y con gran calidad humana; y a nivel profesional, tener una actitud investigativa para conocer la realidad de los niños y una permanente reflexión para cambiar sus prácticas. Piensan que el maestro debe vivir cada momento con los niños como si fuera el único momento, entregando lo que más pueda en el corto tiempo de interacción porque lo más probable es que ya no vuelvan a estar presentes, pero además, porque se debe aprovechar la motivación e interés que los niños para vivir momentos significativos.

Como el trabajo pedagógico no sólo se realiza con los niños hospitalizados sino que involucra directa o indirectamente a sus familias, pues están todo el tiempo presentes y terminan involucrándose en los ambientes de aprendizaje diseñados, esta situación complejiza aún más su labor educativa, al contrario de lo que sucede en los procesos de escolarización, donde es usual el distanciamiento de las familias, los contactos son esporádicos, limitados a la comunicación de informaciones o a la consabida entrega de resultados de evaluación.

Respecto de los aprendizajes alcanzados, tanto las estudiantes como las egresadas señalan la posibilidad de construir conocimientos junto con los niños, valoran mucho que hubieran tenido la posibilidad de trabajar al unísono con niños tan diversos en edades, costumbres, maneras de ser, de comprender el mundo y de relacionarse con otros. Así mismo, que los diversos espacios de reflexión, evaluación y de análisis del contexto de la práctica les permiten reconsiderar lo que sabían de sí mismas y re-conocerse con sus compañeras para diseñar el trabajo educativo a realizar.

Frente a las metodologías usadas, se priorizaron los talleres integrales y el trabajo por proyectos, donde se pretende que los niños, jóvenes y familias se pregunten, deduzcan, anticipen, crean hipótesis, forta-

lezcán vínculos, se comuniquen y construyan conocimientos y saberes, integrando los aportes de cada uno.

Por las entrevistas realizadas con los docentes de acompañamiento se pudo reconstruir que las prácticas desde el I semestre de 2001 siempre han estado marcadas por la brevedad de las intervenciones que iniciaron en el servicio de Consulta Externa, allí se enfocó el trabajo pedagógico a producir un cierto acto eficaz, con una temporalidad y una lógica particulares, que rompiera con una idea de aprendizaje escolar resultado de un tiempo largo y permanente. Tras el hallazgo del libro de González-Simancas y Polaino-Lorente (1990), empezaron a denominar esta práctica como *pedagogía hospitalaria*, aunque discutían si sus desarrollos se parecían, encajaban o eran distintos de lo que proponían tales autores, pues aunque trabajan aspectos educativos, los asuntos del tiempo, del cuerpo, de la muerte y la importancia conferida a la familia y a la interrogación sobre la escolaridad formal en el hospital, comenzaron a hacerse relevantes.

Otra característica importante de este trabajo inicial, era una queja permanente de las practicantes, que en su trabajo “no se hacía nada y no pasaba nada”, pues dada la fugacidad de las intervenciones que alcanzaban a realizar antes que los niños tuvieran sus citas médicas con los especialistas, ese quehacer cuestionaba su “rol” docente, pues se preguntaban qué contenidos podían enseñar y qué era lo que el otro podía aprender. Para subsanar esta preocupación por la eficacia, se fue consolidando la idea de *construir objetos* que los niños no conservaban sino que regalaban a otros, como una manera de introducir la dimensión de la pérdida en ese trabajo educativo y de conectar elementos del cuerpo, pero sin pujar por clasificar a los niños por edades o por grados, a fin de que pudieran ocupar un lugar distinto al del alumno, evitando así, conducir las planeaciones hacia una escolarización formal, pero buscando cómo vincular a la familia en las actividades y talleres que se hacían. Esta historia muestra que en los últimos trece años, pese a las variaciones, esta práctica ha persistido en reflexionar la pertinencia o no de la escolarización en el hospital, repensando constantemente el lugar docente y el acto pedagógico para dar

al niño y su familia un lugar preponderante. Desde esta perspectiva, se piensa que la pedagogía hospitalaria puede abordar muchos aspectos que la educación formal usualmente no afronta con el niño y, por lo mismo, tal forma de proceder se convierte en una forma de criticar y de encontrar otras alternativas a la educación convencional y a las prácticas tradicionales de enseñanza y aprendizaje.

