PASANTÍA EXTERNA EN LA FUNDACIÓN PEQUEÑOS VALIENTES

INFORME FINAL

LA PEDAGOGÍA DE LA PRESENCIA: SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS DE ESCUCHA Y OBSERVACIÓN EN EL CONTEXTO ONCOLÓGICO DE AULAS HOSPITALARIAS EN LA FUNDACIÓN PEQUEÑOS VALIENTES

AUTORA

KATHERINE PENAGOS CHACÓN

TUTOR DE PASANTÍA

HAROLD BELTRÁN JIMÉNEZ

PROFESIONAL TUTOR DE LA PASANTÍA (AULAS HOSPITALARIAS)

JENNY CAROLINA QUINTERO PÉREZ

UNIVERSIDAD DISTRITAL FRANCISCO JOSÉ DE CALDAS
FACULTAD DE CIENCIAS Y EDUCACIÓN
LICENCIATURA EN EDUCACIÓN INFANTIL
BOGOTÁ D.C
2026

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN **5**
MARCO INSTITUCIONAL **7**
- Aulas hospitalarias 7
- Fundación Pequeños Valientes 9
  - Población 9
OBJETIVOS **11**
- Objetivo General 11
- Objetivos Específicos 12
JUSTIFICACIÓN **12**
MARCO TEORICO / MARCO EPISTEMOLOGICO **14**
- Pedagogía de la presencia 14
- Pedagogía hospitalaria 19
- La ética de la escucha 21
- Dimensión socio-afectiva 23
METODOLOGÍA DE LA EXPERIENCIA **25**
- Rol del pasante: El gesto de la presencia atenta y el tacto pedagógico 27
- La observación como umbral: Mirar para poder acoger 28
- La conversación: El arte de habitar el tiempo 31
- Análisis etnográfico: Descifrar la cotidiano 34
- Instrumentos de recolección 35
  - Documentación pedagógica: Narrar el acontecimiento y sostener la memoria 36
  - Gráficas infantiles: El trazo como voz, territorio y testimonio de existencia 38
SENTIDOS DE LA EXPERIENCIA HOSPITALARIA: CATEGORÍAS EMERGENTES Y EL TEJIDO DE LOS HALLAZGOS **40**
- Dimensión social 40
  - La triada del acompañamiento (Niño, Familia y Docente) 40
  - Manejo de la frustración: Abrazar la incertidumbre y reconfigurar las expectativas 42
- Dimensión socioemocional: El sostén afectivo y el abrazo en el contexto clínico 44
  - Habitar el silencio: El acompañamiento pedagógico de la ansiedad y la tristeza 45
- La dimensión estética: Habitar el cuerpo que crea 47
  - La geografía de la vivencia: Los tres entornos (Hospital, fundación y vivienda) 48
  - El hospital: El espacio de la intervención y el desarraigo 48
  - La fundación: El territorio de transición y encuentro comunitario 48
  - La vivienda: El refugio, la memoria y la nostalgia del origen 49
  - El tiempo: La vivencia temporal de la infancia frente al diagnóstico 50
  - El cuerpo como territorio de cambio 51

- Dimensión pedagógica y curricular: Del diseño rígido a la flexibilización 52
    - Flexibilidad curricular 52
    - Tensiones observadas 53
    - El uso instrumental de la enfermedad a beneficio propio 54
    - Flexibilizar ¿Hasta qué punto? 54
    - Reflexión crítica 55
- Transformación de la mirada: La metamorfosis epistemológica y la configuración del ser docente en el territorio clínico 56
- Conclusiones y propuestas 58
REFERENCIAS **64**

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Caracterización pedagógica, rango etario, procedencia geográfica y diagnóstico clínico de los niños y niñas con los que se trabajó en la Fundación Pequeños Valientes ……10

Tabla 2 Propuesta Metodológica: Ruta de acompañamiento educativo y socioafectivo en el aula hospitalaria ……56

INTRODUCCIÓN

La educación en contextos de vulnerabilidad por salud no puede resumirse a ser una extensión de la escuela formal que busque la transmisión de contenidos escolares, por el contrario, representa una frontera ética y pedagógica que exige una reconfiguración profunda del acto pedagógico y/o quehacer docente donde se replanteen aquellas prácticas que en este tipo de contextos no suelen ser necesarias. El presente informe de pasantía sistematiza una experiencia de observación y escucha activa realizada en la Fundación Pequeños Valientes, un escenario donde la enfermedad oncológica pediátrica necesita replantearse frente a las nociones de tiempo, espacio y aprendizaje.

La motivación principal para realizar esta investigación nace del interés por comprender la función que tiene la pedagogía cuando ésta se desprende completamente de la presión del rendimiento académico para situarse en la dimensión de lo humano, de lo sensible, permitiendo de esta forma el habitar el aula hospitalaria como un espacio de reconocimiento mutuo. Por ello, la pregunta por el "estar" se hace más presente: ¿Que significa educar cuando el cuerpo está atravesado por el dolor/la enfermedad? suele ser una pregunta que resuena en la experiencia de cada día y la búsqueda por un respuesta se alinea con la resignificación del docente no como un observador externo sino como un sujeto que puede dejarse afectar por la realidad del otro, en este caso los niños y niñas, entendiendo que el primer acto educativo es totalmente en esencia un acto de acompañamiento.

Ahora bien, el sistema hospitalario por su naturaleza de urgencia y control puede llegar a anular la agencia del niño, dado que, estando allí el niño/a se enfrenta a un proceso de "pacientización", donde su cuerpo se convierte en el territorio de intervención técnica, de alarmas y protocolos, desplazando a un segundo plano su condición de sujeto de deseo y aprendizaje. El

problema pedagógico que se presenta aquí es la invisibilización de su voz, pues el niño/a es hablado por el médico, por el tratamiento y/o por su dolor, pero pocas veces se le reconoce como un participante válido de su proceso dada la ausencia de espacios de escucha activa que en consecuencia genera un espacio donde el "ser estudiante" se diluye al "ser paciente".

En definitiva, el problema no es la falta de actividades, sino el riesgo de que el niño/a pierda su conexión con el mundo exterior y consigo mismo debido al aislamiento que en algunas ocasiones les impone su enfermedad, dado que, los tiempos de la medicina se anteponen con los tiempos de juego y el pensamiento, generando un vacío que suele ser llenado por un "Tercer espacio pedagógico", este espacio que vendría siendo la Fundación Pequeños Valientes debe luchar constantemente por no ser absorbido por la lógica hospitalaria, siendo un lugar único donde ocurre algo distinto, manteniendo viva aquella posibilidad de que el niño/a siga siendo un niño/a mientras transita su tratamiento.

El marco de esta pasantía se fundamenta en la pedagogía de la presencia, pues no somos sujetos aislados frente a un objeto, al entrar en el aula hospitalaria nos hacemos parte de un "mundo común" donde el dolor, la esperanza y el juego se entrelazan. Por ello, este informe no lista actividades realizadas, sino que analiza hallazgos relacionales: como el silencio se convierte en refugio, como la palabra del niño actúa como resistencia y como la triada docente-niño-familia construye una red de soporte.

En las secciones siguientes, se desarrollará un análisis etnográfico que explora la configuración del aula hospitalaria como un tercer espacio pedagógico desde la pedagogía de la presencia, se abordará la importancia de la flexibilidad curricular hasta cierto punto como una respuesta ética a la fragilidad humana y el cómo la escucha activa tiene un impacto transformador sobre la identidad profesional del docente a cargo como del docente en formación.

MARCO INSTITUCIONAL

- **Aulas hospitalarias**

El programa de aulas hospitalarias, desarrollado en Bogotá en cumplimiento al acuerdo 453 de 2010, en compañía de las secretarías de educación (SED) y de salud (SDS), se constituye como una estrategia de educación formal en un escenario pedagógico particular, donde el acto educativo adquiere una doble dimensión, por un lado, garantizar la continuidad de los procesos de aprendizaje de los niños/as que se encuentran allí, y por otro, ofrecer un acompañamiento que contribuya al bienestar emocional de los niños y niñas en situación de hospitalización. Estos espacios, fueron creados dentro de hospitales, centros de salud y/o fundaciones con el fin de garantizar el derecho a la educación de los niños, niñas y adolescentes que debido a una enfermedad o tratamiento médico no pueden asistir a su escuela habitual de forma temporal o permanente.

Aulas hospitalarias tiene como objetivo principal brindar apoyo pedagógico y escolar para asegurar la continuidad educativa para evitar la deserción escolar debido a periodos de hospitalización o incapacidades médicas. Este programa materializa el derecho a la educación en condiciones de calidad de vida, permitiendo que el estudiante mantenga su normalidad social y académica, a través de la implementación de Estrategias Educativas Flexibles (EEF) que adaptan el tiempo y la metodología a través de modalidades como el apoyo escolar, la vinculación al sistema, la atención domiciliaria y el seguimiento a niños/as con alguna incapacidad.

Su apuesta pedagógica integra campos de pensamiento (lógico, científico, comunicativo y ciudadano) con un fuerte componente socioemocional y enfoques transversales de inclusión, género e interculturalidad, promoviendo el aprendizaje significativo y autónomo. En este proceso, el maestro hospitalario actúa como un facilitador sensible que ajusta su labor a espacios

no convencionales, mientras que la evaluación se desarrolla de forma formativa y participativa, involucrando activamente a la familia para favorecer la recuperación integral y evitar el rechazo escolar.

Por otro lado, el servicio de aulas hospitalarias se desarrolla en lo que se denomina un espacio no convencional, donde la comunidad hospitalaria (médicos, enfermeras, familias) juega un rol activo en la planificación y ejecución del proceso educativo, donde se prioriza el uso flexible del tiempo y se busca una atención integral que incorpore salud, nutrición y recreación, reconociendo que el desarrollo del niño está ligado al desarrollo de su comunidad. Asimismo, la familia es vista como un aliado esencial, pues se establece una tutoría compartida donde los padres, bajo la guía del maestro acompañen los procesos pedagógicos, especialmente en la modalidad domiciliaria, asegurando que no se corte el proceso académico.

Como otras apuestas, el programa integra proyectos que "reparan corazones" como el periódico virtual Notikbito, clubes de lectura y de inglés para compartir entre pares, y la técnica de la caricatura para que los pacientes expresen lo que sienten durante la hospitalización, incluso han llegado a implementar proyectos de huerta en casa y reciclaje, permitiendo de esta forma aplicar conocimientos de ciencias y ética mientras se fortalece la esperanza de vida.

En definitiva, las aulas hospitalarias no operan bajo la estructura rígida de la escuela tradicional, sino que se configura como un ambiente de aprendizaje flexible, donde el espacio está diseñado para romper con la estética cotidiana que se ve en el hospital, utilizando colores, mobiliario y materiales didácticos que inviten al juego y la creación, además, garantizan que la condición de salud no sea un obstáculo para el desarrollo intelectual y personal, asegurando un impacto positivo en el bienestar integral de los niños y jóvenes facilitando su eventual reintegro a la vida socioeducativa regular.

- **Fundación Pequeños Valientes**

La fundación Pequeños Valientes es una entidad sin ánimo de lucro, creada con el objetivo de brindar apoyo integral a niños, niñas y adolescentes con diagnóstico oncológico, junto con sus familias, en especial a aquellas que provienen de regiones vulnerables del país. Funciona como un canal de comunicación entre los donadores que de manera solidaria deciden brindar diferentes tipos de recursos los cuales son transformados en ayudas como alojamiento, alimentación, educación, entre otros, para las diferentes familias que necesitan de acompañamiento y de recursos necesarios para enfrentar sus diagnósticos.

La fundación se encuentra ubicada en el barrio Santa Isabel en la localidad los Mártires en Bogotá D.C., Colombia, y se define como una entidad de carácter local con la misión de gestionar la asistencia afectiva nutricional, psicosocial, legal y educativa para la población infantil oncológica y sus familias. Su inspiración surge del reconocimiento de que, a pesar de los esfuerzos médicos, muchas familias se enfrentan a fuertes barreras socioeconómicas, logísticas y emocionales que dificultan tanto el tratamiento como la calidad de vida de los menores afectados.

- **Población**

Para comprender la experiencia desarrollada en la Fundación Pequeños Valientes, es indispensable reconocer la diversidad de las historias de vida que habitan en el aula. Los niños, niñas y adolescentes que formaron parte de este ejercicio de escucha y observación no son sólo portadores de un diagnóstico, sino sujetos con trayectorias diversas que enriquecen el contexto de aulas hospitalarias, quienes junto a sus cuidadores principales (generalmente madres), habitan la fundación durante largas o cortas estancias dependiendo de cada diagnóstico, por ello, la convivencia prolongada convierte a la fundación no solo en un centro de apoyo, sino en una

comunidad de sentido donde la escucha de sus historias de origen y sus trayectorias de enfermedad resulta vital para el ejercicio pedagógico.

La población observada proviene de distintas regiones, lo que nos permite tener una vista intercultural de la experiencia, pues sus edades abarcan distintas etapas del desarrollo, desde la primera infancia hasta la adolescencia, lo que exige una flexibilidad en las formas de acompañamiento. A continuación, se presentará de manera sistematizada la caracterización de la población, resguardando su identidad, con el fin de dar a conocer características importantes como sus edades y diagnósticos de los niños y niñas con los que se trabajó.

Tabla 1

Caracterización pedagógica, rango etario, procedencia geográfica y diagnóstico clínico de los niños y niñas con los que se trabajó en la Fundación Pequeños Valientes.

