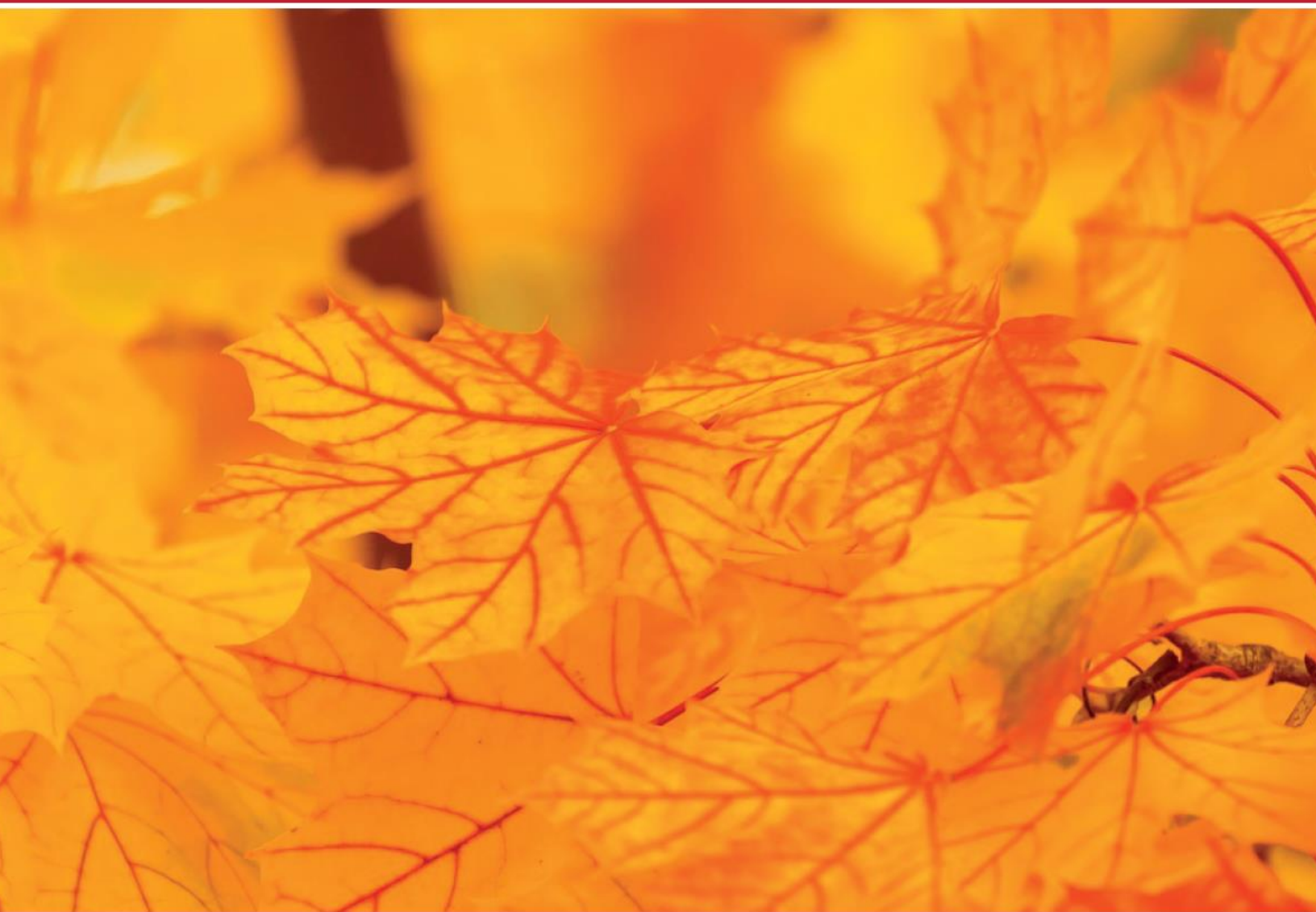




Tendencias sobre Investigación en Pedagogía Hospitalaria: problemas analítico-metodológicos

Aldo Ocampo González (Comp.).



Sello editorial
Producción de otros mundos

Datos de catalogación bibliográfica

Aldo Ocampo González (Comp.).

Tendencias sobre investigación en Pedagogía Hospitalaria: problemas analítico-metodológicos

© Ediciones CELEI.

© Centro de Estudios Latinoamericanos de Educación Inclusiva | CELEI | Chile.

ISBN: 978-956-386-047-4

CC 4.0 Internacional-Reconocimiento-No Comercial-Compartir Igual.

Materia: epistemología; teoría educativa contemporánea; pedagogía hospitalaria; educación inclusiva; antropología social y cultural; descolonialidad; psicología del desarrollo; psicoanálisis; psicopedagogía clínica; interdisciplinariedad; estudios críticos sociales; pedagogía social; etc.

Páginas: 225.



ENERO, 2022 (Primera Edición)

Aldo Ocampo González (Coord.).

Tendencias sobre investigación en Pedagogía Hospitalaria: problemas analítico-metodológicos

ISBN: 978-956-386-047-4

© **Editor:** Centro de Estudios Latinoamericanos de Educación Inclusiva | CELEI | Chile

© **Edita y publica:** Ediciones CELEI | Centro de Estudios Latinoamericanos de Educación Inclusiva | CELEI | Chile

Ciudad: Santiago de Chile

Diseño: Centro de Estudios Latinoamericanos de Educación Inclusiva | CELEI

Composición: Centro de Estudios Latinoamericanos de Educación Inclusiva | CELEI | Chile

Contacto: celei@celei.cl – ediciones@celei.cl



**Esta obra podrá ser distribuida y utilizada libremente en medios físicos y/o digitales. Su utilización para cualquier tipo de uso comercial queda estrictamente prohibida. Ediciones CELEI podrá iniciar acciones legales en contra de las personas que no respeten esta disposición, CC 4.0: Internacional-Reconocimiento-No Comercial Compartir igual.

Publicación arbitrada internacionalmente por pares académicos.

TENDENCIAS SOBRE INVESTIGACIÓN EN PEDAGOGÍA HOSPITALARIA: PROBLEMAS ANALÍTICO- METODOLÓGICOS

Aldo Ocampo González (Comp.)