Por su parte, el personal médico y de enfermería entrevistado entiende estas prácticas como un “valor agregado” para el hospital, que es un concepto estrechamente relacionado con la creación de un Sistema Único de Acreditación –una metodología para comparar la calidad entre instituciones por estándares y un componente del Sistema de Garantía de Calidad-, que deben desarrollar las instituciones prestadoras de servicios de salud, EPS, ARS y empresas de medicina prepagada, que voluntariamente quieren demostrar que cumplen altos niveles de calidad, por encima de las condiciones mínimas que establece el Sistema Único de Habilitación. Se valora que estas prácticas no sólo apoyan el proceso de escolarización de los niños y jóvenes, sino que incentivan el aprendizaje de otro tipo de conocimientos que también son muy importantes para los seres humanos, que siempre estamos en procesos de aprendizaje. También acentúan que el trabajo educativo saca a los niños y jóvenes de la rutina y monotonía hospitalaria, lo que parece favorecer mejoras en su estado de salud, una mejor disposición para soportar los tratamientos y un mayor equilibrio emocional, así como el afianzamiento de las relaciones entre la familia y el niño.

Conclusiones

El diseño metodológico fue funcional al marco teórico conceptual del proyecto, es decir, fue creado para el problema investigado, ya que investigar no es aplicar técnicas o métodos de investigación, sino construir una camino que dé cuenta del posicionamiento ético-político y educativo asumido por los investigadores frente al campo de estudio donde se ubica el objeto investigado, en nuestro caso: la práctica educativa de pedagogía hospitalaria en la Fundación HOMI. Tal diseño no fue inflexible, sino que sufrió cambios a medida que el equipo fue tomando

decisiones para replantear lo planeado en función de los imprevistos encontrados.

Aunque no es posible detallarlo en este texto, la ubicación de nuestro objeto de investigación demandó el desarrollo de un estado de la cuestión sobre la pedagogía hospitalaria donde mapeamos las líneas de investigación, los actores y centros de producción de conocimiento existentes a nivel iberoamericano. Siguiendo a Díaz (1993, 1995), entendimos que esta producción de discursos educativos sería, desde esta perspectiva, no un simple agregado de individuos creadores o fundadores de discursos sino un dominio discursivo-político con efectos de control sobre la producción, distribución y circulación de tales discursos. En ese sentido, pensar la pedagogía hospitalaria en términos de campo significa pensar en términos de relaciones entre fuerzas conflictivas que en el fondo defienden intereses, trayectorias y posiciones para sobresalir o dominar cómo entender lo educativo y hacia dónde es posible dirigir, controlar y gobernar una población particular, en este caso los niños, niñas y jóvenes enfermos y hospitalizados.

Echeverri y Zuluaga (1998) replantearon el concepto de Campo Pedagógico de Díaz criticando que su teorización el Campo Intelectual de la Educación (CIE) sólo le reconocía a la pedagogía una existencia en el aula y en el aparato escolar que la condenaba a vivir como una práctica reproductiva sin posibilidad de abandonar la pasividad y de acceder al mundo del saber productivo, mientras que postulaba para el CIE una autonomía conceptual y cierta independencia directa de las condiciones económicas, lingüísticas y culturales, lo que le permite producir conocimiento pedagógico. En ese sentido este Grupo de Historia de la Práctica Pedagógica (GHPP) concede que el Campo Pedagógico contemporáneo está atravesado por problemas relacionados con la crisis de la modernidad y con el nuevo estatuto que tiene saber en las sociedades postindustriales, donde hay una crisis pedagógica sistemática que hace necesario dialogar con otras disciplinas; entender la multiplicación de los escenarios educativos por la irrupción de los medios y las Tecnologías de Información y Comunicación; la entronización de una nueva función educati-

va de la escuela: la formación de competencias en función de las llamadas Necesidades Básicas de Aprendizaje; una modificación del concepto de escuela por la educación popular y la educación abierta; el posicionamiento de nuevos debates sobre la subjetividad y la subjetivación que plantean la importancia de una *psicagogía* (el cuidado de sí, la transformación de sí y los procesos de des-subjetivación respecto del saber y el poder) como alternativa a la pedagogía como saber formalizado sistemático; una creciente desinfantilización de la infancia y la disolución del maestro en la figura de la función docente, lo que permitió que otros profesionales ingresaran a la carrera del magisterio

Con la realización de esta cartografía de la pedagogía hospitalaria pudimos identificar que en este campo educativo proliferan una gran variedad y cantidad de prácticas que tienen lugar con los niños enfermos y hospitalizados, luego la escolarización de los niños en el hospital no es la única tendencia, pero sí es mayoritaria. También nos percatamos que son pocas las investigaciones y que actualmente son escasos los espacios de formación posgradual por lo que es pertinente que la Monserrate le apueste a la creación de una especialización en pedagogía hospitalaria.