SEUDÓNIMO	**EDAD**	**RESIDENCIA**	**DIAGNÓSTICO**
E. T	6 años	Bosa San José	Leucemia linfoblástica aguda
E. V	6 años	Caquetá - Valparaíso	Sarcoma de Ewing
D.Z	10 años	Villavicencio - Meta	Linfoma de Hodgkin
D.C	10 años	El rosal - Cundinamarca	Leucemia promielocítica aguda

J. A	11 años	Meta - Acacias	Leucemia linfoide aguda
S.C	11 años	La vega - Cundinamarca	Leucemia linfoblástica aguda
M.P	11 años	Casanare - Yopal	Anemia aplástica severa / idiopática
B.S	14 años	Malambo - Atlántico	Leucemia linfoblástica aguda
S. B	16 años	Boyacá, Susacon - Vereda San Ignacio	Teratoma maligno del mediastino anterior

Nota. Los nombres de los niños y niñas han sido sustituidos por seudónimos para proteger su identidad y privacidad. Los diagnósticos médicos presentados se registran de manera descriptiva con fines exclusivamente pedagógicos y de contextualización del proceso formativo.

OBJETIVOS

- **Objetivo General**

  Analizar la experiencia de vida en el aula hospitalaria de la Fundación Pequeños Valientes a partir de los hallazgos pedagógicos y relacionales emergentes encontrados durante el proceso de acompañamiento, escucha y observación.

- **Objetivos Específicos**

1. Interpretar la atmósfera relacional que se gesta en el aula, prestando especial atención a los hitos y hallazgos encontrados que sean más significativos, que den cuenta de cómo el niño/a habita y transforma el espacio en la fundación.
2. Identificar las manifestaciones no verbales y los lenguajes simbólicos (momentos clave de conexión, juego, dibujo y/o silencio) que surgieron de manera imprevista como vehículos de expresión de la realidad oncológica del niño.
3. Sistematizar los hitos relacionales entre el niño/a y el maestro, como parte de la comprensión de la tríada pedagógica en contextos de salud.
4. Sintetizar las transformaciones de la propia identidad docente, fundamentada en la práctica de la pedagogía de la presencia como una lectura sensible de la realidad del otro.

JUSTIFICACIÓN

A lo largo de mi trayectoria como maestra en formación he observado una notoria necesidad de una educación que reconozca la labor docente como aquella que puede llegar a trascender de los escenarios tradicionales, al tener un compromiso ético y social con la niñez, especialmente con aquella que enfrenta condiciones de vulnerabilidad. Puesto que, el papel del educador no se limita al aula escolar tradicional, sino que debe expandirse hacia otros espacios en los que la niñez demanda acompañamiento, más aún en espacios hospitalarios donde se suele ver más a la enfermedad que al sujeto-niño/a que se encuentra detrás de ella, dejando de lado la cotidianidad que tenía y cualquier otra dimensión de su desarrollo debido a su enfermedad.

Situándonos en el contexto, los procesos oncológicos en la infancia transforman radicalmente la experiencia cotidiana del niño/a, de su familia y de su entorno, más allá de los

efectos físicos ocasionados por el tratamiento, los niños/as con cáncer enfrentan pérdidas de salud, rutina escolar y cotidiana, participación social, entre otras. Estas vivencias pueden llegar a influir en su mundo emocional, en la construcción de su identidad y en la manera en la que se relacionan con los demás, dado que, los niños/as pueden llegar a experimentar aislamiento social por protocolos sanitarios, interrupciones en la escolaridad, disminución de oportunidades para el juego, su expresión creativa, además de llegar a presentar dificultades para nombrar y regular sus emociones.

La presente investigación se fundamenta en la necesidad imperativa de humanizar los entornos hospitalarios a través de la educación, reconociendo que un diagnóstico oncológico no anula la condición de sujeto de aprendizaje en el niño/a, pues mientras que el sistema médico concentra sus esfuerzos en la recuperación biológica, la pedagogía hospitalaria tiene la responsabilidad de salvaguardar la integridad subjetiva y emocional, por ello, este ejercicio de observación y escucha no es un acto pasivo, sino una respuesta a la invisibilización que ha tenido frente a la imposición del entorno clínico sobre la infancia.

Por consiguiente, desde una perspectiva pedagógica este estudio cobra relevancia al trabajar desde los principios de la pedagogía de la presencia, siendo necesaria en contextos de fragilidad al no limitar la enseñanza simplemente a la instrucción técnica, dada la necesidad de evolucionar hacia a un espacio donde el maestro se convierta en ese “otro con significado” para el niño/a, pues la presencia es entendida no como una estancia física sino como una implicación sensible convirtiendo así el aula de la fundación en un refugio de seguridad y reconocimiento, por ello, el justificar la labor docente desde este enfoque implica comprender que ante la incertidumbre que puede traer la enfermedad, el primer currículo debe ser el vínculo humano y el primer contenido es la validación de la existencia del otro.

En el plano social, la presente investigación visibiliza el aula hospitalaria como un territorio de resistencia donde la pedagogía actúa como un puente en busca de esa "normalidad" cotidiana que le permita al niño reconocerse a sí mismo más allá de su diagnóstico. Al documentar los lenguajes simbólicos, como los juegos y/o los silencios se generan insumos para una práctica docente que busca escalonar el bienestar integral por encima del rendimiento académico, actuando como un contrapeso a la frialdad de los protocolos clínicos devolviéndole al niño/a su derecho al juego y a la esperanza.

Por último, a nivel profesional la pasantía justifica su importancia en la transformación de la mirada de la maestra en formación, donde el encuentro con la resiliencia en la fundación invita a una reconfiguración del rol docente, pues el estudiar este tema permite comprender de cierta forma al maestro presente en contextos hospitalarios como un mediador en la vida de los niños y niñas.

MARCO TEORICO / MARCO EPISTEMOLOGICO

- **Pedagogía de la presencia**

"La presencia es la forma en que el educador se hace notar en la vida del educando, de manera que este último lo sienta como alguien que lo comprende, lo respeta y lo quiere" *(Gomes da Costa, 1995, p. X)*.

La comprensión de la labor docente en el contexto de aula hospitalaria exige el ir más allá de la simple transmisión de conocimientos para situarse en la dimensión del encuentro humano, pues en un espacio donde el ritmo cotidiano es marcado por la fragilidad y la incertidumbre, la presencia no solo emerge como una estancia física sino como una postura ética de disponibilidad absoluta y reconocimiento del otro que de la mano con el amor una de las emociones

fundamentales de la vida humana, nos permite según Maturana (1997) la aceptación del otro viéndolo como un ser legítimo dentro de la convivencia misma, facilitando así la colaboración, el desarrollo de vínculos afectivos y la construcción de una sociedad con bases desde la confianza y el respeto mutuo.

Siguiendo este hilo, la presencia se encuentra ligada con los rituales amorosos[1] que juegan un papel importante en la labor docente, la relación que se construye entre maestra y paciente-estudiante si bien no es de naturaleza romántica también requiere de rituales que fortalezcan el vínculo afectivo, importantes en el aula hospitalaria, generando un ambiente de confianza y seguridad que se da por medio de la interacción que se va teniendo día a día con ellos. Puesto que, así como en las relaciones amorosas los pequeños gestos generan cercanía, si se empieza a crear una rutina diaria con gestos tan importantes como el contacto visual, el contacto físico y la presencia plena que se constituye como el primer acto pedagógico, donde a partir del vínculo sensible y la escucha atenta el niño/a logra recuperar su lugar como sujeto de derechos y deseos, frente a la despersonalización que genera el entorno clínico.

Ahora bien, el hablar de la pedagogía de la presencia nos coloca en primera plana frente a la postura de Antonio Carlos Gomes da Costa en su libro Pedagogía de la Presencia (1996) , al presentarnos una propuesta que trasciende la instrucción técnica para situarse en la ética y la dignidad humana que sin importar su origen en contextos de privación de libertad también su esencia puede ser transferible al ámbito hospitalario, al tener en cuenta que allí los niños y niñas pueden llegar a enfrentarse a una “privación de la cotidianeidad” y a una crisis de identidad debido a su diagnóstico. En otras palabras, el autor define esta pedagogía, no como una estancia

[1] Los **rituales amorosos**, según Becky Bailey, son interacciones breves y repetitivas cargadas de afecto, diseñadas para generar conexión emocional entre el adulto y el niño. Estas prácticas fortalecen el vínculo, regulan emocionalmente y crean un clima de confianza y pertenencia, condición necesaria para el desarrollo del aprendizaje y la subjetividad.
(Bailey, 2000)

física pasiva, sino como un medio que contiene las razones para entender la libertad, donde el educador se ofrece con una disponibilidad afectiva y racional capaz de construir un territorio para el diálogo en medio de la adversidad.

En este sentido, se puede presentar la necesidad creciente en niños y niñas que necesitan de una ayuda personal y social para poder superar esos obstáculos que pueden llegar a impedir su pleno desarrollo como personas y como ciudadanos, y es ahí donde Gomes da Costa (1996) propone como primer paso para vencer estas dificultades personales la reconciliación del niño/a consigo mismo y con los otros, por ello, el hacerse presente en la vida del niño/o termina siendo fundamental en la acción educativa cuando se trata de algún sujeto en situación de dificultad, donde más allá de darle "soluciones" se ofrece la posibilidad de socialización que le permita concretar un camino y encontrarse.

Situándonos en el contexto de la fundación, el aplicar este enfoque nos permite analizar el aula hospitalaria no como un espacio de entretenimiento, sino como un escenario de socialización, donde Gomes da Costa (1996) sostiene que la verdadera labor educativa debe alejarse de lo "institucional" que busca la docilidad o la adaptación silenciosa del sujeto, para dar paso, a la presencia como un acto de validación donde el maestro ayuda al niño y/o niña a procesar su realidad a medida que la va exteriorizando al validar su existencia emocional que no busca "curar" el cuerpo, sino "sanar" el vínculo del niño/a con la realidad, permitiéndole tramitar el miedo y el dolor a través de un encuentro humano auténtico.

Por consiguiente, la importancia de la pedagogía de la presencia se radica en que constituye una mirada ética ante la vulnerabilidad que se presenta en el aula hospitalaria, donde el niño/a no solo enfrenta una afectación en su salud física sino también una amenaza directa a su identidad y a su cotidianidad como sujeto social, por ello, el trabajarla resulta vital porque el niño/a al vivir en un entorno donde es constantemente "objeto" de procedimientos médicos, la

presencia del maestro le puede llegar a devolver aquella sensación de ser una persona con voluntad y voz propia, en consecuencia, se mitiga el impacto del aislamiento al establecer un vínculo que le asegura al niño/a que no ha sido abandonado por el mundo exterior (la escuela, la vida social, el juego).

Desde este enfoque, a diferencia de la pedagogía tradicional o técnica que se centra en el cumplimiento de objetivos curriculares y la evaluación de contenidos, la pedagogía de la presencia antepone el vínculo sobre el contenido a diferencia de la educación formal que prioriza el saber, la presencia prioriza el ser-con-el-otro donde el aprendizaje ocurre como consecuencia del vínculo, no como su fin principal, además, no se rige por un cronograma rígido, sino por el tiempo del sujeto al adaptarse a los niveles de energía, el estado anímico y a las crisis presentadas por el tratamiento oncológico. Por otro lado, se presenta una horizontalidad en la crisis pues el maestro no se presenta como una autoridad que imparte verdades, sino como un compañero más en el camino que ofrece su disponibilidad afectiva y racional para construir, en palabras de Gomes da Costa (1996) un "territorio para el diálogo" donde la mirada apreciativa hacia los estudiantes es el foco, sin enfocarse en la carencia (lo que el niño/a no puede hacer por la enfermedad) sino en la potencia (lo que el niño/a logra a pesar de ella).

En efecto, el aprender a hacerse presente conlleva de un gran compromiso, requiere de un alto nivel de exigencia porque necesita de la total implicación del maestro en el acto de educar, puesto que, sin ese compromiso el "estar" junto al niño/a no pasaría de ser un simple encuentro despojado de un significado profundo reducido a la obligación funcional, sin embargo, situándonos en la relación, el maestro no puede entregarse de manera ilimitada e incondicional como en algunas ocasiones suele ocurrir debido a las consecuencias que ello puede traer tanto para el maestro como para el niño/a, por lo que, el practicarla desde los límites permite como afirma Freire (1970) que la educación sea eficaz en la medida en que reconoce y respeta sus

límites para encontrar el margen de donde es posible transformar, además de educar y crear nuevas formas de saber al ejercitar sus posibilidades.

Por ende, en el contexto oncológico pediátrico esta pedagogía genera un impacto transformador por tres razones fundamentales:

1. **Humanización frente a la "patentización":** Porque al enfrentarse a un diagnóstico oncológico se suelen presentar ciertas "etiquetas" hacía al niño/a, siendo punto importante, en el que la presencia pedagógica rompe dichas etiquetas permitiendo que el niño/a se reconozca como estudiante, artista o jugador y no solo como un "paciente" siendo esto crucial para mantener la salud mental y la resiliencia durante tratamientos prolongados.
2. **Construcción de un "mundo común":** Porque la enfermedad oncológica suele recluir al niño/a en una realidad de dolor y medicina, es aquí donde el maestro puede introducir el "mundo" en el hospital y/o fundación a través de la escucha y la observación, se crean espacios donde el cáncer deja de ser el centro de la conversación para darle paso a los intereses vitales que tenga el niño o niña.
3. **Soporte a la fragilidad y la esperanza:** Al trabajar con niños/as con cáncer el maestro se puede llegar a enfrentar a la fragilidad de la vida, es por ello, que a partir de la pedagogía de la presencia se llega a habitar esta incertidumbre con dignidad, al no ofrecer falsas promesas sino una compañía sólida que valida el presente, en un espacio donde el impacto se ve como una mejora en la calidad de vida subjetiva y el aula se convierte en un refugio donde existe esa "normalidad".