Autores:

David Le Breton
Roberto Agustín Follari
Verónica Violant-Holz
Carina Soledad González-González
Sarah Muñoz-Violant
Silvia Schlemenson
Débora Grunberg
Viana Ángela Bustos Arcón
Leonardo Rafael Mass Torres
Agustin de la Herrán Gascón
Manuel Moreno Preciado
Aldo Ocampo González
Guillermo Saldaña Medina



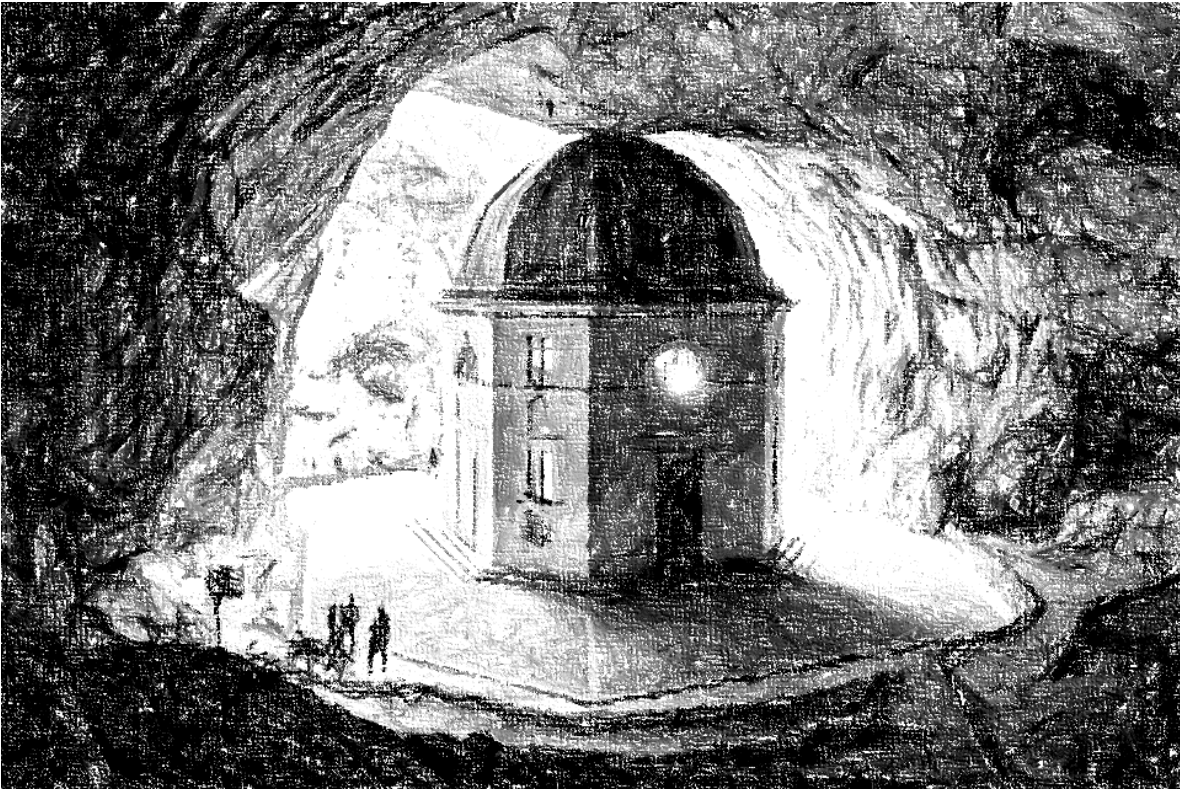
CONSEJO EDITORIAL

EDICIONES CENTRO DE ESTUDIOS CELEI

Miembros Internacionales

- Dra. Verónica Violant-Holz | Univ. de Barcelona | España
Dra. Genoveva Ponce Naranjo | Univ. Nacional del Chimborazo | Ecuador
Dra. Inés Dussel | DIE-CINVESTAV | México
Mg. Óscar García Muñoz | Director de DILOFÁCIL | España
Dra. Elena Jiménez Pérez | Univ. de Jaén | España | Presidenta de la Asociación Española de Comprensión Lectora | España
Dr. Emilio Ortiz | Universidad de Holguín y Centro de Estudios de Educación (CECE) | Cuba
Dra. Maria Izabel García | Centro de Estudios Latinoamericanos de Educación Inclusiva (CELEI) | Chile
Dra. Cecilia Navia Antezana | Univ. Pedagógica Nacional | México
Dra. Andrea Pérez | Directora del Observatorio de la Discapacidad | Univ. Nacional de Quilmes | Argentina
Dr. Roberto Follari | Univ. Nacional de Cuyo | Argentina
Dra. Maria Fátima Di Gregorio | Univ. Estadual Do Sudoeste Da Bahía | Brasil
Ph.D. Kelly Kathleen Metz | The University of Southern Mississippi | EE.UU
Dra. Zardel Jacobo | Univ. Nacional Autónoma de México | México
Dra. Concepción López-Andrada | Centro de Estudios Latinoamericanos de Educación Inclusiva (CELEI) y Univ. de Extremadura | España
Dr. Juan Ramón Rodríguez Fernández | Univ. de León | España
Dra. Soledad Vercellino | Univ. Nacional de Río Negro | Argentina