En general, las concepciones del acto pedagógico, como los propósitos de las prácticas y el quehacer educativo de las prácticas educativas en el HOMI son expresión de un discurso educativo y de una producción imaginaria que termina por instituir ciertos saberes respecto de la igualdad, la diferencia o del deber ético de la profesión docente, así como la construcción de una visión de lo educativo, de la pedagogía, de lo posible o imposible de ser enseñado, del maestro y del alumno. En suma, una forma-escuela imaginada o idealizada no sólo por esos conceptos desarrollados en la práctica sino por las políticas públicas de educación, por las disposiciones estatales e institucionales y por la propia misión institucional de la FUM, hasta el punto de conformar un imaginario con relación a la misión de formar, educar e instruir, al igual que del lugar que debe ocupar tal perspectiva de lo educativo en la cultura. Sin embargo, hay que distinguir entre esa forma-escuela deseada o ideal y la escuela real efec-

tivamente existente en el hospital. Esta sistematización permite una reelaboración de nuestras experiencias de trabajo en el hospital para forzar su replanteamiento en el sentido de una articulación más precisa entre lo que se revisa en los seminarios teóricos y las condiciones, dificultades y alternativas encontradas en el trabajo por parte de nuestros docentes en formación (tanto estudiantes como profesores). Antes que una visión prescriptiva del rol docente en un contexto hospitalario hay que prestar atención sobre cómo precisar una serie de inefables pedagógicos como son la distancia entre lo que se planea y lo que se ejecuta, entre el saber-decir como práctica discursiva y el saber-hacer como práctica real, lo explicitable e inexplicable del *habitus* académico a través de los procesos de documentación y reflexión de la práctica educativa en el hospital que están atravesados por los efectos del miedo, el conflicto, la soledad, la rutina, el sufrimiento y la muerte de los niños en nuestras docentes en formación.

Esta tensión y distancia entre la forma-escuela idealizada y la práctica concreta en el hospital permitió percatarnos que el debate clave que nuestra línea de investigación en pedagogía hospitalaria quiere plantear dentro del campo educativo de las prácticas en pedagogía hospitalaria es cómo usar creativamente el tiempo libre del niño hospitalizado y el de su familia y cuidadores, debate que para el enfoque hegemónico de la escolarización en el hospital tal vez resulta algo accesorio o que no merece ser tenido en cuenta.⁸

8 Esta práctica educativa es crítica del enfoque que ha convertido los hospitales en espacios para dar continuidad al currículo escolar y que siguen el modelo de la enseñanza tradicional. No existen, ni un aula hospitalaria, ni una escuela dentro del HOMI. Tampoco hay maestros contratados por el hospital que se encarguen de desarrollar un currículo en la institución. Los proyectos y talleres desarrollados por nuestra práctica no se estructuran alrededor de las áreas disciplinarias curriculares. Por eso no organizamos, clasificamos o consideramos a los niños, niñas y jóvenes en función de las edades o de los grados escolares. Tampoco aplicamos procesos de disciplinamiento corporal, ni de control de los comportamientos o actitudes de los niños y jóvenes, y no se evalúan o califican sus desempeños. No hay que olvidar que para los niños y niñas, el hospital es un lugar generador de miedo y angustia, porque las personas experimentan o ven en otro el dolor, los tratamientos y las operaciones, y donde pueden constatar, en mayor o menor grado, un encuentro de la vida con la muerte. Por tanto, es un espacio sobrecargado de emoción, donde el niño está excluido de su entorno cotidiano y recluso con niños a los que no conoce, todo lo cual configura un ambiente muy distinto al de una clase escolar o al de una escuela regular.