- **Pedagogía hospitalaria**

El pensar en una escuela casi de inmediato nos lleva a imaginar un salón con tablero, pupitres, en el ruido causado por el recreo, además de los niños/as corriendo de un lado a otro, sin embargo, existe también una escuela profundamente poderosa que ocurre en los pasillos de los hospitales y/o centros designados, donde en una cama o en una sala de estar de una casa un niño/a se recupera de una enfermedad prolongada, en esa frontera donde la salud se quiebra y el ritmo normal de la vida parece ponerse en pausa nace la Pedagogía hospitalaria.

Es indispensable situar la Pedagogía hospitalaria no como un complemento de la educación especial o como un servicio asistencial, sino como una modalidad educativa que tiene identidad propia, que funciona desde el querer salvar esa discontinuidad que la enfermedad impone en el desarrollo integral del niño/a que en querer reproducir en detalle la estructura de la escuela regular dentro del hospital. La pedagogía hospitalaria interviene precisamente para convertirse en un espacio de resistencia donde el aprendizaje actúa como un motor de salud, un polo a tierra con la normalidad y un horizonte de futuro, pues como señala la pedagoga española María Cruz Molina (2005), la educación hospitalaria no busca simplemente llenar el tiempo del niño/a que es ingresado, sino asegurar la continuidad de su desarrollo personal y escolar, combatiendo el aislamiento y la soledad que la ruptura con su entorno habitual produce.

Por lo tanto, si la pedagogía hospitalaria es la estructura, el cuidado es la sustancia ética que la humaniza y la sostiene, pues en el entorno hospitalario cuidar no significa compadecerse del estudiante ni asumir una actitud paternal que llegue a anular sus capacidades. Por ello, al tomar como guía los planteamientos de Carol Gilligan (2013) y Nel Noddings (2002) sobre la ética del cuidado, se entiende que el acto educativo es relacional por definición y que la receptividad y la respuesta a las necesidades del otro son prioridad, porque el cuidar en este

entorno se define como el acto político de reconocer la singularidad del otro en su momento de máxima fragilidad.

Es por ello, que se debe dejar de ver al aula como un laboratorio de rendimiento, porque al final lo importante no es solo “dar una clase” sino aprender a estar juntos y a conversar, pues es necesario empezar a ver la escuela con otros ojos dejando la soberbia a un lado para empezar a verla con sensibilidad, permitiendo así que los niños/as habiten su presente sin la urgencia de ser preparados para el mañana, pues ante todo el acto de educar es un gesto de hospitalidad incondicional hacia el otro.

La pedagogía hospitalaria resignifica por completo el espacio físico, lejos de considerar el hospital como un lugar estéril y enemigo del aprendizaje, este enfoque lo transforma en aula viva, es decir, en un territorio dinámico cargado de significados, estímulos y posibilidades para el aprendizaje situado. Más allá de querer aislar al niño/a de su realidad clínica para intentar recrear de manera artificial un salón de clases convencional, el maestro hospitalario asume el entorno de la salud como su punto de partida pedagógico, que en concordancia con la pedagogía dialogante de Julián de Zubiría (2006), el acto educativo se estructura como un diálogo entre el estudiante, el docente y el contexto inmediato que los rodea.

Por otro lado, es importante mencionar que la pedagogía hospitalaria se entrelaza totalmente con la pedagogía de la fragilidad planteada por Carlos Skliar (2016) al asumir que la vulnerabilidad y el quiebre de la salud no son anomalías que la educación deba ignorar o corregir, sino dimensiones inherentes de la condición humana que exigen ser habitadas con dignidad, pues mientras que la pedagogía hospitalaria despliega las herramientas metodológicas, institucionales y espaciales para garantizar la continuidad del derecho educativo, la pedagogía de la fragilidad le otorga su sustento ético más profundo frente a la convicción de que el aprendizaje no florece desde la autosuficiencia o el control, sino desde el reconocimiento mutuo.

En definitiva, la pedagogía hospitalaria no puede entenderse como una simple labor de asistencia o un puente provisional para rellenar el vacío que deja la escolaridad, es desde su raíz un acto de restitución política y de justicia social que opera en la fragilidad humana. Al desplazar la mirada desde el diagnóstico hacia el sujeto en sí, garantiza que la enfermedad no se convierta en una condena al aislamiento cultural ni en una renuncia, mantener vivo ese lazo pedagógico en medio de la adversidad clínica es asegurar que incluso entre aquellas paredes balanzas y los monitores, el derecho al asombro y al conocimiento permanezca intacto, transformando el tiempo de la hospitalización en un tiempo de vida plena, dignidad y resistencia creativa.

- **La ética de la escucha**

Cuando un niño/a recibe un diagnóstico de cáncer, su vida se transforma en una especie de territorio invadido, de la noche a la mañana su cuerpo pasa a ser prácticamente propiedad de los médicos, de las agujas y los tratamientos. En ese entorno de solo medicación, el niño/a suele ser "hablado" por los demás, como los doctores hablando de sus células, los papás de sus síntomas y los psicólogos de su estado de ánimo, pero en algunas ocasiones nadie se detiene a preguntarle al niño que siente o qué piensa de su propia realidad. Por eso, la propuesta que nos plantea Gemma Cánovas (2018) sobre la ética de la escucha en entornos de salud es tan revolucionaria y necesaria en un aula hospitalaria oncológica.

Ahora bien, la ética de la escucha no se reduce a un simple acto biológico de oír, ni a una técnica de comunicación para que la clase fluya mejor, en la obra de Canovas (2018) escuchar se define como una postura ética, una forma de estar frente al otro que en espacios de salud y vulnerabilidad es especialmente urgente, además, la autora nos plantea que la escucha real es un acto de hospitalidad al dejar de lado los prejuicios, las teorías previas y los afanes de control para recibir la palabra de la persona que está sufriendo, respetando su dolor.

De acuerdo con Cánovas (2018), en los entornos como los hospitales existe una tendencia en silenciar al paciente a través de un lenguaje que lo despersonaliza totalmente, frente a ello, la ética de la escucha funciona como un bálsamo que humaniza, el escuchar éticamente implica reconocer que la persona enferma no ha perdido su capacidad de pensar, sentir y narrar su propia vida, por lo tanto, no se escucha para tratar de arreglar al otro o para juzgarlo, sino para ofrecerle un soporte existencial.

Partiendo de ello, el escuchar en situaciones de enfermedad no es simplemente oír ruidos o ser un receptor pasivo, sino un acto de respeto profundo que busca devolverle el protagonismo de su propia historia a quien está sufriendo, pues en lugar de usar la escucha para clasificar o ponerle otra etiqueta al niño/a, el maestro hospitalario entra al lugar con el propósito de escuchar para ofrecer un refugio donde el niño pueda volver a ser el mismo en su propia vida.

Este enfoque en el aula hospitalaria es de gran impacto porque interrumpe completamente la fría rutina de la clínica, dado que, mientras en los pasillos del hospital se escuchan términos y estadísticas, en el espacio educativo el niño/a se convierte en un sujeto con voz propia y no en el "paciente de la cama tal". Como bien lo señala Canovas (2018), escuchar de verdad implica validar el sufrimiento y permitir que el otro sea visible, en el caso de los niños/as con diagnóstico oncológico, el maestro no solo debe aprender a escuchar las palabras, sino también los silencios, el cansancio en los ojos, la postura del cuerpo o la rabia contenida en un dibujo.

En conclusión, la escuela en el hospital deja de ser un lugar para llenar guías y se transforma en un espacio de dignidad donde el niño/a, a través de la música, el arte o la palabra recupera el control de su infancia y se resiste a ser borrado por la enfermedad al hablar del miedo a la muerte, de la tristeza por perder el cabello o por el contrario decidir no querer hacer nada y guardar silencio, la escucha ética en cualquiera de los casos validará cada una de sus decisiones.

- **Dimensión socio-afectiva**

La dimensión socio afectiva constituye uno de los pilares fundamentales del desarrollo humano, especialmente durante la primera infancia, etapa en la que se configuran las bases emocionales y relacionales que acompañarán al niño o niña a lo largo de su vida, del mismo modo los sujetos logran construir su identidad emocional y social, desarrollando habilidades para reconocer y expresar sus emociones, estableciendo vínculos afectivos significativos con los otros.

Los niños y niñas poseen grandes capacidades que les permiten expresar con sus propios lenguajes sus intereses, necesidades, reflexiones y/o preguntas sobre las experiencias que están viviendo. Esas experiencias no pueden separarse del contexto en el que se desenvuelven los niños y niñas, en medio de ellas, la familia, la escuela y el entorno comunitario deben ofrecer las condiciones necesarias para la construcción de relaciones seguras, basadas en el respeto, la empatía, la confianza y el reconocimiento mutuo. Por eso, las experiencias tempranas de afecto, cuidado y control emocional son esenciales, ya que inciden de manera directa en el desarrollo de la autoestima, autonomía personal, la capacidad de autorregulación emocional y la disposición para convivir con los demás.

Rafael Bisquerra en su libro Política y emoción (2017) nos menciona que las emociones son una parte fundamental en nuestra vida personal y social, que de manera continua en nuestro diario vivir experimentamos emociones y fenómenos afectivos, pero son muy pocas las veces que reflexionamos sobre ellas. Nuestros sentidos juegan un gran papel, gracias a ellos cualquier emoción se logra activar a partir de un acontecimiento al ser percibido por ellos de manera consciente o inconsciente, de igual manera la forma en la que llega a nosotros al ser externa o interna. De igual modo, la respuesta emocional a esos diversos estímulos se da cuando ese

acontecimiento es valorado como algo que puede llegar a afectar mi bienestar o de las personas cercanas a mí (Bisquerra, 2017).

Para esta investigación uno de los mayores aciertos de Bisquerra está en el reconocer que las emociones no son simples reacciones, sino que realmente son procesos complejos que involucran una valoración, una interpretación, corporalidad y acción, sin dejar de lado que todo eso está atravesado por una historia personal, un lenguaje, el contexto y las relaciones sociales que se den allí.

En el contexto de las aulas hospitalarias, la dimensión socioafectiva cobra una relevancia crítica; el diagnóstico clínico y los procesos de hospitalización irrumpen de manera abrupta en la cotidianidad del niño/a generando sensaciones de aislamiento, incertidumbre y vulnerabilidad emocional. Por ello, el acompañamiento educativo en el aula hospitalaria debe situar el bienestar socioafectivo en el centro de su acción, facilitando de esta manera espacios de contención, expresión de temores y fortalecimiento del autoconcepto que le permitirán al niño/a asumir su proceso de salud con mayor seguridad.

Ahora bien, en la rutina de la fundación las emociones se presentan en medio de la experiencia vivida, la cual tiene como respuesta un componente comportamental y es gracias a la observación que se llevó a cabo que se puede llegar a saber qué emociones está experimentando el niño/a por medio del lenguaje no verbal, principalmente de aquellas expresiones del rostro y el tono de voz que nos pueden llegar a aportar señales precisas de lo acontecido, Bisquerra (2017). Siguiendo con este hilo, es importante mencionar que el componente cognitivo también juega un gran papel, al momento de tomar conciencia de las emociones que se están experimentando se les puede llegar a poner un nombre en función a nuestro dominio del lenguaje: “Tengo miedo”, “Estoy feliz”, etc., sin embargo, al tener ciertas limitaciones con el lenguaje es probable que se presenten dificultades que impida la expresión de aquello que nos pasa por dentro, Bisquerra

(2017). Pues, “Ser capaz de poner nombre a las emociones es una forma de conocernos a nosotros mismos y de conocer mejor a los demás” (Bisquerra, 2017, p. 21)

Asimismo, en la rutina de la fundación Pequenos Valientes atender la dimensión socio afectiva implicó transformar la interacción en un encuentro humano significativo, a través, del juego la escucha activa y el afecto emocional, el maestro hospitalario ayuda a mitigar poco a poco el impacto psicológico del tratamiento oncológico, acompañando al niño y a su familia en la canalización de sus emociones y en la reconstrucción de un proyecto de vida hacia la recuperación.

En definitiva, situar el bienestar socio afectivo implica reconocer que el vínculo humano entre el docente y el paciente-estudiante es la principal herramienta de intervención, pues se consolida como el eje transversal que dota de sentido a la acción pedagógica en el entorno clínico. Comprender las necesidades emocionales de los niños/as, adolescentes y sus familias frente al diagnóstico y tratamiento no es una labor complementaria, sino la condición de posibilidad para cualquier aprendizaje significativo y proceso de resiliencia.

METODOLOGÍA DE LA EXPERIENCIA

Esta investigación se sostiene en una metodología de la experiencia, dado que no se plantea desde la distancia del pasante que aplica algo y se retira, sino desde la implicación afectiva y ética de quien habita el territorio del aula hospitalaria. Siguiendo la línea pedagógica de Carlos Skliar, el diseño metodológico aquí es flexible y sensible que se moldea al ritmo de la vida del hospital, fundación y /o institución, respetando cada ingreso, salida, las crisis de dolor, los días de cansancio por la quimioterapia o la emoción que surge de los juegos espontáneos.

Sustentar la investigación en una metodología de la experiencia nos lleva completamente al pensamiento de Jorge Larrosa (2002), quien propone que la experiencia no es el acumulado de eventos que ocurren a nuestro alrededor, sino aquello que "nos pasa, nos acontece, nos toca" y el llevarlo al contexto del aula hospitalaria significa que la metodología no se centra en medir lo que la pasante hace, sino en documentar y comprender cómo la realidad del hospital, el dolor y la vitalidad de los niños/as atraviesan y transforman la subjetividad de quienes habitan este espacio.

Al integrar a Larrosa, el diseño metodológico de esta práctica se valida como un ejercicio de resistencia pedagógica, donde el valor científico radica en la honestidad con la que se narra el proceso de transformación mutua entre la pasante y los niños/as, asumiendo así, que el investigar es dejarse transformar por la vida del otro.