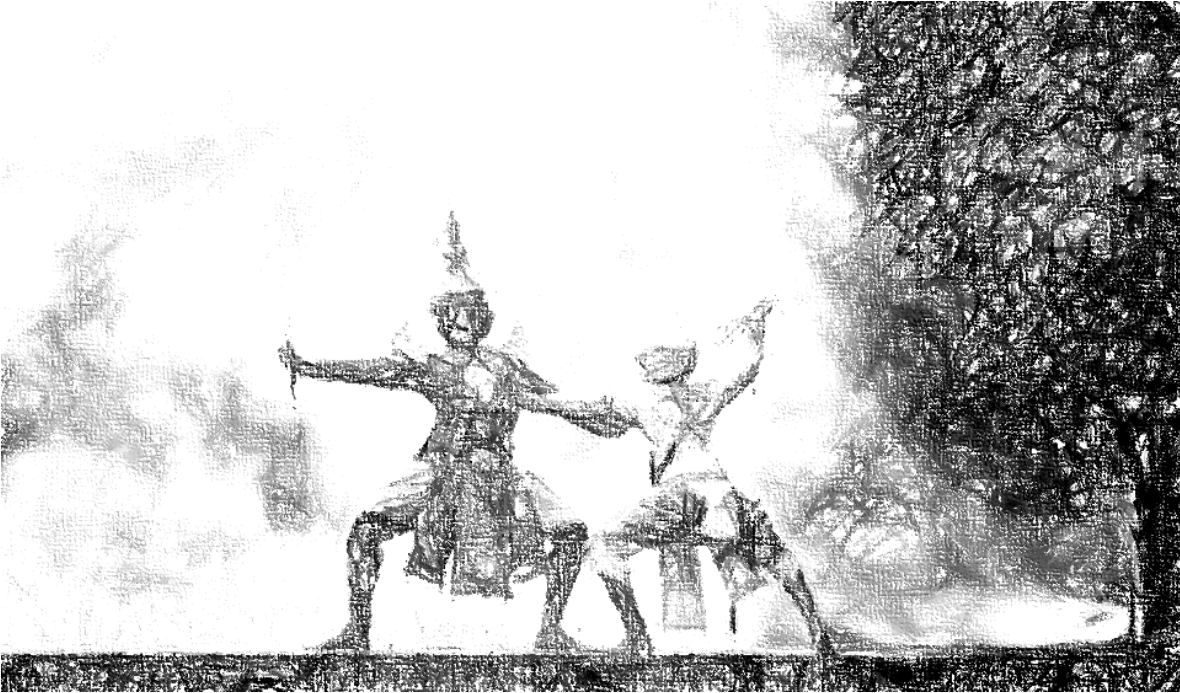




ÍNDICE

Introducción	13
Argumentos para una epistemología sobre Pedagogía Hospitalaria <i>Aldo Ocampo González</i>	
Capítulo I	30
Interculturalité et différence dans les soins à l'hôpital <i>David Le Breton</i>	
Capítulo II	42
Pedagogía Hospitalaria: un resumen de 35 años de historia <i>Verónica Violant-Holz, Carina Soledad González-González & Sarah Muñoz-Violant</i>	
Capítulo III	60
¿Hay interdisciplina en la pedagogía hospitalaria? <i>Roberto Agustín Follari</i>	
Capítulo IV	78
Contribuciones epistemológicas a la pedagogía hospitalaria, desde la pedagogía de la muerte y el sistema pedagógico radical e inclusivo <i>Agustín de la Herrán Gascón</i>	
Capítulo V	127
Salud mental infantil: entre desarrollo y resiliencia <i>Viana Ángela Bustos Arcón & Leonardo Rafael Mass Torres</i>	

Capítulo VI	152
Hospitalización y vulnerabilidad en la infancia: una mirada antropológica del cuidar	
<i>Manuel Moreno Preciado</i>	
Capítulo VII	169
Porosidades y tensiones entre la psicopedagogía clínica y la pedagogía hospitalaria	
<i>Silvia Schlemenson & Débora Grunberg</i>	
Capítulo VIII	187
El método Shibboleth como pedagogía hospitalaria: un abordaje esquizoanalítico	
<i>Guillermo Saldaña Medina</i>	
<i>Sobre los autores</i>	209



INTRODUCCIÓN

ARGUMENTOS PARA UNA EPISTEMOLOGÍA SOBRE PEDAGOGÍA HOSPITALARIA

Aldo Ocampo González

Centro de Estudios Latinoamericanos de Educación Inclusiva (CELEI), Chile

¿Cómo utilizar ética y epistemológicamente la Pedagogía Hospitalaria desde una perspectiva crítica?, ¿qué es lo que hace posible delinear sus contornos teóricos y metodológicos, sin incurrir en sus fracasos cognitivos más exitosos¹? Si la Pedagogía Hospitalaria en tanto campo intelectual ha operado sin referencias objetivas a su verdadera razón cognitiva, ¿es posible que esta pueda fundar un nuevo programa científico que le permita entenderse a sí misma y, a su vez, superar el carácter elástico y ambiguo que la define? Si esto no es posible, ¿a través de qué planteamientos construiría otros marcos de justicia educativa?, ¿de qué sirven sus reuniones científicas y el conocimiento producido al respecto? Tomar la Pedagogía Hospitalaria como expresión de la educación especial es, hasta cierto punto, infértil. Si bien es cierto, comparten algunos grados de ascendencia, no es del todo correcto situarla en referencia exclusiva a esta regionalización.

Su racionalidad construida actúa mediante un doble efecto de suplementación que se moviliza a partir de la captura de sus principales dominios genealógicos, produciendo una grilla de ininteligibilidad acerca de su índice de singularidad².

¹ En mi trabajo teórico empleo, mediante la técnica del préstamo, el sintagma 'fracasos cognitivos' de la autoría de la gran teórica postcolonialista, Gayatri Chakraborty Spivak. Si aplicamos esta idea al contextualismo epistémico de esta nota introductoria, podemos reconocer que, en la construcción del conocimiento muchos de sus errores se convierten en explicaciones exitosas, aceptadas ampliamente sin cuestionamiento. Posiblemente, un lector especializado podría identificar con mayor audacia, cómo algunas ideas mayoritariamente empleadas para hablar de Pedagogía Hospitalaria, incurrir en este problema.

² En mi trabajo, el índice de singularidad es sinónimo de identidad científica. Incluye un análisis acerca de la voz-consciencia de comprensión de un determinado campo de investigación.

Antes de avanzar, es necesario ofrecer una advertencia. Cada una de las ideas enunciadas hasta aquí, se problematizan en torno a la estructura profunda de conocimiento³ del territorio signado como Pedagogía Hospitalaria. Resultaría estéril situar esta discusión en torno a la estructura de conocimiento más difundida, pues, en ella, este tipo de reflexiones no tienen cabida. Más bien, ratifica un sentido práctico que roza con mayor especificidad el intuicionismo y la ignorancia epistemológica, por sobre, una filosofía de la praxis. Nos enfrentamos a una filosofía que avanza a través de principios generales sin suficiente interés en los detalles empíricos. Este hecho, es, en cierta medida, responsable de una política de todo vale que legitima un sistema de incompreensión acerca de su red objetual. A pesar que en este campo convergen diversas cuadrículas epistemológicas, la escasa interacción entre sus dominios genealógicos y su incapacidad para cruzar los límites impuestos por estos, ha limitado que esta geografía vaya al encuentro con su verdadera voz-consciencia heurística. Este hecho trae consigo, una recepción entre sus principales agentes que va desde el aplicacionismo epistémico y la reproducción de formas canónicas de pensar. Nunca el desplazamiento de sus signos.