Por esta vía y orientados por las reflexiones de Bourdieu (1999), habría una gran diferencia entre la forma que cobró la *schola* latina como lección, educación escolar y disposición institucionalizada y el ocio estudioso de la *skholé* griega; un tiempo libre y liberado de las urgencias y preocupaciones prácticas de este mundo, donde están comprometidos el cuerpo y “sus razones que la razón desconoce”, la ignorancia (activa o pasiva), el deporte, la producción y contemplación de obras de arte y todas las formas de especulación gratuitas, así como el trabajo lúdico realizado en clave de “hacer ver” que permite a los niños abrir mundos imaginarios”. Por su parte, la disposición escolástica aristocrática, desarrolló un *habitus* de distanciamiento y frialdad respecto del mundo y una inercia objetivante y dominante que olvidó su procedencia social: un tiempo ocioso, posibilitado por ciertas instituciones sociales. En su lugar, este sentido hecho cuerpo que es el *habitus*, esta disposición que inclina al sujeto a actuar a partir de unos “haberes”, que a la vez son saberes implícitos, sentimientos, preferencias acumuladas en experiencias anteriores, convertidas como principios de acción, podría convertirse en una vía para explorar una relación lúdica y reflexiva con el mundo, donde ese “desocupado lector”, a través del tiempo de libertad que le brinda su situación condición de hospitalización, podría tramitar su relación con lo desconocido, con aquello que lo interroga, que lo apasiona, que lo mueve, para pensar el mundo y para cambiarlo, meditando los cuidados continuos o discontinuos que se provee para mantener su salud, eludir, permanecer o recaer en estados de enfermedad, como un modo de potenciar su capital corporal... Por esta senda, habría grandes posibilidades para articular las éticas del cuidado de uno mismo con los modos de establecer otras relaciones con el saber, como práctica de libertad.

Este trabajo de sistematización también muestra cómo es de importante que las prácticas educativas acopien de manera sistemática registros de información, sin embargo, el saber experiencial de tales prácticas no puede ser atrapado solamente por una estrategia de documentación o por un proceso de sistematización como el que se emprendió con este

estudio, pues el trabajo de reflexión crítica debe ser realizado, al unísono, por los docentes de acompañamiento de las prácticas y por los estudiantes en práctica en los ámbitos hospitalarios; puesto que los diarios de campo y las actas de los momentos de reflexión, en general, son muy esquemáticas ya que se contentan con descripciones o persisten en dar cuenta de vivencias (*Erlebnis*) sin lograr decantar los aprendizajes de la experiencia (*Erfahrung*) que se producen día tras día. En ese sentido, son mucho más sustanciosas las memorias de los eventos de socialización de las prácticas que no fueron consideradas dentro del *corpus* de análisis por el estudio.

Este mismo asunto está fuertemente atravesado por las dificultades con los procesos de lecto-escritura que parecen persistir entre docentes y estudiantes, pues los primeros, no nos arriesgamos como intelectuales reflexivos de nuestro hacer, en tanto que presuponemos que los estudiantes son los únicos docentes en formación que deben reflexionar su práctica. En ese sentido es que fue necesario recurrir a estrategias de entrevista para que los docentes que estuvieron a cargo de periodos importantes de la práctica, explicitaran cuáles fueron sus apuestas de formación y reflexión en la práctica, ya que no se encontraban registros escritos de tales orientaciones.

Como no hemos examinado con detenimiento el problema de la explicitación de la práctica pedagógica, en el sentido de sopesar las dificultades que existen de pasar de un hablar reflexivo sobre el quehacer en la práctica al asunto de consignar por escrito tal reflexividad, debemos pensar cómo encadenar narrativamente la oralidad y la escritura, pero sobre todo, en cómo explicitar las modificaciones imperceptibles que sufre el *habitus* corporal, donde se transforman al unísono las disposiciones mentales y afectivas, que muchas veces no pasan por la conciencia discursiva ni por la explicación reflexiva, es decir, que excluyen la aprehensión contemplativa y destemporalizada, característica de la postura teórica.

Según los diarios de campo de las estudiantes, en la práctica educativa del HOMI, los discursos orienta-

dores han oscilado entre dar continuidad al currículo escolar, brindar apoyo familiar y psicosocial y socio-afectiva de los niños hospitalizados, desarrollar procesos cognitivos en diferentes áreas, fortalecer las expresiones artísticas y expresivas, y pasar de un activismo pedagógico a realizar distintos tipos de ensayos hacia el método de proyectos.

Tales desarrollos hacen oscilar la práctica entre varias de las tendencias detectadas en la cartografía del campo de la pedagogía hospitalaria, por momentos, con un fuerte predominio de la figura del maestro y de ciertos enfoques donde se escolariza el ámbito hospitalario, también discursos dirigidos a realizar una educación *en y para* la salud, y otras apuestas donde aparece como prioritario un protagonismo infanto-juvenil relativamente formalizado y planeado mediante proyectos articulados por nodos de conocimiento o por proyectos más o menos estructurados, pero que por momentos se abandonan al espontaneísmo y al activismo pedagógico de las estudiantes.