Por otro lado, se hace uso de la metodología cualitativa, pues proporciona un espacio legítimo a la subjetividad, siendo importante en las investigaciones que trabajan especialmente con infancia, dado que permite captar la riqueza expresiva de los niños, niñas y adolescentes, sus emociones, sus lenguajes corporales, sus formas de narrarse y de habitar el mundo. Por eso, la investigación cualitativa se define desde Vasilachis (2006) como "Aquella que se propone comprender los fenómenos sociales desde la perspectiva de sus protagonistas, accediendo al significado que da a sus acciones y vivencias en contextos específicos." (Vasilachis de Gialdino, 2006, p. 36), gracias a que tiene un carácter flexible y abierto, donde los diseños no son rígidos, sino que pueden ir adaptándose a medida que avanza la investigación.

El carácter cualitativo de este estudio se fundamenta en la necesidad de comprender los sentidos y significados que emergen del encuentro pedagógico en la enfermedad. En el entorno oncológico, lo tradicional de la escuela estalla en los tiempos de los ciclos de la quimioterapia, de los cuerpos atravesados por el dolor y del espacio que cambia de un aula común para pasar a una

cama de hospital. Por lo tanto, este enfoque metodológico prioriza la importancia de las relaciones humanas por encima de la cantidad de las conductas observables.

A partir de ello, donde la investigación cualitativa se asume como un encuentro horizontal y sensible con el sujeto conocido, se hace necesario trazar los ejes que permitieron dar sentido a la vivencia en el aula hospitalaria, de este modo, la metodología de la experiencia no está sometida a variables rígidas, sino a categorías emergentes y relacionales que nacieron directamente del habitar cotidiano. A continuación, se detallan y profundizan cada una de las categorías que guiaron el análisis e interpretación de este transitar:

- **Rol del pasante: El gesto de la presencia atenta y el tacto pedagógico**

Llegar como pasante a un aula hospitalaria oncológica, ante todo, es un ejercicio de desaprender, todo lo que enseñan en la universidad sobre el control de grupo, las planeaciones y las metas de aprendizaje se vuelven solo pedazos en el momento en que se cruza la puerta de un aula hospitalaria. En este espacio, el papel de la maestra en formación no es el de una instructora que va a dictar una clase o a llenar un vacío académico; es el de una persona que va a ofrecer su presencia como un refugio, porque entrar allí significa despojarse del pensamiento de que la maestra todo lo sabe para asumir en su totalidad la fragilidad de quien va a acompañar a un niño/a que está librando una batalla en su propio cuerpo.

En un lugar donde los cuerpos duelen y los ánimos cambian de un momento a otro, no se puede entrar con el objetivo de solo “dictar clase”. Quien llega allí debe asumir lo que Max Van Manen (1998) define como el tacto pedagógico, definido como aquella sensibilidad profunda y casi intuitiva que le permite al educador saber qué hacer y qué decir (o que callar) ante la vulnerabilidad de un niño/a.

Sin embargo, el tacto pedagógico no se aprende en los manuales de texto, pues nace de la capacidad de conmoverse y de estar verdaderamente disponibles para el otro, en el cotidiano del aula hospitalaria esta presencia se traduce en aprender a leer los lenguajes invisibles de la fragilidad, donde el pasante llega a descifrar los rostros, el cansancio, a escuchar el miedo en el silencio. Por ende, el habitar este rol desde la sensibilidad de Van Manen exige también comprender la importancia del silencio y de la retirada, estar presente con "tacto" significa entender que a veces el mayor acto pedagógico es saber cuándo dar un paso atrás.

En definitiva, asumir el rol de la pasante desde el tacto pedagógico transforma el paso por el hospital porque quien llega a este espacio no lo hace para llenar un requisito académico o para ejecutar un currículo, sino para poner el cuerpo y el corazón al servicio de una infancia atravesada por la enfermedad, adquiriendo un sentido especial cuando se reconoce que la maestra en formación llega a este contexto por primera vez, con una gran cantidad de expectativas, temores y certezas que se van construyendo frente a un lugar completamente nuevo, donde la pasante no busca colonizar el espacio con su saber académico, sino aprender a habitarlo desde quien se descubre también frágil ante lo desconocido.

- **La observación como umbral: Mirar para poder acoger**

Antes de proponer cualquier propuesta pedagógica, antes de que la palabra en formación intentara una conversación, el proceso metodológico estuvo atravesado por la mirada, por ello, en el transcurso de la pasantía se rechazó la distancia instrumental de algunos enfoques que reducen el aula a un laboratorio de términos controlados, para reemplazarlo por las bases de una metodología de la experiencia y de la implicación afectiva. Fue así, como la metodología se convirtió en un ejercicio vivo de presencia, donde el pasante no se sitúa como un recolector de

datos, sino como un sujeto vulnerable que se expone al dolor, a la resiliencia y a la vitalidad de la infancia con la que comparte.

En el contexto de la oncología infantil, observar no es un acto técnico de registro ni una mirada inspectora que juzga lo que el niño/a sabe o no sabe hacer, al contrario, inspirados en la filosofía de la alteridad de Skliar (2002), la observación se asume como el primer gesto de la hospitalidad, detenerse en el tiempo para aprender a mirar al otro en su misterio, despojándose de prejuicios, diagnósticos y expectativas.

Por otra parte, la observación constituye una técnica central en este informe, permitiendo un acercamiento directo, respetuoso y sensible a las vivencias corporales, emocionales y vinculares de los niños y niñas de la Fundación Pequeños Valientes. En coherencia con el enfoque cualitativo, en este proyecto la observación no se concibe como un simple registro pasivo de acontecimientos, sino como un proceso intencional de atención, interpretación y comprensión de las dinámicas que se pueden desarrollar en el aula. La elección de esta técnica metodológica responde a la necesidad de captar la complejidad de los fenómenos investigados en su contexto natural, tal y como se manifiestan en la vida cotidiana en las interacciones infantiles.

Según Anguera (1990), la observación en la investigación cualitativa es una estrategia sistemática de recolección de información que implica un proceso activo y deliberado de registro de comportamientos relevantes dentro de un contexto determinado. En este sentido, se puede decir que observar no es solo mirar, se trata de comprender realmente los significados que los participantes atribuyen a sus acciones, palabras, gestos y silencios. De manera complementaria, Guber (2011) señala que la observación en la investigación cualitativa no se limita a registrar elementos visibles, sino que realmente esto implica captar las dimensiones simbólicas y emocionales que permean la conducta social, permitiendo así una comprensión profunda de los significados que las personas le dan a sus experiencias.

En el marco de esta pasantía, la observación se convirtió en una herramienta para "escuchar" al cuerpo, el juego, el afecto y las emociones de los niños y niñas, reconociendo que en la infancia la expresión de su subjetividad no sólo se manifiesta a través del lenguaje verbal, sino también a través de formas de comunicación corporal, emocional, simbólico y lúdicas. Al igual que señalan Corsaro (1997) y Rockwell (2009) los niños y niñas construyen sus mundos de significado a partir de la combinación de acciones, gestos, movimientos, expresiones emocionales, silencios, juegos simbólicos, interacciones corporales y creaciones lúdicas. Esas formas de comunicación no verbal son portadoras de significados, que expresan tanto emociones inmediatas como la comprensión intuitiva y profunda del mundo que los rodea.

Desde esta perspectiva, se puede decir que la observación no solo se limita a captar elementos aislados o comportamientos visibles, sino que también propone el interpretar las múltiples formas de enunciación corporal y emocional que los niños utilizan cotidianamente en su espacio escolar o cotidiano. Cada gesto, cada lágrima, cada grito espontáneo, cada juego, abrazo ofrecido o rechazado, cada expresión de entusiasmo o frustración eran leídos como signos significativos de su proceso de constitución subjetiva.

Ahora bien, en el transcurso de esta pasantía se optó por trabajar un enfoque de observación participante moderada, en el que, en mi papel como maestra en formación, así como los agentes pedagógicos del proceso, establecieran un vínculo estrecho y respetuoso con los niños y niñas interviniendo activamente en la dinámica del aula al mismo tiempo que se tenía una postura reflexiva y analítica. Según Taylor y Bogdan (1992) la observación participante permite al investigador compartir las experiencias cotidianas de las personas estudiadas, ganando su confianza y accediendo a su visión del mundo.

Este tipo de observación fue fundamental para:

1. Promover un ambiente de confianza y autenticidad donde los niños logren desprenderse del rol de “pacientes” y recuperen su infancia, expresándose con libertad y espontaneidad.
2. Captar con sensibilidad la dinámica afectiva y el lenguaje del cuerpo de los niños y niñas atravesados por el tratamiento en sus relaciones consigo mismos, comprendiendo cómo los niños/as se relacionan con sus pares, con su docente y con los espacios cotidianos.
3. Acompañar los tránsitos y las huellas de la experiencia a través de la transformación de las manifestaciones afectivas y relacionales de los niños/as.

Más allá de su valor como técnica de recolección de datos, la observación en esta investigación fue también un acto pedagógico y afectivo. El observar, en este caso, era una forma de estar presente, de acompañar, de validar la existencia y la expresión de los niños y niñas en su totalidad. Fue en definitiva un ejercicio de amor pedagógico, en el que mirar al otro implicaba abrazar su ser, su sentir y su estar en el mundo.

- **La conversación: El arte de habitar el tiempo**

En el marco de una metodología de la experiencia, la conversación no se concibe como una entrevista estructurada, ni como un instrumento de recolección de datos diseñado para extraer respuestas de los niños/as, sino que ocupa un lugar central como herramienta para aproximarse a las vivencias, emociones y construcciones subjetivas de los niños y niñas. A diferencia de los métodos más estructurados como el cuestionario o la entrevista cerrada, la conversación permite una interacción flexible, espontánea y situada que respeta el ritmo, los intereses y las formas de expresión propias de la infancia. Desde el paradigma cualitativo, se reconoce que el conocimiento sobre la subjetividad no puede ser impuesto ni extraído, sino que

debe ser co-construido en el encuentro dialógico entre el investigador y el participante (Flick, 2007).

Según Buber (2001), la conversación genuina es aquella en la que el encuentro entre interlocutores no se basa en la transmisión de información, sino en una relación dialógica donde ambos se reconocen como sujetos plenos. En este sentido, no se entiende a la conversación como una técnica instrumental para la obtención de datos, en esta experiencia se concibe como una práctica relacional, en la que se genera un espacio de reconocimiento mutuo, el hablar con niños y niñas no es simplemente un acto para obtener información, sino que se trata de establecer un vínculo de reconocimiento mutuo, donde su palabra y su silencio tienen el mismo valor.

Siguiendo el pensamiento de Skliar y Larrosa (2011), la conversación es entendida como un acontecimiento ético y pedagógico, un espacio de hospitalidad que no busca evaluar, diagnosticar ni mucho menos interrogar, simplemente “hacerse disponibles para el otro”. En el contexto del aula hospitalaria, conversar no es hablar sobre el niño/a o dirigir su pensamiento sino aquel tiempo suspendido donde la palabra y el silencio circulan libremente, permitiendo que la infancia se exprese en medio de la realidad clínica.

Desde una perspectiva metodológica, Valles (1997) asume a la conversación como una forma de interacción comunicativa abierta, no directiva, que permite la libre expresión de narrativas personales y colectivas. Durante el proceso, las conversaciones se dieron en contextos naturales de aula y/o en espacios comunes de la fundación en momentos de juego libre, actividades pedagógicas, círculos de diálogo y espacios donde la interacción era espontánea, estas conversaciones se caracterizaron por su:

- **Naturalidad:** Al propiciar espacios de conversaciones en contextos cotidianos del aula durante las actividades, momentos de juego libre, evitando formatos rígidos que puedan irrumpir en la espontaneidad de los niños y niñas.
- **Horizontalidad:** Al buscar minimizar las relaciones tradicionales entre adultos y niños, favoreciendo un clima de confianza, respeto y apertura.
- **Escucha activa:** Al propiciar la escucha atenta y empática, validando cada narrativa, emociones y percepciones de los niños y niñas sin juzgar ni corregir.
- **Afectividad:** Al reconocer el componente afectivo que se encuentra inherente en toda interacción humana, especialmente en la infancia, acogiendo las emociones que surgen en el intercambio conversacional.

El objetivo principal de estas conversaciones fue acceder a los significados subjetivos que los niños y niñas le atribuyen a sus vivencias, cuerpos, emociones y vínculos, que, con la unión de la información obtenida mediante la observación, enriquecen la interpretación de las expresiones corporales y emocionales registradas que ayudan a fortalecer el vínculo entre la pasante y los participantes, generando un ambiente de confianza y apertura.

La conversación, como una técnica cualitativa, me permitió captar contenidos explícitos en el contexto, incluyendo temas emocionales, tonos, silencios, gestos y corporalidades que acompañaron cada relato infantil. Desde esta perspectiva, se reconoce que escuchar desde la infancia requiere una apertura a múltiples lenguajes: verbal, corporal, lúdico y emocional, todos igual de legítimos y significativos. La implementación de la conversación está guiada por sólidos principios éticos, en todo momento se respetó el ritmo y la disposición de los niños y niñas de participar en los diálogos, protegiendo su derecho a permanecer en silencio o a expresar sus ideas de forma no verbal.

La conversación, nos permitió construir un puente entre lo afectivo y lo cognitivo entre la pasante y los niños/as, favoreciendo una comunicación horizontal que ayudó a legitimar sus voces como fuentes válidas de conocimiento. En este sentido, es importante traer a colación el principio Freireano de que "Nadie educa a nadie, nos educamos todos juntos en comunidad" (Freire, 1970, p. 79), reconociendo que, en cada diálogo, los niños y niñas aprenden, pero también los investigadores se transforman en su comprensión de la infancia.