La verdadera identidad de la Pedagogía Hospitalaria se resiste a reducir sus signos a la división equivalente proporcionada por sus dominios genealógicos más conocidos: *lo pedagógico* y *lo médico*. La constitución de su objeto y campo opera más allá de ambas hebras genealógicas las que, sea dicho de paso, se encuentran enredadas y no siempre dialogan entre sí. Una necesidad ética de la Pedagogía Hospitalaria consiste en mantener una actitud crítica y política comprometida con sus dilemas definitorios. Aquí el adjetivo 'crítica' opera en términos de un dispositivo que es consciente de los límites de su conocimiento. El problema es cómo leer una morfología heurística escasamente legible. Es esto, lo que dificulta que esta pueda ser leída adecuadamente como enfoque o perspectiva dentro de la educación inclusiva. A pesar que sus signos más conocidos, desde hace bastante tiempo, han sido vinculados a esta última. Hasta cierto punto, tal filiación es especulativa, nunca errónea. Un posible justificante puede ser rastreado a través de la matriz de esencialismos-individualismos sobre las que se erige buena parte de su pseudo-racionalidad. Además, del compromiso que dicho argumento encuentra

³ Alude al develamiento de su real aparato heurístico.

a través del problema ontológico de los grupos sociales⁴, al reforzar una concepción negativa y especular de la diferencia. Argumento que funda parte el régimen esencialista.

¿Quién es el sujeto ético de la Pedagogía Hospitalaria? Para responder a esta interrogante, considero necesario advertir que, gran parte de su trama discursiva y consciencia teórica, han funcionado a través del predicamento instituido por el humanismo clásico⁵, responsable de la imposición de una gramática identitaria basada fundamentalmente en la abyección, en el binarismo ontológico y en la creación de una trama de significantes ligados a la diferencia en tanto sistema psíquico-subjetivo opresivo, centrado en la *potestas* del ser –atributos negativos–. Tales argumentos actúan en términos de factores predictivos de una esencia óptica que enflaquece su función. Esta, es parte de la herencia de pensamiento legada por la educación especial. Otra tarea crítica consistirá en explorar las líneas de alineación y separación entre los límites disciplinarios de cada uno de sus dominios genealógicos a objeto de rediseñar sus condiciones y reglas de inteligibilidad. A menudo, cuando algo no es bien recibido en la comunidad académica y de práctica es, justamente, por una obstrucción en tales reglas. Incluso el nombre de la circunscripción intelectual en discusión, designa un complejo estratégico que debe ser redescubierto.

El problema es que su nombre no puede ser codificado exclusivamente a través de los signos e intenciones proporcionadas por las Ciencias Biomédicas y por las Ciencias de la Educación –a pesar que estos constituyan parte de sus dominios genealógicos más significativos. Cuando el énfasis constructivo se ubica en torno a tales designaciones produce una estructura de conocimiento bivalente de carácter cerrada y superficial–. En adelante, designaré a la Pedagogía Hospitalaria como un sintagma analítico-conceptual de carácter provisional –de ahí, que su objeto se

⁴ Problema clásico en la filosofía analítica, cuya función consiste en documentar, cómo los significantes ligados a la diferencia establecen un halo de atribución negativa, devenida en prácticas de diferenciación y diferencialismo.

⁵ El humanismo clásico corresponde a un esquema onto-político rector en Occidente. En efecto, Braidotti (2009), agrega que, esta figuración categorial “hizo posible la distinción entre órdenes jerárquicos del ser, clasificando como más avanzado o más próximo al ideal civilizatorio de la cultura occidental y al prototipo de ser humano impulsado en esta: el Hombre blanco, heterosexual, cristiano y propietario, por sintetizarlo en sus atributos más significativos” (González, 2018, p.174). La Pedagogía Hospitalaria ha de asumir un férreo compromiso con el anti-humanismo.

encuentre en permanente devenir-, es algo que se construye a través de una multiplicidad de relaciones de fuerza que se codifican imaginativamente por rearticulación y redoblamiento de cada una de sus singularidades constructivas confluyentes. Las formas en las que un territorio académico y profesional es designado, opera en términos de una red de inteligibilidad de orden social, ontológico y epistemológico. A pesar que los nombres, tal como sugiere la teórica postcolonialista, Gayatri Chakraborty Spivak, residan en la historia del lenguaje, no siempre dan cuenta de la realidad heurística existencial del mismo.

En cierta medida, el nominalismo que disfruta el campo en discusión, desde una posición *mainstream*, captura cualquier clase de argumento –por vía de la técnica de aplicacionismo o partícula agregativa⁶–, legitimando un sistema cognitivo por suplementación paratáctica⁷ que se nutre a través de sus principales dominios genealógicos. Por ejemplo, se toman saberes legados por la psicología y sus diversos sub-campos de especialización, transfiriéndolos sin traducción a su contextualismo epistémico. Nos encontramos en presencia de una co-ausencia de condiciones de escuchabilidad y audibilidad del propio objeto que imputa la Pedagogía Hospitalaria.

Otro atributo ligado a la interrogante acerca del nombre del territorio, asume que, es, en sí mismo, un concepto-metáfora de orden catacrético, es decir, un concepto móvil y de base mutante. Es algo que es producido a partir de fuerzas desiguales en cuanto a la magnitud de autoridad de sus dominios. Sus condiciones de engendramiento se encuentran secuestradas. De acuerdo con esto, la Pedagogía Hospitalaria es un territorio heurístico de base móvil atravesado por diversos campos de fuerzas. Su identidad se encuentra edipizada. Su genealogía se enmarca en la diferencia de la diferencia –principio heterogénico–, es algo que surge a través de diversas relaciones de fuerzas epistémicas. Tal fuerza corresponde a los diversos espacios de multilocalización por los que transita su saber –aludo a la presencia de diversas hebras o enredos genealógicos que tienen lugar en la modelización de sus territorios–. Asumir la pregunta por la naturaleza

⁶ Concepto introducido por el autor de este trabajo, especialmente, empleado en el estudio de las condiciones de producción del conocimiento epistemológico de la Psicopedagogía.