Por todo lo anterior y desde nuestro punto de vista, la singularidad de la pedagogía hospitalaria no estriba en el espacio en que tiene lugar el trabajo, ni en el tipo de población con la que se ejercen las prácticas, sino en el desarrollo de una apuesta ético-política respecto del lugar que debe tener la infancia en los procesos de formación y socialización. La infancia es un régimen de representación útil para racionalizar, sostener o cuestionar las relaciones de poder entre las generaciones, que convencionalmente ha sido demarcado como una fase distintiva de la vida, con atributos muy raramente producidos por los propios niños (Buckingham, 2002), sin embargo, hay otro tipo de infancias, descentradas de esa idea de continuidad cronológica necesitada de crecimiento, progreso y desarrollo, que afirman sobre todo, sus capacidades, potencialidades y fortalezas. Este tipo de infancia es particularmente propicio para el trabajo en las instituciones hospitalarias donde no hay por qué conmisericordiar o compadecer al niño, por el contrario, se trata de una circunstancia donde el sujeto necesita apelar a todos sus recursos vitales para afrontar su situación o condición de enfermedad y de hospitalización, y donde es posible

desarrollar otro tipo de relaciones con el saber a partir de la configuración de un ambiente de acogimiento, escucha y comunicación.

En ese sentido, la construcción de una pedagogía hospitalaria de la infancia, implica el desarrollo de estructuras pedagógicas, comunicativas y políticas de acogimiento, bienvenida, atención, cuidado y recibimiento, frente a la realidad hostil, disciplinante y expulsiva con la que la escuela tradicional usualmente trata a las nuevas generaciones. Como precisó Derrida (2000): la hospitalidad es un pensamiento de la acogida y una actitud primera del yo ante la alteridad del otro, donde antes que anfitriones, somos re-

henes o presas, en una casa que no es nuestra, sino del otro:

¿La hospitalidad consiste en interrogar a quien recién llega? ¿Comienza por la pregunta dirigida a quien recién llega? [...] ¿O bien la hospitalidad comienza por la acogida sin pregunta, en una borradura doble, la borradura de la pregunta y del nombre? ¿Es más justo y más amoroso preguntar o no preguntar? [...] O bien la hospitalidad se ofrece, se da al otro antes de que se identifique, inclusive antes de que sea sujeto, sujeto de derecho y sujeto nombrable por su apellido?

Referencias

- Beillerot, Jacky. (1998). *Saber y relación con el saber*. Buenos Aires: Paidós.
- Bourdieu, Pierre. (1990). *El sentido práctico*. Madrid: Taurus Humanidades.
- Bourdieu, Pierre. (1999). *Meditaciones pascalianas*. Barcelona: Anagrama.
- Buckingham, David. (2002). *Creer en la era de los medios electrónicos: tras la muerte de la infancia*. Madrid: Morata, Fundación Paideia.
- Carr, Wilfred (1996). *Una teoría para la educación: hacia una investigación educativa crítica*. Madrid: Morata.
- Carvajal Burbano, Arizaldo (2004). *Teoría y práctica de la sistematización de experiencias*. Cali: Universidad del Valle, Facultad de Humanidades.
- De Certeau, Michel. (1999). *La escritura de la historia*. México: Universidad Iberoamericana-Departamento de Historia
- Congreso de la República de Colombia. (2010). *Ley 1392 sobre enfermedades huérfanas*, en: *Diario Oficial No. 47.758 del 2 de julio*.
- Derrida, Jacques y Dufourmantelle, Anne. (2000). *La hospitalidad*. Buenos Aires: La Flor.
- Dewey, John. (1989). *Cómo pensamos: nueva exposición entre pensamiento reflexivo y proceso educativo*. Barcelona: Paidós.
- Dewey, John. (2004). *Experiencia y educación; edición y estudio introductorio de Javier Sáenz Obregón*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Díaz Villa, Mario. (1993). *El campo intelectual de la educación*. Cali: Textos Universitarios. Universidad del Valle.
- Díaz Villa, Mario. (1995). "Aproximaciones al campo intelectual de la educación", en: LARROSA, Jorge, (edit.). *Escuela, poder y subjetivación*. Madrid: La Piqueta.
- Díez Navarro, Carmen (1995). *La oreja verde: trabajo por proyectos y vida cotidiana en la escuela infantil*. Madrid: La Torre.
- Echeverri, Alberto y Olga Lucía Zuluaga (1998). "Campo intelectual de la educación y campo pedagógico: posibilidades, complementos y diferencias", en: *Revista Educación y Ciudad No. 4*. Bogotá: IDEP, enero, pp. 12-23.
- Faingold, Nadine (2007). "Formadores-tutores: prácticas e identidad profesional", en: ALTET, Marguerite; Léopold Paquay y Philippe Perrenoud (coords.). *La formación de profesionales de la enseñanza*. Madrid: Díada, pp. 193-220.
- González-Simancas, José Luis y Polaino-Lorente, Aquilino (1990). *Pedagogía hospitalaria: actividad educativa en ambientes clínicos*. Madrid: Narcea.
- Jara, Óscar (2001). "Dilemas y desafíos de la sistematización de experiencias", en: Costa Rica: Centro de Estudios y Publicaciones ALFORJA. Ponencia en el Seminario ASOCAM: Agricultura Sostenible Campesina de Montaña, Cochabamba-Bolivia, abril.