En conclusión, desde la perspectiva de la biología del amor de Maturana (1997), la conversación no fue entendida simplemente como una técnica, sino como una forma de convivencia basada en la aceptación mutua y el reconocimiento de los otros como seres legítimos. Hablar, para este proyecto fue un acto de amor pedagógico, una manera de abrirse al mundo del otro con ternura, sin imposiciones, dejando de esta forma que la subjetividad infantil se despliegue en toda su riqueza con toda libertad. Cada conversación representa un espacio de humanización, donde el cuerpo, junto al juego, la emoción y la palabra de los niños y niñas son abrazados como lenguajes válidos de existencia y de conocimiento.

- **Análisis etnográfico: Descifrar la cotidiano**

Intentar comprender lo que sucede dentro de un aula hospitalaria desde una metodología fría o cuadriculada puede resultar complejo, pues como ya se ha dicho, en un lugar donde la vida se suspende entre diagnósticos, quimioterapias y el sonido constante de las máquinas, los métodos tradicionales de investigación que buscan medir, clasificar o fragmentar la realidad se quedan cortos. Por eso, el camino elegido para mirar este contexto es el análisis etnográfico al ser una forma de investigar que no busca juzgar ni evaluar desde afuera, sino sumergirse en los detalles más mínimos de la vida diaria para intentar descifrar y comprender el sentido profundo

que en ese lugar acontece, agudizando la mirada y el corazón para aprender a leer aquello que no es visible.

Es por ello, que hacer etnografía en este tipo de aulas, significa en esencia, el convertirse en una recolectora de instantes y de gestos que el ojo a simple vista suele pasar por alto, mientras el personal médico se enfoca en su cuerpo enfermo, la mirada de la pasante se detiene en el niño/a que habita ese cuerpo, fijándose en las culturas y mundos simbólicos que los niños y niñas construyen, de esta forma el análisis empieza a cobrar vida en las pequeñas resistencias cotidianas.

Siguiendo el pensamiento de Elsie Rockwell (2009), la etnografía en el ámbito educativo no es un simple conjunto de técnicas de recolección de datos, sino una postura epistemológica que busca comprender el sentido que los sujetos les otorgan a sus propias vivencias en un contexto particular. En este estudio, el análisis etnográfico se convierte en la herramienta de mirar lo mínimo y escuchar lo sutil, permitiendo de esta forma que la pasante descifre las dinámicas de la infancia, el jugo y las relaciones afectivas que se tejen.

Por ende, al articular esta mirada con la práctica, el análisis etnográfico se transforma en un acto de justicia pedagógica, al no analizar la realidad desde una distancia cómoda y neutral, sino desde la implicación total de haber puesto el cuerpo, la incertidumbre y la sensibilidad en el territorio, por lo que, el analizar etnográficamente esta experiencia es recoger los fragmentos de vida compartidos de los niños/as, los gestos de resistencia y las palabras pronunciadas en la intimidad del encuentro para demostrar que a pesar de enfrentar la adversidad más profunda, ellos siguen siendo sujetos creadores que le dan significado a su presente y defienden su derecho a jugar, imaginar y a ser niños/as.

- **Instrumentos de recolección**

En un proyecto de corte cualitativo y experiencial los instrumentos que se utilizan para recoger la información no pueden ser vistos como artefactos que buscan simplemente extraer datos. En el escenario de un aula hospitalaria resulta imposible entrar con procesos o pasos a seguir rígidos que condicionen el encuentro, por ello, los instrumentos en esta práctica no se diseñaron para capturar conductas ni para medir rendimientos, sino para utilizarlos como canales de hospitalidad al permitir registrar el paso del tiempo, el nacimiento de las palabras y la sutileza que algunos gestos afectivos emergentes, sin alterar el flujo natural de la infancia que enfrenta a la enfermedad.

- **Documentación pedagógica: Narrar el acontecimiento y sostener la memoria**

Documentar pedagógicamente en un entorno oncológico es un acto que va más allá de archivar dibujos, tomar fotografías o acumular evidencias para cumplir con un requisito institucional, en el aula hospitalaria, no se documenta para juzgar el nivel de desarrollo de un niño/a ni para evaluar si cumplió con un objetivo académico, pues se documenta con el objetivo de hacer visible lo que la enfermedad puede llegar a invisibilizar: la capacidad creadora de la infancia, la innovación de sus preguntas, la belleza de cada trazo y/o el valor que llega a tener cada silencio.

Asimismo, esta postura metodológica transforma la recolección de materiales en un acto de escucha sensible y atenta, donde la documentación no ocurre al final del proceso como un reporte frío porque late en el mismo instante en que la experiencia se presenta, al ser el registro perfecto que la pasante puede capturar al no congelar un dato estático, sino una narrativa viva que demuestra que el aula hospitalaria, ante todo, es un territorio donde se produce cultura, donde se piensa y donde la infancia se defiende con dignidad.

En este marco, este enfoque encuentra su raíz profunda en la tradición de la documentación pedagógica, una práctica profundamente humana que se inspira en la experiencia educativa de Reggio Emilia, desarrollada por Loris Malaguzzi a partir de 1945. Más que un recurso técnico, la documentación pedagógica es aquí una actitud: un acto de escucha profunda y de valoración de lo que los niños y niñas nos enseñan en su día a día, por ello, documentar es detenerse con respeto frente a una escena cotidiana, es mirar con ojos nuevos lo que ocurre en el aula y descubrir allí el saber, la emoción y la belleza que a menudo pasan desapercibidos.

Este vínculo con la pedagogía de Reggio Emilia se expresa en la convicción de que el niño es un ser lleno de posibilidades, con "cien lenguajes" para expresarse, como lo afirmaba Malaguzzi (1996). Pues nos invita a reconocer y a dar lugar a esas múltiples maneras que tienen los niños de relacionarse con el mundo: desde un dibujo, un abrazo, un juego compartido o una mirada cómplice. En este sentido, la documentación pedagógica en este proyecto no solo apoya el análisis investigativo, sino que se convierte en una herramienta de transformación pedagógica, porque permite reflexionar sobre lo vivido, compartirlo con otros y construir sentidos comunes.

Esta forma de documentar no busca acumular datos, sino crear una memoria pedagógica viva, una historia compartida que puede ser releída, reinterpretada y celebrada. Así, la documentación pedagógica también se convierte en una forma de resistencia: una manera de cuestionar el adultocentrismo, la prisa, la estandarización y todas aquellas lógicas escolares que tienden a silenciar la voz de los niños y niñas.

Además, la etnografía y la documentación pedagógica comparten una misma ética: el respeto por el otro, el reconocimiento de su singularidad y la convicción de que cada gesto, por pequeño que sea, tiene valor. Juntas, estas perspectivas nos permiten hacer visible lo invisible, mirar lo cotidiano como un lugar lleno de sentido y de potencia educativa. Gracias a esta sinergia

metodológica, hemos podido ver cómo los niños se descubren a sí mismos y descubren al otro, cómo construyen una ética del cuidado desde el juego, desde el afecto y desde el cuerpo.

- **Gráficas infantiles: El trazo como voz, territorio y testimonio de existencia**

Cuando un niño o niña toma un lápiz, un pincel o un trozo de tiza, no está simplemente realizando una actividad para pasar el tiempo o para distraerse de la rutina clínica, es por ello, que en un aula hospitalaria las gráficas infantiles, los dibujos, las líneas, las manchas de color y las formas que emergen sobre el papel constituyen un canal de comunicación primordial, una extensión de su subjetividad, porque el dibujo infantil no es un adorno, es la voz del niño/a cuando la palabra no alcanza para nombrar el miedo, el cansancio o la inmensa alegría de un día bueno.

Entonces, el analizar estas gráficas desde una metodología de la experiencia exige despojarse de aquella intención de juzgar el trazo desde la técnica o de interpretarlo desde una mirada que busca patologías o síntomas en el color, para adentrarse a una mirada situada desde la escucha estética donde cada dibujo es tratado como un texto, un testimonio vivo de cómo la infancia procesa y transita su realidad hospitalaria.

En el contexto de este proyecto, las experiencias subjetivas, los vínculos afectivos y la expresión emocional de los niños y niñas es de gran importancia, es por eso, que el dibujo infantil surge como una herramienta de enorme valor metodológico y epistemológico porque no es solo una forma de expresión artística, sino un camino legítimo y profundo hacia el conocimiento, a través del cual los niños y las niñas logran comunicar lo que sienten, piensan, imaginan y viven en un lenguaje que trasciende lo verbal.

Durante el transcurso de la pasantía, las gráficas infantiles entendidas como dibujos, representaciones plásticas, esquemas, collages o expresiones gráficas espontáneas fueron utilizadas como una herramienta metodológica que permite acceder a las formas en que los niños y niñas expresan y representan sus vivencias, emociones, vínculos y formas de habitar el mundo. Estas producciones no se trataron como simples ilustraciones, sino como lenguajes legítimos de la subjetividad, donde los niños y niñas iban plasmando su experiencia en el aula/fundación, lo que pensaban, sus vínculos afectivos, construyendo así una idea de sí mismos, de su cuerpo, sus emociones y sus relaciones con los otros.

Desde la teoría sociohistórica de Lev Vygotsky (1979), el dibujo infantil forma parte del desarrollo del pensamiento simbólico y se sitúa como un puente entre la experiencia vivida y la elaboración consciente de la misma. Según el autor, cuando un niño dibuja, reproduce no solo imágenes del mundo externo, sino que traduce sus vivencias a signos visuales, construyendo sentido y apropiándose del mundo a través de la representación. En este sentido, el lenguaje opera como un lenguaje alternativo, siendo útil en una investigación cualitativa centrada en la infancia donde muchas experiencias se encuentran inmersas en niveles emocionales.

Por otro lado, desde el enfoque del desarrollo artístico infantil, Lowenfeld y Brittain (1977) afirman que el dibujo en la infancia no es una reproducción objetiva de la realidad, sino una expresión emocional cargada profundamente de significados internos, cada trazo, cada elección de color, cada forma dibujada refleja un estado emocional, madurez afectiva y la experiencia subjetiva del niño/a. Afirmando la idea de Malchiodi (1998), al decir que las ideas pueden actuar como “ventanas al mundo interno del niño” permitiéndole comprender aquello que no siempre se puede expresar con palabras.

SENTIDOS DE LA EXPERIENCIA HOSPITALARIA: CATEGORÍAS EMERGENTES Y EL TEJIDO DE LOS HALLAZGOS

El transitar cotidiano por el aula hospitalaria, asumido no como un espacio de ejecución sino como un territorio de afectación mutua, permitió que el sentido de la práctica pedagógica emergiera y transitara de manera natural y relacional. Los hallazgos que se presentan a continuación no constituyen datos aislados y/o estáticos extraídos desde la distancia, todo lo contrario, son comprensiones vivas que nacieron del diálogo horizontal, del encuentro existente gracias a la conversación y escucha atenta de las gráficas y de cada una de las palabras de los niños/as.

Al ordenar estas vivencias bajo la metodología de la experiencia, emergieron una serie de categorías con función de ser ventanas analíticas de lo que allí se vivió y aprendió, estos ejes conceptuales permiten ver un territorio donde el dolor clínico es reemplazado por el juego, donde la conversación se volvió refugio y donde el rol de la pasante se reconstruye constantemente.

- **Dimensión social**
- **La triada del acompañamiento (Niño, Familia y Docente)**

Al adentrarnos en un contexto de aula hospitalaria emergió con gran fuerza que el acto pedagógico en el contexto oncológico nunca se dio de manera aislada entre la pasante y los niños/as, dado que, la enfermedad no solo lo afecta a él, sino que fractura de inmediato el entorno familiar, alterando la vida, el tiempo y las certezas que aquella madre empezó a tener con el pasar de los días y las noches al borde de una cama de hospital.

El aula hospitalaria operó como un escenario de co-presencia donde se configuró de forma espontánea una triada del acompañamiento, este vínculo perteneciente a tres partes

importantes que constituyeron una micro comunidad de cuidado dentro de una habitación o en un aula de clases, convirtiéndolo así en un refugio afectivo donde las palabras de una conversación y los silencios compartidos fueron sostenidos colectivamente para hacerle frente a la hostilidad que se vive por la rutina clínica.

En cada encuentro, cada parte de esta triada desempeñó un papel fundamental para que la experiencia de aprendizaje y juego tuviera lugar, por un lado, el niño/a habitando la fragilidad desde su cuerpo, convocaba el espacio del juego desde su deseo de ser infancia. Por su parte, la madre o cuidadora no figuraba como un agente pasivo, al contrario, se reflejaba como el soporte emocional primario que validaba la presencia tanto del niño/a como la de la maestra, al integrarse en el juego, en la lectura de un cuento, la madre no solo acompañaba a su hijo/a, sino que restauraba su propia subjetividad al transitar por un momento de su rol de cuidadora al de testigo de la risa de su hijo/a.

Entrando en detalle, en el contexto oncológico es indispensable no reducir al niño/a un diagnóstico ni mucho menos a un cuerpo debilitado, porque son mucho más que su enfermedad, por lo tanto, el mayor aprendizaje que dejó el encuentro con ellos/as fue el comprender que, a pesar del peso de la quimioterapia, de los mareos o las inyecciones, el deseo de ser infancia no se extingue, sino que prevalece en cada momento.

En el espacio del aula, el niño/a dejo de ser el sujeto pasivo sometido a la medicina para convertirse en el único creador de su propio mundo, el ver la paciencia con la que un pequeño utilizaba sus manos cansadas nos enseña que la infancia tiene ritmos sagrados que la prisa médica no logra borrar, porque esa fragilidad no es sinónimo de incapacidad sino una condición humana que al ser acogida es capaz de producir saberes profundos sobre la vida, el dolor y la alegría del instante.