⁷ Alude a un sistema de ubicación de dos o más recursos constructivos uno al lado de otro, sin rearticulación, movimiento o entrelazamiento. Lo paratáctico es similar de *bricoleur*. Es, también, sinónimo de actividad heurística superficial y pasiva.

epistemológica de la Pedagogía Hospitalaria es asumir una posición neo-materialista.

Una comprensión epistemológica sobre Pedagogía Hospitalaria legitima otro tipo de desempeño epistemológico, asume otro tipo de respuesta para discutir acerca de sus deseos y significantes. Advierte que, en lugar de legitimar arbitrariamente sus errores de producción del conocimiento aceptados como válidos por su comunidad de práctica –especialmente, aquel que dice relación con el ausentismo teórico–, es necesario explorar sus peligros y tendencias normalizadoras. Nos encontramos en presencia de un espacio epistemológico de base móvil definido como un campo de fuerza diferenciado. Una unidad relacional con múltiples relaciones de fuerzas y entradas a la comprensión de su objeto.

Asimismo, la sección del sintagma referido a lo ‘hospitalario’, se convierte en una unidad relacional que es atravesada por diversos proyectos de conocimiento que se imponen en diferentes niveles de análisis, consolidando múltiples significados. La Pedagogía Hospitalaria en tanto regionalización heurística es un espacio multidireccionado. No asume la pretensión de decirnos qué es realmente –aunque esta tarea es altamente necesaria– sino que dónde mirar para capturar su verdadero índice de singularidad o identidad.

Los múltiples significantes que designa la sección ‘hospitalaria’ del sintagma, escapan al uso clínico que, desde la fundación de tal comunidad académica, ha sido impreso. La Pedagogía Hospitalaria es más que la educación de niños en el hospital. Tal imagen de pensamiento hasta cierto punto es restrictiva. Las secciones del sintagma pueden convertirse en elementos de resquebrajamiento y enrejamiento, cuya operación busca actuar por división de los sentidos. Es, esta división de los sentidos, lo que hace que sus unidades de significación no dialoguen armónicamente, sometiéndose una al dictamen de la otra. Me interesa explorar qué es lo que habita en la inmensidad de tales signos. Es necesario ofrecer una descripción sistemática sobre este modo de operación. En efecto,

[...] lo que hay que señalar aquí es que la relación entre los dos sentidos nunca es bien definida. Uno sangra en el otro en todo momento. La relación es ciertamente no la que existe entre lo potencial y lo real. De hecho, la relación entre la indecidibilidad y la obligación y el riesgo de decidir es algo como el *rapport sans rapport* entre los sentidos general y estrecho. Pero, y esto me parece importante, esta curiosa relación entre el estrecho y los

sentidos generales es lo que hace que la necesaria falta de ajuste entre discurso y ejemplo (Spivak, 1996, p.146).

Emerge aquí, otra pregunta: ¿cuál es el compromiso ontológico que tal calificativo imputa en su intimidad de regulación heurístico-pedagógica? Es necesario que este territorio heurístico aprenda sobre sus propios «límites» y la «ausencia de límites» sobre la razón que promueve, la que en sí misma, carece de marcos de teorización. Solo puede ser descrita bajo la noción de 'habladurías', al trabajar mediante un sistema de dependencia por suplementación que justifica uno de sus principales fallos heurísticos. Nos encontramos en presencia de un campo que progresa mediante sistemas de interreferencia desconocidos. Hasta aquí, es plausible establecer un sistema de relación entre el sentido general y estrecho de cada uno de sus dominios y la variedad de recursos transferidos que proliferan de tal interacción.

Otra de sus tareas críticas consistirá en perseguir una crítica persistente de lo que la Pedagogía Hospitalaria no es, o bien, en aquello que no pretende convertirse. A tal efecto, es necesario ofrecer un nuevo marco de comprensión acerca de nociones históricamente discutidas, tales como, salud, situación de enfermedad, pedagogía, saberes biomédicos, hospital, hospitalaria, alteridad, justicia social, igualdad de oportunidades, derecho a/en la educación, etc. Todas estas categorías comparten un denominador común: son conceptos que son empleados por diversos campos de investigación, en tanto recursos epistemológicos, demuestran un estatus viajero, nómada y diaspórico. Son conceptos puentes, no le pertenecen con exclusividad a su estructura heurística. Es esto, lo que lo que la vuelve compleja. Trabaja en una diversidad de niveles de análisis y producción. Su funcionamiento puede ser comparado con los engranajes del metalógo⁸.

Un ejercicio importante que podría, en cierta medida, ayudar a resolver muchos de los problemas de orden teórico-metodológicos del campo, consiste en tener un *corpus* de autores con los que se piense y trabaje sus principales nudos problémicos. Si bien, tales autores se encuentran debidamente documentados, sus intereses de investigación, no bordean problemas de orden epistémicos y

⁸ Noción que es empleada en términos de un esquema de análisis que actúa en diversas capas. Es un análisis multinivel. También, opera en términos de lo que Bal (2009), denomina 'sobrelegible', es decir, la interacción con un objeto en diversos planos y niveles. Esta, es una propiedad de los campos sintagmáticos, como el aquí analizado.

metodológicos. Se requiere de una lectura atenta pero abierta. Este tipo de lectura puede acaecer a través de la noción *spivakiana* de 'intimidad crítica' –producción de otros esquemas de pensamiento⁹–, no solo distancia crítica. Spivak (2010), inspirada en Derrida (1998), entiende por intimidad crítica a un poderoso acto heurístico que combina el principio de negatividad y positividad, es sinónimo de creación. Es trabajar para dar paso a otros sistemas intelectuales. La distancia crítica alude al acto crítico que no logra movilizar ninguna frontera del conocimiento. En otras palabras, alude a un análisis crítico parasitario. A esto se agrega, la necesidad de monitorear los múltiples sistemas de violencias epistémicas que tienen lugar en la construcción de su conocimiento. La Pedagogía Hospitalaria necesita de nuevos despeñemos epistemológicos, es decir, hábitos mentales para interactuar con las múltiples demandas de su objeto.