- Jay, Martin (2002). *La crisis de la experiencia en la era post-subjetiva*. Santiago de Chile: Universidad Diego Portales.
- Killion, Jellen P., & Guy R. Todnem (1991). "A Process for Personal Theory Building", in: *Educational Leadership*, vol. 48, No. 7, pp. 14-16.
- Kilpatrick, William Heard. (1918). "The project method". *Teachers College Record* 19, pp. 319-334.
- Kilpatrick, William Heard. (1921). "Dangers and difficulties of the project method and how to overcome them: introductory statement: definition of terms". *Teachers College Record* 22 (4), pp. 283-288.
- Perrenoud, Philippe. (2001). "La formación de los docentes en el siglo XXI", en: *Revista de Tecnología Educativa*. Santiago de Chile, 001, XIV, No. 3, pp. 503-523.
- Perrenoud, Philippe. (2004). *Desarrollar la práctica reflexiva en el oficio de enseñar*. Barcelona: Graó.
- Shön, Donald A. (1987). *La formación de profesionales reflexivos: hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje de las profesiones*. Barcelona: Paidós.
- Shön, Donald A. (1998). *El profesional reflexivo: cómo piensan los profesionales cuando actúan*. Barcelona: Paidós, [1983].
- Strauss, Anselm y CORBIN, Juliet (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería.
- Torres Carrillo, Alfonso (1996). "La sistematización como investigación interpretativa crítica: entre la teoría y la práctica", en: *Seminario Internacional sobre Sistematización y Producción de Conocimiento para la Acción*. Santiago de Chile, octubre, 23 p.
- Trilla Bernet, Jaume; Begoña Gross; Fernando López y María Jesús Martín (2003) [1993]. *La educación fuera de la escuela: ámbitos no formales y educación social*. Barcelona: Ariel S.A.
- Valles, Miguel S. (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis, S.A.
- Van Manen, Max (1997). "Linking ways of knowing with ways of being practical", in: *Curriculum Inquiry*, 6, pp. 205-208.
- Warner, Susan Weil & Ian McGill (eds), (1996). *Making Sense of Experiential Learning: Diversity in Theory and Practice*. Buckingham: Open University Press.
- Washburne, Carleton W. (1962). *Winnetka: historia y significación de un experimento pedagógico*. Buenos Aires: Editorial Losada.
- Zabalza Beraza, Miguel A. (2006). "El practicum y la formación del profesorado: balance y propuesta para las nuevas titulaciones", en: Gómez, Alberto Luis y Escudero Muñoz, Juan Manuel (coord.). *La formación del profesorado y la mejora de la educación: políticas y prácticas*. Barcelona: Octaedro, pp. 311-334.
- Zeichner, Kenneth M. (1993). "El maestro como profesional reflexivo", en: *Revista de Pedagogía*, No. 220. Barcelona: Fontalba, dic., pp. 44-49.
- Zeichner, Kenneth M. y Lisoton, D. (1999). "Enseñar a reflexionar a los futuros docentes", en: Pérez Gómez, A. y J. Barquín (ed.). *Desarrollo profesional del docente: política, investigación y práctica*. Madrid: Akal, pp. 506-532.