Por su parte, el compartir con las familias, en su mayoría con las madres cuidadoras, transformó por completo la concepción que se tenía como acompañante al ver a la madre como un agente que no es externo del espacio, sino el soporte invisible y el tejido afectivo que hace posible que el niño/a se disponga a habitar el aula a pesar del cansancio que lleva consigo por las noches en vela o por contener su propio miedo para poder sostener a su hijo/a. Más allá de eso, el aprendizaje fundamental al compartir con cada una de ellas fue entender que es importante que la pedagogía hospitalaria también las cobije a ellas, donde el aula se transformó en un paréntesis de descanso para la madre, un espacio donde al ver que la maestra estaba ahí desde el amor y el respeto, ella podía bajar un poco la guardia porque más allá de cuidar al niño/a, se debe acoger validando su dolor, reconociendo que su presencia amorosa es la que le devuelve al niño la seguridad para seguir imaginando en medio de su tormenta.

En definitiva, el habitar la triada del acompañamiento en el aula hospitalaria permite comprender que la educación al mirarla no desde las presiones del rendimiento o el control escolar recupera su esencia al convertirse en un acto de amor, cuidado y hospitalidad mutua, el encuentro entre el niño/a, la familia y la maestra demuestra que el dolor y la enfermedad no se transitan en soledad, sino que se sostienen en comunidad.

- **Manejo de la frustración: Abrazar la incertidumbre y reconfigurar las expectativas**

En el transcurso de la experiencia, la frustración emergió en al aula hospitalaria no como un obstáculo metodológico, sino como una realidad inevitable con la que se tuvo que aprender a convivir y/o a dialogar, en el contexto oncológico la frustración se movió constantemente en dos direcciones, en primer lugar, habitando el niño/a cuyo cuerpo e infancia se ven interrumpidos de golpe por el dolor o por los tratamientos y en segundo, habitando en la maestra en formación

quien ingresa al hospital con las certezas de la academia y se topa con un territorio donde nada se puede controlar, por ello, analizar esta categoría implicó comprender que el aula hospitalaria exige de manera constante un ejercicio de desapego frente a las expectativas ideales para aprender a abrazar la realidad tal y como se nos presenta.

A su vez, el aprendizaje en torno a la frustración del niño/a transformo el sentido de la mediación pedagógica, al presentarse tardes donde el cansancio acumulado de la quimioterapia impedía realizar alguna actividad o de momentos de impotencia cuando algo no finalizaba como se esperaba, frente a este dolor, la labor de la maestra no fue la de imponer o de forzar la finalización de la tarea, sino la de validar el enojo y demás emociones que se presentarán en el momento porque en el transcurso se aprendió que el manejo de la frustración en el hospital pasan por el cuerpo y el afecto, al sostener la mano, cambiar el ritmo de la actividad, suspender el hacer para dar paso al ser y recordarle al niño/a que su valor no radica en el resultado sino en el haberlo intentado.

Por otro lado, la práctica sometió a la maestra a vivir un proceso de desaprendizaje y gestión de la frustración profesional, la universidad en su mayoría suele preparar a los docentes para aulas regulares donde la planeación es una ruta más “segura”, en cambio, el aula hospitalaria rompió con toda esa preparación al llegar con una propuesta pedagógica y encontrarse con la noticia de que el niño/a había sido hospitalizado, que se sentía muy mal por las quimioterapias o que simplemente habían vuelto a sus casas por unos días generaba un vacío donde la derrota y la incertidumbre por no saber manejar o trabajar en una situación en específico predominaban. Por consiguiente, el gran aprendizaje fue entender que la caída de la planeación no era un fracaso pedagógico, sino una invitación a sumergirse en la flexibilidad necesaria para adaptarla a lo que se presentará en el momento.

En conclusión, manejar la frustración en el aula hospitalaria, en el fondo fue comprender que el encuentro humano es sagrado porque no se puede programar, cuando llegaba la hora de retirarse no se miraba la cantidad de horas o de actividades realizadas sino en las palabras y sonrisas que quedaba en el aire, aprender a transitar el "no poder" tanto del niño/a como el propio nos despojó completamente de la prisa de la escuela tradicional y nos devolvió a lo que esencial, entender que a veces el acto pedagógico consiste simplemente en saber quedarse ahí, habitando cada quiebre del camino con los abrazos y el corazón abiertos.

- **Dimensión socioemocional: El sostén afectivo y el abrazo en el contexto clínico**

La dimensión socioemocional constituye uno de los pilares fundamentales del desarrollo humano, especialmente durante la primera infancia, etapa en la que se configuran las bases emocionales y relacionales que acompañarán al niño o niña a lo largo de su vida, del mismo modo los sujetos logran construir su identidad emocional y social, desarrollando habilidades para reconocer y expresar sus emociones, estableciendo vínculos afectivos significativos con los otros.

Los niños y niñas poseen grandes capacidades que les permiten expresar con sus propios lenguajes sus intereses, necesidades, reflexiones y/o preguntas sobre las experiencias que están viviendo. Esas experiencias no pueden separarse del contexto en el que se desenvuelven los niños y niñas, en medio de ellas, la familia, la escuela y el entorno comunitario deben ofrecer las condiciones necesarias para la construcción de relaciones seguras, basadas en el respeto, la empatía, la confianza y el reconocimiento mutuo.

En al aula hospitalaria, la dimensión socioemocional no se redujo a un listado de competencias por evaluar o a un taller que busca clasificar la alegría, el miedo o la tristeza, lo

socioemocional se reveló como la atmósfera que permitía o bloqueaba cualquier posibilidad de encuentro, porque cuando un niño/a ingresa al hospital sufre un alejamiento total de sus amigos, escuela y juegos cotidianos ocasionando que su mundo socioemocional se fracture al enfrentarse ante ese aislamiento e incertidumbre. Por ello, comprender esta categoría implicó reconocer que el aula hospitalaria antes de ser un espacio de contenidos es un refugio afectivo diseñado para guardar la subjetividad del niño/a y de su familia.

En suma, queda la certeza de que el corazón de la pedagogía hospitalaria es socioemocional, más aún, en un lugar donde lo médico se enfoca en sanar el cuerpo, mientras que la pedagogía se encarga de proteger el alma y el tejido que sostiene al niño/a. Sin embargo, habitar el afecto en estos espacios también significa estar dispuestos a mirar aquellas consecuencias que trae el aislamiento más los efectos secundarios que el diagnóstico y tratamiento también traen consigo, por lo que más allá de validar la vida emocional del niño/a y de su madre a través de las sonrisas o los momentos de juego, también es importante aprender a quedarse cuando la habitación se llena de silencios, miedos y lágrimas contenidas.

- **Habitar el silencio: El acompañamiento pedagógico de la ansiedad y la tristeza**

Entrar en este territorio me exigió comprender que el aula hospitalaria no es un escenario de felicidad obligatoria y que el sufrimiento tiene sus propios lenguajes; la ansiedad y la tristeza reflejada en algunas tardes en los cuerpos de los niños y niñas en ningún momento se convirtieron en patologías que buscan ser corregidas con dinámicas alegres, pues realmente son las respuestas más dignas, humanas y lógicas ante la fractura de la vida, y el entenderlas desde la pedagogía de la presencia me sometió a entender que aunque caminan juntas en el espacio cada una golpea de manera distinta el cuerpo y el alma de quien las vive.

Por un lado, la tristeza se manifestó como un toque silencioso, un cansancio en el fondo a causa del desarraigo que no era solo del dolor físico de la enfermedad sino del duelo que se vive día tras día por la pérdida de la escuela, el alejamiento de sus amigos y la rutina del hogar. En la fundación, la tristeza se vio reflejada en las anécdotas que compartieron los niños/as en medio de la clase, aquellas que contaban de aquel día en el que se enteraron de su enfermedad, de lo mucho que extrañan tener un día común en el colegio con sus amigos o del momento en el que se dieron cuenta de la pérdida de su cabello, cada palabra, lágrima o silencio era una muestra total de lo mucho que los afectaba pero también de lo fuertes que son al dejar ver una sonrisa en medio de ese dolor, sin embargo, no siempre se usó el lenguaje de las lágrimas, también se vio reflejada en la mirada fija en el techo, en el rechazo ante cualquier propuesta o en el silencio que mostraba de manera evidente que no querían ser molestados.

En cambio, la ansiedad energía de manera más agitada en la reacción defensiva del cuerpo y de la mente frente a aquella incertidumbre, no se quedaba guardada en los pensamientos sino que se hacía visible en los cuerpos de los niños/as en medio de los encuentros del aula de clase, en medio de su concentración en la pintura, en algún libro o en la creación de algún producto sobresalía el desespero de la próxima hospitalización, de los resultados de algún examen que les permitía conocer si estaban avanzando o no, además de los efectos causados por la medicación tan fuerte que le suministraban, los niños y niñas manifestaban aquella tensión a través de movimientos constantes de sus extremidades, en su hiperactividad o dificultad para concentrarse al entrar en la constante búsqueda de objetos a su alcance que les permitiera recuperar la calma, demostraron que la ansiedad en este contexto se sufre y se vive con toda la corporalidad.

Asimismo, la dimensión socioemocional en este espacio exige ampliar la mirada más allá del niño/a para detenerse en quien sostiene día y noche, las madres no son simples espectadoras

del tratamiento médico, donde la tristeza y la ansiedad toman diferentes formas debido al peso del cuidado absoluto y a la renuncia de sus propias vidas. En este caso, la tristeza en ellas se observó como un dolor contenido, un duelo silencioso que rara vez encontraba esa oportunidad para salir, porque ante la situación que atraviesa, la madre se impone la obligación de ser el pilar fuerte, la que no llora, la que dibuja una sonrisa falsa, sin embargo, ese cansancio termina por desbordarse en la intimidad del aula, en la mirada perdida, en el suspiro o en el llanto que finalmente salía cuando se sentían en un lugar seguro que les permitía hablar de sí mismas, por su parte, la ansiedad se instaló en sus cuerpos como una tensión causada por el desespero ante la incertidumbre médica y la pérdida de control sobre la vida, las madres habitan una alerta perpetua, sus miedos están anclados al reloj, a la espera del próximo examen, al temor de una recaída o a la angustia económica que implica el abandono de sus trabajos para vivir en un hospital.

- **La dimensión estética: Habitar el cuerpo que crea**

La dimensión estética es la capacidad de sentir, percibir, conmoverse y darle un sentido al mundo a través de las formas, los colores, los sonidos, las texturas y la creación, pues más allá de reducirse a la apreciación de lo considerado “bello” o a la enseñanza de técnicas artísticas, la estética en la educación es una forma de conocimiento sensible por la cual el sujeto habita su cuerpo, expresa su mundo interno, toma decisiones de manera autónoma y transforma su experiencia en un lenguaje propio.

Centrándonos en la experiencia, la dimensión estética se muestra como una postura ética frente al entorno hospitalario donde la rutina médica tiende a reducir la corporalidad del niño/a a un conjunto de indicaciones y/o esquemas de medicación. Por ello, en este escenario es importante crear espacios donde los niños/as y sus madres recuperen la capacidad de sentir

placer, explorar y habitarse a sí mismos, recordando que más allá de ser un paciente o cuidadora son sujetos sensibles.

- **La geografía de la vivencia: Los tres entornos (Hospital, fundación y vivienda)**

El tránsito por la enfermedad no ocurre en un solo lugar, sino que encarna en cada uno de los espacios que el niño/a habita, en la experiencia de la infancia hospitalizada la cotidianidad se fragmentó en tres escenarios con sensaciones y significados opuestos: el hospital, la fundación y la vivienda. Comprender estos tres entornos implicó reconocer que cada uno moldea la corporalidad, la emocionalidad y la identidad del niño/a, configurando una geografía afectiva donde se alternan el encierro, la transición social y el refugio del hogar.

- **El hospital: El espacio de la intervención y el desarraigo**

El entorno clínico por definición es un territorio despersonalizado dominado por la lógica de la efectividad médica y el control institucional, donde el niño/a al ser ingresado experimenta una ruptura con su principio de autonomía y cotidianidad pues su cuerpo deja de pertenecerle en términos de privacidad y ritmo para convertirse en un objeto que pasa a ser medido, intervenido y monitoreado por horarios; en este espacio, el impacto emocional se manifiesta en el rechazo, la ansiedad y la sensación de pérdida de control al sentir que cada día es igual que al anterior en el encierro de las mismas cuatro paredes, siendo aquella habitación la misma que amenaza con borrar la condición de niño/a para imponer la de “paciente”.

- **La fundación: El territorio de transición y encuentro comunitario**

La fundación emerge como un espacio intermedio, un puente entre la severidad de la clínica y la calidez del hogar, un lugar que acoge a las familias que han tenido que desplazarse ya sea desde zonas rurales o municipios lejanos para lograr acceder a los tratamientos ofrecidos en la ciudad.

A diferencia del aislamiento de las habitaciones individuales del hospital, la fundación restablece la dinámica comunitaria y colectiva porque para el niño/a el habitarla significa salir de la sensación del encierro para reencontrarse con la mirada del otro, pues es ahí donde descubre que no está solo en su dolor, que aquellas personas con las que se encuentran cotidianamente en el comedor o en la sala de juegos son más que compañeros de cuarto, son aquellos amigos con los que se juega, se habla y se comparte dejando de lado aunque sea por un momento aquella enfermedad que transitan juntos.

Por su lado, para las madres cuidadoras este espacio representa aquella posibilidad de salir del aislamiento de la habitación clínica, donde en espacios como la cocina compartida o en las zonas comunes se tejen redes de apoyo y conexión afectiva al intercambiar saberes, compartir alimento o en dado caso sostenerse en el llanto.

- **La vivienda: El refugio, la memoria y la nostalgia del origen**

El hogar no es simplemente una estructura o un techo, es el centro de gravedad afectivo donde se constituyen los primeros significados del mundo para el niño/a, es en este lugar donde se encuentran sus objetos más preciados, su comida favorita, sus mascotas, el calor de su cama, sus hermanos y las dinámicas cotidianas de su comunidad.