Como tal, es un campo que se construye a través de múltiples trayectorias rizomáticas y de una estructura de conocimiento ambivalente. Examinemos a continuación, ¿de qué trata esto? Antes de proveer cualquier sistema de razonamiento al respecto, considero oportuno sostener que, el trabajo heurístico que designa este peculiar territorio no posee un lugar claramente definido¹⁰. Desafía cualquier acuerdo parte aceptado a través de la interacción de sus principales dominios genealógicos: *lo pedagógico* y *lo médico*¹¹. La complejidad que entraña su objeto se define, en parte, por desafiar a muchas posiciones establecidas, producto de sus múltiples genealógicas imbricadas. La recognición de su objeto puede obtenerse a través de un acto de lectura minuciosa. Tal actividad no es otra cosa que la creación de un objeto de conocimiento responsable. ¿Cuál es el objeto de una posible teoría de la Pedagogía Hospitalaria?, ¿cuál es el otro de dicha teorización?, ¿cuál es el punto de emergencia y de apertura radical de dicha teoría? Estas interrogantes toman distancia de las ataduras normativas ligadas a la construcción del conocimiento, superando con ello, los grados de pre-programación de sus significantes. Mucho del trabajo epistemológico se encuentra

⁹ También llamada labor positiva en la construcción del conocimiento, caracterizada por una fuerza imaginativa. Inaugura nuevas modalidades de trabajo epistemológico. La tarea negativa es la encargada de criticar para iniciar el suceso de la deconstrucción, de la transformación; puede ser leída en términos de un movimiento de los sentidos para la desedimentación de un determinado fenómeno.

¹⁰ Disfruto entendiéndola en términos de un espacio morfodinámico.

¹¹ Es necesario examinar el doble vínculo que emerge a partir de la interacción entre ambos dominios genealógicos.

pre-programado. Este hecho, incluso condiciona los usos ontológicos de las imágenes y sus significados con las que recurrentemente asociamos los alcances del campo.

Cuando incurrimos en el error de encerrar teórica y metodológicamente la fuerza de la Pedagogía Hospitalaria en los significantes superficiales de sus dominios genealógicos más relevantes, incurrimos en un cierto proteccionismo epistemológico que conduce a cosificar y edipizar la función del objeto, embruteciendo algo que siempre está vivo y en constante devenir. Es algo que opera en términos de Zemelman (1991), a través de aquello que es *dado-dándose-por-dar*. Tal grado de proteccionismo es responsable de una cierta hostilidad mutua entre sus principales hebras genealógicas, configurando una singular zona de tensionalidad crítica¹². Mientras que la forma adjetival 'hospitalaria'¹³, se abre en clave de un metálogo dando voz a múltiples territorios que contribuyen en la apertura de su red objetual auténtica. Para alcanzar tal propósito, es necesario disponer de una comprensión acerca de las tensiones, los conflictos y los desacuerdos que surgen a través de diversos hábitos de pensamiento procedentes de múltiples geografías intelectuales con la que esta interactúa. En esta concepción, es factible delimitar la Pedagogía Hospitalaria en términos de interdisciplina¹⁴,

¹² El concepto 'zona de tensionalidad crítica', es desarrollado por la teórica cultural francesa residente en Chile, Nelly Richard. A través de este sintagma, nos muestra la otra cara del límite, aquello que se irrita, molesta o enoja, alude a un sistema de "resistencia entre bordes disciplinarios que se irritan y se molestan, que se provocan mutuamente debido a los conflictos de autoridad, de lenguaje y posición, que enfrentan las disciplinas" (Richard, 2003, p.443). La zona de tensionalidad crítica se caracteriza por un desnivel de coeficientes de poder. El ejemplo más directo, es el proporcionado por vía del saber médico.

¹³ Empleado en esta oportunidad, en proximidad al legado a la filosofía de la alteridad.

¹⁴ El carácter nomadista y flexible del campo es lo que permite describir su base epistemológica en términos de interdisciplina. Ambas particularidades son propias de territorios que se ensamblan a través de múltiples, pero, sistemáticos cruces de fronteras. En términos prácticos, supera la departamentalización, imponiendo una práctica de producción del conocimiento heterogénea. A pesar que su verdadera identidad heurística se funda en una interpelación interdisciplinaria, el doble vínculo no debidamente comprendido entre sus principales dominios genealógicos, da cuenta de la imposición encubierta de un purismo conservador que opera en términos de un sistema de jerarquías y devaluaciones académicas. De ninguna manera, estoy a favor de la mezcla desinhibida de diversos recursos constructivos. Incurrir en este fallo, es legitimar un *corpus* de operaciones normativas. No se trata de juntar dos campos y con ello, producir "un devorador principio de anexiones y conexiones pragmáticas destinado a "optimizar las actuaciones del saber, su eficacia" decide mezclar todo con todo, incluso fragmentos de sistemas de conocimiento a veces enemistados entre sí por el hecho de representar afiliaciones político-intelectuales contrarias"

incluso, algunas voces definen su base epistemológica en términos de disciplina¹⁵. Planteemos la respuesta haciendo uso de la metáfora post-colonial *'hablar-de-vuelta'*. Por norma, una disciplina posee un punto de constitución claramente identificable en términos heurísticos, metodológicos y prácticos, lo que permite sostener la presencia de un método claro para problematizar la comprensión de los diversos fenómenos que condicionan sus desarrollos, así como, de métodos para acceder a la constitución de su objeto. La importancia de los métodos no sólo aplica a los dos puntos antes mencionados, sino que, participa significativamente en la formación de sus profesionales. Esta ausencia de metodicidad nos enfrenta a un punto relevante en la constitución y evolución del campo, especialmente, si consideramos que, este, solo brinda formación de profesionales a nivel de post-graduación¹⁶. Incluso la formación de investigadores es una deuda pendiente.

La constitución de las disciplinas según Bal (2021), por lo general, se caracteriza por elementos tales como: “el campo, el ámbito del objeto, la metodología y una serie de preguntas” (p.26). Insiste la teórica cultural holandesa, agregando que, las disciplinas recurren a un objeto específico y articulan cuestiones específicas en torno a él. Si bien, su objeto no es algo fácilmente delimitable debido a sus múltiples hebras genealógicas, es preferible hablar de red objetual, un espacio de intensas convergencias/emergencias de diversas clases de objetos que dan vida a una desconocida constelación heurística. Dada la complejidad del objeto de la Pedagogía Hospitalaria, sostendré que, este no es fácilmente definible en los paradigmas de ninguna de sus disciplinas genealógicas. Es algo que las desborda. Si este problema ha persistido de forma invisible en su comunidad de práctica, se debe, en parte, a la incapacidad de sus investigadores para abordar la trama

(Richard, 2003, p.441-442). Ofrecer un sistema de reconocimiento sobre el objeto de la Pedagogía Hospitalaria necesita de una amalgama funcional que actúe por traducción en la diversificación de sus temas de investigación. Esto aumentará el diálogo entre sus profesionales.