La distancia física con la vivienda genera en el niño/a una vivencia de duelo de la normalidad perdida, esa añoranza se hace visible en la fragilidad emocional que aparece antes o después de alguna visita familiar o cuando algún recuerdo llega a su cabeza de manera

espontánea, por ello, lo importante de traer la memoria del hogar al aula hospitalaria o a la fundación permite actualizar y fortalecer la identidad del niño/a, recordándole que su historia no comenzó en la sala de oncología ni termina en ella.

En conclusión, moverse dialécticamente entre el hospital, la fundación y la vivienda demuestra que la salud y el desarrollo del niño/a están ligados a las cualidades del territorio que habita, por ende, el comprender el impacto de estos tres entornos permitió que la práctica pedagógica no fuera ciega a la espacialidad, al trabajar conscientemente para humanizar la clínica, potenciar la vida comunitaria en la fundación y mantener viva el significado del hogar en el corazón del niño/a, garantizando que su condición de sujeto de derecho no quedarán atrapados en las cuatro paredes de un diagnóstico médico.

- **El tiempo: La vivencia temporal de la infancia frente al diagnóstico**

El tiempo en la experiencia de la infancia hospitalizada no se mide con el tic tac uniforme de un reloj, frente al diagnóstico de cáncer la temporalidad lineal y predecible de la infancia marcada por el colegio, los juegos y demás, sufre una ruptura abrupta donde el tiempo se convierte en un territorio fragmentado y alterado por la lógica de un hospital.

Al ingresar al hospital, el niño/a es despojado de su ritmo biológico para quedar sometido al tiempo clínico, la cual no responde a sus deseos ni necesidades de juego, sino a la rigidez de los protocolos médicos como las quimioterapias o las rondas de especialistas, en este marco, se presenta una de las formas más desgastantes de la temporalidad, la espera, donde el niño/a espera el resultado de un examen, la respuesta después de una junta médica o la espera del turno en alguna sala. Para el niño/a, el tiempo está ligado al movimiento y a la exploración, mientras que en la cama de un hospital el tiempo en espera se experimenta como una eternidad inmóvil.

Ahora bien, frente a las largas semanas de aislamiento en la habitación, el niño/a experimenta la percepción de un tiempo suspendido, mientras en el mundo todo sigue su curso, sus compañeros avanzando en el colegio, sus amigos jugando en el parque, la vida del niño/a en el hospital parece congelada en una pausa forzada, por ello, el niño/a va aprendiendo día con día que hacer planes a largo plazo puede ser frágil, porque una fiebre o una baja en las plaquetas puede cancelar la salida o extender la estancia por semanas.

En conclusión, comprender cómo transcurre el tiempo para los niños/as con cáncer permitió a la práctica pedagógica actuar con delicadeza, aprendiendo a no tener prisa, a no imponer ritmos académicos rígidos, respetando los días en que el cansancio exigía un tiempo de calma y silencio, al final, el aula hospitalaria demostró que la educación en la clínica no busca llenar el tiempo vacante, sino dignificar el tiempo presente garantizando que cada día en el hospital no sea un día perdido en la vida del niño/a, sino un tiempo habitado con sentido, juego y afecto.

- **El cuerpo como territorio de cambio**

El cuerpo del niño/a con diagnóstico oncológico es el espacio donde la enfermedad se hace más visible, el cuerpo en el hospital se convierte en un mapa de transformaciones rápidas, profundas y dolorosas causadas por el tratamiento de quimioterapia y las intervenciones quirúrgicas como la caída del cabello, la pérdida o el aumento de peso, la palidez en la piel, las cicatrices por intervenciones y los catéteres al descubierto.

Por lo tanto, para un niño/a habitar un cuerpo en transformación constante implica atravesar un profundo duelo por la imagen que conocía de sí mismo por lo que la caída de las pestañas, de las cejas y el cabello no es un cambio estético, es la pérdida de un rasgo identitario fundamental que lo conectaba con su imagen. A este cambio, se suma el peso de la mirada

externa, la mirada médica que examina, la mirada llena de angustia de los padres y fuera del hospital la mirada de extrañeza o lastima del espectador común.

Durante las propuestas pedagógicas en el aula hospitalaria, este impacto se hacía evidente en la timidez con la que algunos niños/as buscaban cubrirse con gorros, pañuelos o cobijas, en la resistencia inicial a mirarse a un espejo o a conocer a alguien nuevo pues para algunos de ellos su físico se ha convertido en un objeto de observación.

Para concluir, abordar el cuerpo como territorio de cambio permitió entender que la pedagogía hospitalaria no puede trabajar solo con la mente o con los conocimientos del niño/a; la práctica educativa ofreció una mirada que no juzgó la alteración física, sino que la acogió con ternura porque acompañar estos cambios nos enseña que el cuerpo del niño/a en oncología no es un cuerpo roto, sino un territorio de resiliencia que se transforma para defender la vida.

- **Dimensión pedagógica y curricular: Del diseño rígido a la flexibilización**

- **Flexibilidad curricular**

En la escuela tradicional, el currículo suele operar bajo el rendimiento, la continuidad lineal y metas estandarizadas, sin embargo, al cruzar la puerta del hospital esta concepción tradicional se ve inviable porque en el entorno clínico, la flexibilidad curricular deja de ser solo una adaptación técnica o una reducción de contenidos para convertirse en una postura ética y pedagógica fundamental que busca moldear la propuesta educativa a la realidad cambiante, incierta y singular del cuerpo y de la mente del niño//a.

Al ingresar en un aula hospitalaria, es importante tener una lectura sensible del contexto pues la premisa de la flexibilidad curricular es la primacía de la corporalidad sobre el contenido, por ello, cada jornada pedagógica exige una lectura atenta del estado físico y anímico del niño/a,

por si llegan a presentarse náuseas, fatiga acumulada, dolor o somnolencia que pueden determinar de manera inmediata las posibilidades de un encuentro. En este escenario, la maestra se somete a una toma de decisiones en tiempo real por si la propuesta contemplada para el día no suele ser la más apta para los niños/as, el currículo no se debe suspender sino transformar, desplazando la meta a lenguajes más amables y menos demandantes porque el flexibilizar no es renunciar a la educación, sino encontrar la vía justa para que el acto educativo sea viable y sanador en las condiciones reales del niño/a.

Por otra parte, el currículo flexible negocia con el estudiante, se le ofrece el poder de elegir al darle la opción de decidir de si quiere trabajar hoy o más tarde, seleccionar los materiales que desea explorar, definir el tema o detener la actividad cuando su cuerpo lo requiera, en consecuencia, al otorgarle nuevamente al niño/a el control sobre su propio proceso de aprendizaje gracias a la flexibilidad curricular se le devuelve la agencia a quien ha sido colocado en el rol pasivo de paciente, reafirmando así su condición de ser un sujeto capaz de pensar, decidir y crear.

- **Tensiones observadas**

La práctica pedagógica en el entorno hospitalario no transcurre en un escenario ideal, más allá de las dinámicas de cuidado, resiliencia y expresión, la observación y escucha atenta permitió encontrar ciertas tensiones que atraviesan la cotidianidad de los niños/as, las familias y las instituciones. Sin embargo, reconocer estas tensiones no implica juzgar a los sujetos sino comprender las estrategias y dinámicas socioafectivas que emergen cuando la vida se ve acorralada por la enfermedad crítica.

- **El uso instrumental de la enfermedad a beneficio propio**

Uno de los hallazgos más complejos y reveladores de la observación fue el uso de la condición de enfermedad a beneficio propio por parte de algunos niño/as que se encontraban en la fundación, seguramente con el objetivo de alguna ganancia o beneficio secundario de la enfermedad de carácter afectivo, material, relacional o económico que el niño/a pueda obtener ya sea de manera consciente o inconsciente como consecuencia de su enfermedad, afirmando lo mencionado por la psicología de la salud y los aportes de Sigmund Freud (1926/1992) sobre la ganancia secundaria del síntoma, donde se comprende que el sufrimiento corporal puede convertirse en un refugio inconsciente para obtener afecto, evitar conflictos o asegurar la atención que en condiciones de "normalidad" no se recibiría.

En el caso de los niños, el diagnóstico de cáncer altera en algunas ocasiones las jerarquías de poder habituales en la familia, el niño/a al percibir la sobreprotección de los adultos aprendieron a instrumentalizar su estado de salud para negociar límites, evadir responsabilidades o conseguir beneficios inmediatos, por lo que, el llanto, el dolor o la manipulación del malestar físico se convirtieron en herramientas eficaces para imponer caprichos, rechazar normas o exigir recompensas materiales constantes.

En consecuencia, emergió una contradicción constante entre el deseo de las madres de complacer incondicionalmente cada demanda de su hijo/a y la intención pedagógica de establecer límites, rutinas y normas de convivencia; para la madre negarle algo al niño/a se puede experimentar como un acto de crueldad o desamor, mientras que para la maestra la ausencia de límites debilita la autonomía del niño y entorpece su desarrollo integral.

- **Flexibilizar ¿Hasta qué punto?**

La flexibilización curricular en el contexto de oncología como se ha mencionado es una condición indispensable a la hora de interactuar con la fragilidad de un cuerpo intervenido, sin embargo, en la práctica cotidiana del aula hospitalaria emergió la siguiente pregunta: ¿Hasta qué punto es adecuado flexibilizar la propuesta educativa para que no llegue a ser una consecuencia para el niño/a en un futuro?

Por ende, llevar la flexibilidad al extremo de la permisividad o de la eliminación de gran parte de la exigencia puede provocar un riesgo que genere consecuencias para el niño/a al momento de integrarse nuevamente a la escuela tradicional, un lugar donde probablemente no goce de los mismos privilegios que sí disfrutaba en el aula hospitalaria. En ese caso, el flexibilizar no significa vaciar de contenido la educación ni mucho menos que la maestra renuncie a su función mediadora, significa encontrar el punto de equilibrio entre la comprensión de la vulnerabilidad y la preservación de la dignidad intelectual del niño/a.

En un entorno sin estructura como la de un hospital, donde el niño/ha perdido sus rutinas o sus horarios habituales, la presencia de límites claros y expectativas actúa como un factor importante de estabilidad emocional, el niño/a en tratamiento no necesita de una maestra que le permita todo, sino una figura que le devuelva un poco aquella sensación de normalidad a través del encuadre pedagógico.

Asimismo, es importante mencionar que la flexibilización sin límites puede llegar a ser instrumentalizada por el niño/a para evadir cualquier tipo de norma o esfuerzo, es por eso, que la maestra debe ejercitar cada día su lectura sensible y crítica sobre el niño/a para conocer exactamente hasta qué punto flexibilizar y diferenciar cuando el rechazo a una propuesta es por malestar físico o un mecanismo de manipulación consciente.

- **Reflexión crítica**

Cerrar el capítulo de hallazgos exige tomar una distancia de la rigidez de lo metodológico y la descripción conceptual para dar paso a una reflexión crítica y honesta sobre la experiencia vivida en la fundación, una práctica pedagógica que rebasó fronteras al sacudir y reconfigurar mi identidad como maestra en formación al ingresar al entorno hospitalario con esquemas de la escuela tradicional, estructurada bajo el control, rendimiento y linealidad para confrontarme con una realidad donde existe fragilidad corporal y la incertidumbre existencial de la infancia con diagnóstico oncológico, me llevó a una reflexión absoluta de mi quehacer y de mi postura frente al acto de educar.

Esta mirada crítica sobre la experiencia se sustenta en la teoría de la práctica reflexiva de Donald Schön (1992), quien propone que el conocimiento profesional no es un conjunto de reglas, sino un proceso de reflexión en la acción y sobre la acción, porque más allá de ser maestra nos convertimos en investigadores en el aula, capaces de reestructurar estrategias al enfrentarnos a situaciones de incertidumbre, singularidad y conflicto de valores.

- **Transformación de la mirada: La metamorfosis epistemológica y la configuración del ser docente en el territorio clínico**

Habitar pedagógicamente el aula hospitalaria con niños/as en tratamiento oncológico no significó la simple ejecución de una práctica institucional, constituyó una ruptura que causó un giro en mi mirada como educadora; ingresar al territorio clínico con todos los esquemas de la escuela tradicional que opera bajo la homogeneidad, me provocó una crisis inmediata al enfrentarse al dolor, al aislamiento y la incertidumbre de aquellos niños/as con los que interactúe.

En primer lugar, el gran giro metodológico y existencial de esta práctica se encamina al derrumbe del ideal escolar ordinario, la formación docente inicial suele preparar al maestro para

habitar ciertos espacios como un aula regular con tableros, tiempos y un grupo de estudiantes en específico, sin embargo, el tener la oportunidad de llegar a la fundación significó comprender que el territorio educativo puede existir en diferentes espacios, que el valor de la maestra no radica en su capacidad de hacer cumplir sino de su destreza para leer el instante causando en mí un cambio en los ideales que tenía de mis certezas pedagógicas, donde la planeación lineal se transformó en una sensibilidad situacional que no buscaba el cumplimiento del contenido curricular, sino ofrecerle al niño/a un refugio en el que recupere su soberanía y autonomía que la dinámica médica le ha podido arrebatar.

Asimismo, una de las tensiones más complejas de gestionar a nivel personal fue la confrontación diaria con el dolor de los niños/as y sus madres, el aula hospitalaria es un territorio donde la muerte, el deterioro físico y la angustia familiar no son posibilidades que se encuentren alejadas, en mis primeros días de práctica el dolor del otro en varias ocasiones llegó a desbordar mi propia estabilidad emocional, cayendo así en el riesgo del actuar por compasión y/o pesar que podría llegar a anular el sentido educativo.

Por ello, es imposible separar el desarrollo cognitivo del bienestar emocional, el niño/a que enfrenta el aislamiento, el dolor físico y la amenaza latente de la muerte experimenta una fractura de su subjetividad, es aquí donde la pedagogía hospitalaria entra a coadyuvar a la restauración del equilibrio emocional del estudiante porque cuando la maestra valida el miedo, mitiga la angustia del encierro y ofrece un espacio seguro construye un espacio firme donde el niño/a puede volver a pensar, crear y aprender al tener siempre presente que la estabilidad emocional es un prerrequisito del aprendizaje.

Este proceso de reflexión crítica me permitió comprender que humanizar la educación en la clínica o en el aula hospitalaria no significa llorar junto al niño/a ni asumir el rol de salvadora, significa sostener una postura de firmeza amorosa donde se es el adulto fuerte, estable y alegre

que el niño/a necesita para conectarse con la vida, manteniendo así el lazo pedagógico como un territorio de normalidad y dignidad en medio de esa tormenta.

De igual forma, la experiencia en la fundación me permitió analizar de manera crítica el papel de las organizaciones en el panorama educativo actual, la fundación no operaba bajo las lógicas del sistema escolar público ni bajo las restricciones tan estrictas del sistema de salud, constituyéndose como un territorio intermedio de resistencia y cuidado que me enseñó que la pedagogía es, ante todo, una trinchera desde la cual se defienden los derechos de las infancias más vulnerables, garantizando que el hospital no sea una pausa en la vida del niño/a sino un espacio de existencia plena.

En conclusión, la transformación de mi mirada sobre la experiencia en la fundación representa totalmente el tejido de mi transformación profesional y humana, dejando atrás a la estudiante que buscaba cumplir una planeación para dar paso a una maestra movida por el amor y la lectura del instante, consciente de que educar en la fragilidad es un acto profundo de responsabilidad donde la pedagogía no salva vidas, pero si salva la condición humana del olvido. Al final, esta práctica me demostró que enseñar en un aula hospitalaria es la prueba de que, en los contextos complejos, la educación siempre puede ser un horizonte de canto a la vida y una posibilidad de futuro.

- **Conclusiones y propuestas**

Haber habitado el aula hospitalaria en la fundación me enseñó de una forma en la que ningún libro podría hacerlo, en el hospital el dolor físico y emocional fragmenta la realidad de los niños/as, sus rutinas desaparecen y su autonomía se suspende, por eso, tras cada jornada de práctica junto a ellos, me hizo evidente la certeza de que la primera tarea de una maestra

hospitalaria no es evaluar saberes, sino ayudar al niño/a a recuperar su estabilidad emocional y su seguridad.

Cada página de este documento no son sólo el análisis de una experiencia pedagógica, son el reflejo de rostros, nombres, risas y momentos difíciles compartidos con los niños/as y sus madres, el ser testigo de cómo la enfermedad impacta la subjetividad de la infancia me demostró que el afecto, la escucha y el juego no son herramientas secundarias de distracción, sino el soporte que sostiene al niño/a en medio de la tormenta.

Desde esta convicción, nace la propuesta “El eco de mi voz” que despliego a continuación, donde no pretendo presentar un listado de recomendaciones académicas, sino una ruta de acción sentida y humana para trabajar la salud socioafectiva de los niños en aulas hospitalarias, las ideas presentadas buscan ser un puente para que el espacio educativo siga siendo un refugio de calma, un territorio donde el niño/a recuerde que es capaz y que puede seguir soñando con el mañana.

Tabla 2

Propuesta Metodológica: Ruta de acompañamiento educativo y socioafectivo en el aula hospitalaria.

Bloque I	**Pregunta Orientadora**	**Intención pedagógica**	**Mediación**
Dimensión corporal y el entorno próximo - Autoconocimiento	Este es mi cuerpo ¿Cómo reconocer y habito mi cuerpo?	Permitir al niño/a reapropiarse de su esquema corporal a través del juego, resignificando un cuerpo que constantemente es intervenido.	El estudiante realiza un autorretrato sobre una lámina de cartón o material rígido, utilizando lápices y colores. Una vez finalizado el dibujo, se dividirá la lámina en 6 u 8 piezas para luego ser recortadas. Esta acción de “reconstrucción física”

			simboliza el control, la resiliencia y la aceptación de su corporalidad actual.
	Mi familia ¿Por qué es importante mi familia? ¿Quiénes la conforman?	Fortalecer el tejido vincular y los referentes de seguridad afectiva del niño/a durante su periodo actual.	Se construirá un marco tridimensional utilizando palitos de paleta formando un marco con pestañas de cartulina que simularán una puerta o un cajón, luego en una hoja el niño/a dibujara a los miembros de su familia para luego recortarlos y pegarlos en tapas de botella para luego guardarlos en el cajón convirtiéndose así en un refugio familiar de manera simbólica.
	Mi casa o mi lugar ¿Cuántas casas tengo? ¿En cuál me gusta estar?	Explorar el sentido de pertenencia y la relación entre el hogar de origen, el hospital y la fundación validando la nostalgia y el arraigo.	El niño/a dibujara su hogar o lugar seguro sobre una cartulina utilizando la técnica de pintura con textura que se obtiene al mezclar pintura acrílica con colbón y pedacitos de papel absorbente. El niño/a utilizará sus manos para decorar su pintura generando texturas con relieves y volumen.
Bloque II	**Pregunta Orientadora**	**Intención pedagógica**	**Mediación**
La expresión emocional y el mundo relacional - Validación del sentir	Lo que más me gusta ¿Qué activa mi alegría y mis zonas de interés?	Conectar al estudiante con sus motivaciones vitales, potenciando las emociones positivas en el entorno hospitalario.	El niño/a pensara en aquel objeto que represente su mayor fuente de felicidad y lo dibujara en un cartón, luego la silueta deberá ser recortada formando líneas alrededor de ella para luego utilizar la técnica de bordado con la ayuda de un palito que simulara una aguja para

			si lograr rellenar la figura con lana de manera libre.
	Lo que no me gusta ¿Qué me genera rechazo, incomodidad o temor?	Validar la frustración y el descontento al darle lugar físico a lo negativo.	Sobre una hoja, el niño/a dibujara aquellos objetos o situaciones que le desagradan para luego utilizar lana que trenzara, enredara para cubrir por completo las zonas de cada uno de los dibujos realizados.
	Cuando me siento feliz/ triste / enojado ¿Cómo transitan las emociones por mi cuerpo y cómo las gestiono?	Alfabetización y autorregulación emocional ante los ritmos del tratamiento.	En una cartulina el niño/a colocara gotas de pintura acrílica diluida con agua para luego soplar sobre cada una de ellas con un pitillo con diferentes niveles de intensidad para direccionar de manera libre cada una de las manchas creando diferentes formas. Una vez seca la pintura, el niño/a recortará de manera libre la cartulina en diferentes fragmentos, después moldearán sus ojos, bocas y extremidades con diferentes materiales dotando a cada emoción de una anatomía física que puede ser observada y nombrada.
	Mis amigos ¿Por qué son importantes mis amigos?	Mitigar la sensación de aislamiento social causado por el tratamiento clínico.	En el centro de una hoja de papel se dibujará un gran corazón, a su alrededor el niño/a dibujará a los amigos que considere más importantes en su vida decorándolos con puntillismo utilizando marcadores o pintura. Una vez terminado, el niño/a enrollara tiras de papel de colores sobre un eje o en sus

			dedos para formas espirales, círculos y gotas para rellenar el corazón.
Bloque III	**Pregunta Orientadora**	**Intención pedagógica**	**Mediación**
La proyección subjetiva e identidad - La voz propia y el futuro	Algo que me hace especial ¿Cuál es mi mayor fortaleza o singularidad?	Elevar el autoconcepto y la autoestima desplazando la mirada del niño enfermo hacia el niño con talentos únicos.	La docente dibujara o ayudará a estructurar el tronco de un árbol en una hoja, se utilizará la técnica de la dactilopintura donde el niño/a utilizará sus dedos para pintar sobre las ramas del árbol donde cada una de sus huellas representara una cualidad, un talento o un rasgo que lo hace único.
	Mi historia ¿Que quiero contar sobre mí en este momento de mi vida?	Fomentar la narrativa autobiográfica como herramienta de resiliencia donde el niño asumirá el rol de narrador de su propia vida.	El niño/a elegirá su animal favorito y elaborará una silueta en papel, detrás de la figura el niño/a escribirá un relato libre sobre su experiencia, sobre su historia o de cualquier cosa que en ese momento quiera compartir.
	Así seré cuando crezca ¿Qué quiero ser cuando crezca? ¿Qué quiero hacer en el futuro?	Instalar un horizonte de futuro y esperanza como una declaración de resistencia y victoria sobre la enfermedad.	En una hoja de papel se dibujará una nube que será rellenada por algodón para darle textura y volumen, de ella se pegaran de manera vertical hilos delgados y gotas de lluvia recortadas en cartulinas de colores, en cada una de las gotas el niño/a escribirá o dibujara sus mayores anhelos, profesión deseada y planes a futuro.
	Qué te gustaría decir…	Promover el cierre del ciclo y el ejercicio de la voz propia del niño/a al resignificar	El estudiante diseñará un fanzine con una hoja de papel que se doblará en 8 secciones mediante pliegues

	¿Cuál es el mensaje final que quiero dejar?	su paso por la enfermedad elaborando un mensaje final para sí mismo o para su entorno.	específicos para crear páginas internas utilizando diferentes materiales para condensar su mensaje final. Como última acción, se recolectará cada uno de los trabajos con el objetivo de crear un libro que decoraran de manera libre.

Nota. La secuencia propuesta organiza los 11 talleres en tres bloques de progresión psicoemocional (Autoconocimiento, Validación del Sentir y Proyección de Futuro). Las mediaciones plásticas y las intenciones pedagógicas están diseñadas para adaptarse flexiblemente a la condición física y el estado anímico del estudiante en el entorno de la fundación.

REFERENCIAS

- Anguera, M.T. (1990). Metodología observacional. Silla.
- Bisquerra, R. (2017). *Política y emoción*. Comercial Grupo ANAYA, S.A.
- Bisquerra, R, et al. (2011) Educación emocional: propuestas para educadores y familia. Editorial Desclée de Brouwer, S.A.
- Buber, M. (2001). Yo y tú. Ediciones Sígueme.
- Cánovas, G. (2018). La ética del escuchar en los contextos de vulnerabilidad y salud. Ediciones Cátedra Biosocial.
- Corsaro, W. (1997). La sociología de la infancia. Prensa de forja de pino.
- De Zubiría Samper, J. (2006). Los modelos pedagógicos: Hacia una pedagogía dialogante. Cooperativa Editorial Magisterio.
- *Freire, P. (1970). Pedagogía del oprimido. Editorial Siglo XXI.*
- Freud, S. (1926/1992). Inhibición, síntoma y angustia. Amorrortu Editores.
- *Fundación Pequeños Valientes*. (s. f.). Fundación Pequeños Valientes. https://pequenosvalientes.org/
- *Flick, U. (2007). Introducción a la investigación cualitativa. Ediciones Morata.*
- Gilligan, C. (2013). La ética del cuidado. Editorial Fundación Víctor Grífols i Lucas.
- Gomes Da Costa, A. C. (1991). *Pedagogía de la presencia: Introducción al trabajo socioeducativo junto a adolescentes en dificultades*. Editorial Losada, S.A.
- *Gomes da Costa, A. C. (1995). Pedagogía de la presencia: Notas sobre la acción educadora. Editorial Losada.*
- Guber, R. (2011). Etnografía: método, campo y reflexividad. Editorial Siglo XXI.

- Larrosa, J. (2002). *Notas sobre la experiencia y el saber de experiencia*. Revista Brasileira de Educação.
- La etnografía en doble registro. Reseña de: Rockwell, E. (2009). La experiencia etnográfica: historia y cultura en los procesos educativos. Buenos Aires: Paidós
- *Lowenfeld, V., & Brittain, W. L. (1977). El desarrollo de la capacidad creadora. Trillas.*
- *Maturana, H. (1997). Biología del amor. Editorial Universitaria.*
- *Malaguzzi, L. (1996). Los cien lenguajes de los niños. Reggio Children / Editorial Morata.*
- *Malchiodi, C. A. (1998). Entendiendo los dibujos de los niños. Prensa de Guilford.*
- Molina Garuz, M. C. (2005). Pedagogía hospitalaria: Glosario de términos. Edición Universidad de Barcelona.
- Noddings, N. (2002). Educating moral people: A caring alternative to character education [Educar personas morales: Una alternativa de cuidado a la educación del carácter]. Teachers College Press
- Palacios Machado, L, Hinestroza Perea, M, Candamil Bernal, R y Ortiz Ospina, L. (2022). Cartilla de formación y desarrollo curricular del Programa Aulas Hospitalarias en el marco de las Estrategias Educativas Flexibles (EEF). Secretaría de Educación del Distrito - SED.
- Rockwell, E. (2009). La escuela cotidiana: un estudio sobre la construcción del conocimiento. Fondo de Cultura Económica.
- *Schön, D. A. (1992). La formación de profesionales reflexivos: Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones. Paidós.*
- *Skliar, C. (2002). Alteridades y pedagogías. O... ¿Y si el otro no estuviera ahí? Educação & Realidade.*

- Skliar, C., y Larrosa, J. (2011). Experiencia y alteridad en educación. Homo Sapiens Ediciones.
- Skliar, C. (2016). Pedagogía de la fragilidad: Educar y apasionarse por las vidas singulares [Conferencia]. 25.ª Jornadas Internacionales de Educación, Buenos Aires, Argentina.
- Taylor, SJ y Bogdan, R. (1992). Introducción a los métodos de investigación cualitativa. PAIDOS
- Van Manen, M. (1998). *El tacto en la enseñanza: El significado de la sensibilidad pedagógica*. Paidós.
- *Valles, M. S. (1997). Técnicas cualitativas de investigación social. Síntesis.*
- Vasilachis de Gialdino, I. (Coord.). (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Gedisa.
- *Vygotsky, L. S. (1979). El desarrollo de los procesos psicológicos superiores. Editorial Crítica.*