¹⁵ Las disciplinas se caracterizan por articular cuestiones específicas en torno a un objeto y método claramente definido. En el contextualismo epistémico de la Pedagogía Hospitalaria participan muchos más mecanismos de focalización en la consagración de su red objetual.

¹⁶ La formación del profesorado en el contexto de la Pedagogía Hospitalaria es reciente. Solo se evidencian diversos programas de formación a nivel de post-graduación, específicamente, de maestrías, especializaciones y diplomados. Se observa una vacancia significativa en cuanto a la formación de pre-grado. Si bien, han existido diversos intentos, es la incomprensión epistemológica del mismo, lo que ha limitado el desarrollo de programas más acertados en la materia. Es necesario avanzar en la comprensión epistemológica de la Pedagogía Hospitalaria para promover una formación pre-gradual más oportuna. No existen títulos de pre-grado en la materia.

heurística de su objeto y sus mecanismos de creación y recopilación de estos. En efecto,

[...] este elemento tan importante puede conducir al desmantelamiento del objeto y de su disciplina, lo que a menudo se utiliza como la excusa perfecta para el dogmatismo metodológico o la indiferencia o, al menos, para la ausencia de un autorreflexión metodológico crítica (Bal, 2003, p.2).

Debido a la dudosa naturaleza del campo, sus delimitaciones tradicionales deben ser suspendidas. Si lo que buscamos es encontrar su objeto o su red objetual, entonces, una posible recomendación analítica consistirá en cuestionar el campo. No quisiera avanzar, sin advertir que, el objeto de la Pedagogía Hospitalaria es un objeto perdido y desconocido en la intimidad de lo que conocemos como Ciencias de la Educación y Ciencias Biomédicas.

[...] Tampoco los métodos de dicho campo están en una caja de herramienta esperando a que alguien los aplique, sino que forman, a su vez, parte de la exploración. Tú no aplicas un solo método, sino que diriges un encuentro entre varios; un encuentro en el que participa el objeto, de modo que, en un conjunto, objeto y método puedan constituir un nuevo campo, sin delimitación clara (Bal, 2021, p.26).

La Pedagogía Hospitalaria en tanto objeto y campo de investigación enfrenta el deseo de aprender a encontrar su propio trabajo analítico. Esto nos conduce a reconocer que, gran parte de los conceptos¹⁷ que estructuran su objeto son herramientas viajeras, puentes y nómadas que transitan por rumbos desconocidos. Esto es la base de un análisis interdisciplinar. Este es un proceso que modifica y posiciona los elementos. Los conceptos viajeros son herramientas cruciales para la formación de la identidad del campo y la exigencia ética de reconocimiento y respeto a la identidad que emerge al cruzar los límites de lo pedagógico y lo médico –desde una actividad rearticuladora y no paratáctica–. Hablamos así, de un

¹⁷ La relevancia cognitiva que supone el trabajo con conceptos no se limita a una cuestión especulativa. Los conceptos son teorías en miniaturas, poseen la capacidad de facilitar la conversación apoyándose en un lenguaje común. De acuerdo con Bal (2009), “los conceptos son, o mejor dicho hacen, mucho más. Si pensamos sobre ello lo suficiente, nos ofrecen teorías en miniaturas y de ese modo facilitan el análisis de objetos, de situaciones, de estados y de otras teorías” (p.29).

encuentro de alteridad heurística. La naturaleza deíctica del campo¹⁸ es lo que permanece oculto.

Regresemos a la interrogante que nos insta a reflexionar acerca de las configuraciones de la Pedagogía Hospitalaria en términos de espacio de apertura ambivalente y un campo de trayectorias rizomáticas. Un espacio de apertura ambivalente según Estock (2009), es un espacio peligroso de bajas negociaciones que amenazan la paz dada por las epistemologías normativas. Uno de los atributos más significativos en la comprensión de la Pedagogía Hospitalaria como espacio de apertura ambivalente reconoce que, este es un espacio de profundos ausentismos metodológicos y de luchas teóricas internas. A pesar que existan voces sistemáticamente ignoradas. Esto, no es un problema de fronteras rígidas, escasamente permeables o límites disciplinarios no atravesados, sino, síntoma de algo mucho más profundo: la ausencia de una estructura más refinada a nivel ontológico, epistemológico, metodológico y morfológico. En adelante, estas cuatro dimensiones constituyen parte de los problemas fundamentales del campo. La última categoría, es empleada en mi trabajo teórico para describir el estudio de las formas conceptuales, es decir, el tipo de instrumentos conceptuales con los que se ensambla su red objetual. No olvidemos que tal como sugiere Bal (2009), los conceptos son teorías en miniaturas, empleados oportuna y audazmente, poseen la capacidad de comprender el objeto en su magnitud, además de crear condiciones de inteligibilidad en campos en los que participan diversas hebras genealógicas, aumentando el tráfico de información. La Pedagogía Hospitalaria necesita de una representación heurística más clara.

Si bien, es clara la falta de debate interno radical en cuanto a sus niveles de formalización paradigmáticos, lo que se traduce en la co-presencia de múltiples fuerzas definicionales para explicar su propósito, alcance y sentido, no siempre, logran capturar sus tensiones analítico-metodológicas más trascendentales. Tal grado de interrogación, contribuye a reducir sus capacidades miméticas con la dictadura de sus signos: lo biomédico. Solo intento, a efectos de esta ocasión, mostrar algunas de las fisuras de contradicción y fallas ligadas a su historia

¹⁸ Cuando afirmo que, este sintagma posee una naturaleza deíctica, refiero a la capacidad de este, para dar cuenta de múltiples cosas que entran en contacto que, al interactuar, van transformando su morfología heurística. Debemos tener presente que el argumento es mucho más complejo que lo expuesto en este pie de página.

intelectual. A pesar de sus fallas de teorización, ha logrado penetrar la política pública educativa y producir respuestas en favor del aseguramiento del derecho a/en la educación de estudiantes en situación de enfermedad. Pero, no siempre lo que se significa como Pedagogía Hospitalaria habla en su propia lengua, o bien, produce una política poderosa al respecto. De ahí, la necesidad de asumir la tarea crítica de conocer la inmensidad de su red objetual. Para ello, ha de formular un vocabulario adecuado a sus dilemas y a su naturaleza.

Las fronteras entre sus dominios genealógicos se componen de una jerarquía de recursos complejos, una frontera que se impone a través de la dictadura del saber médico debido a su coeficiente de poder, legitimando diversas clases de prejuicios¹⁹. Es necesario ampliar sus límites de comprensión epistemológica y onto-política. Al considerar al campo de la Pedagogía Hospitalaria como un espacio de apertura ambivalente entraña un compromiso con la tarea de volver a trazar sus límites. En efecto, la ausencia metodológica puede ser traducida en la ausencia de un debate interno radical y de sus principios fundamentales –propios, no transferidos desde otros proyectos de conocimiento–. La integración de ambos nudos críticos define la necesidad de articular una metodología más clara.

Otro aspecto que complejiza los desarrollos de este campo, reside en aquello que habita entre ambos términos del sintagma, es decir, su ‘entridad’ (Deleuze, 2001) o ‘y-cidad’²⁰ (Bal, 2018) –ambas nociones aluden a un efecto heurístico de carácter copulativo–, al crear una zona de contacto en la que entran en comunicación diversas clases de recursos constructivos –su pluralidad teórico-metodológica es un atributo central en su índice de singularidad–. Es, posible sugerir que sus desarrollos teóricos confluyentes, no siempre, están unificados por un lenguaje teórico común, los que sí, pueden ser vistos como participantes en una actitud intelectual compartida, aunque en diferentes grados. Es, en esta sección del argumento que, la pregunta por las trayectorias rizomáticas cobra valor. A través de este concepto podemos “desafiar el modelo de pensamiento arborescente que

¹⁹ Empleo esta noción en plena sintonía con el lenguaje de Derrida (1998), en *De Gramatología*. A efectos de este trabajo, su significante opera en proximidad a diversas clases de argumentos reduccionistas que operan con gran eficacia en la intimidad de un determinado discurso.

²⁰ En el pensamiento de Bal, alude a la acción copulativa que se forma entre ambos términos de un sintagma. Se abre a los usos conectivos de *y*. En tanto actividad heurística, posee la capacidad de preguntarse por aquello que habita entre las dos partes del sintagma, develando las diversas clases de operatorias que en él tienen lugar.

privilegia los principios jerárquicos y excluye la diferencia y la pluralidad, se propone un modelo rizomático que rompe las dicotomías “pluralizando y diseminando, produciendo diferencias y multiplicidades, haciendo nuevas conexiones” (Best y Kellner 99)” (Oppermann, 2010, p.18).

La metáfora del rizoma nos ayuda a teorizar en *clave-otra* los desarrollos intelectuales de la Pedagogía Hospitalaria, descrita como un espacio multifacético, multilocalizado y morfodinámico, una circunscripción intelectual disputada por diversos proyectos de conocimiento, “permitiendo que su naturaleza polifónica sea vista no como una manifestación de una crisis disciplinaria, sino como un tipo cultivado de actividad rizomática” (Oppermann, 2010, p.19). Insiste la investigadora turca, señalando que,

[...] como una red de múltiples hilos, el rizoma tiene fibras vivas interconectadas sin ninguna unidad central. Las plantas son rizomas subterráneos, se definen como multiplicidades. Deleuze y Guattari señalan que el rizoma “adopta diversas formas, desde la extensión de la superficie ramificada en todas las direcciones hasta la concreción en bulbos y tubérculos” (Plateaus7). Más importante aún, el rizoma “no se compone de unidades sino de dimensiones, o más bien de direcciones en movimiento” (Plateaus21). Como tal, el proceso rizomático desafía cualquier centralización y orientación jerárquica, porque “el rizoma es un sistema acentrado, no jerárquico, no signifiante, sin general y sin memoria organizadora o autómata central, definido únicamente por una circulación de estados”. “Opera por variación, expansión, conquista, captura, ramificaciones” (Mesetas21). Además, “el rizoma es alianza, únicamente alianza” (Mesetas25) (Oppermann, 2010, p.19).

Al concebir la Pedagogía Hospitalaria como una formación discursiva rizomática, “podemos entender que su movimiento en múltiples direcciones es un compromiso en la multiforme complejidad de las relaciones interdisciplinarias. Como observan Deleuze y Guattari, “una de las características más importantes del rizoma es que siempre tiene múltiples entradas” (Plateaus12)” (Oppermann, 2010, p.19)

El trabajo epistemológico que designa la naturaleza interdisciplinaria de la Pedagogía Hospitalaria no tiene un lugar claramente definido en la intimidad de la pedagogía y de la medicina, mucho menos, con cada uno de los campos que crean y garantizan la emergencia de su saber auténtico. Tampoco podría ser definido como un acuerdo aceptado e interactivo entre sus dominios genealógicos más

relevantes –lo pedagógico y lo médico–. Su saber epistemológico posee la peculiaridad de desafiar muchas posiciones establecidas en y alrededor de sus hebras genealógicas. La Pedagogía Hospitalaria se resiste de ser definida en torno a los paradigmas de ninguna disciplina en particular, cuya materialidad desborda tales leyes de regulación. Posee la capacidad de construir una sensibilidad analítica en la que se interrelacionan diversas clases de herencias de pensamientos, conceptos, sujetos, territorios, métodos, teorías, proyectos de conocimiento, compromisos éticos, proyectos políticos, etc. Es un territorio informado por genealogías imbricadas y líneas de fuerza que han sido cristalizadas en torno a diversos campos. Nos encontramos en presencia de un espacio compuesto por múltiples “distancias, relaciones, encuentros, hibridaciones, rupturas de los discursos culturales y sus consolidaciones” (Bowman, 2010, p.231) teórico-metodológicas.

Al sostener que, la base epistemológica de la Pedagogía Hospitalaria expresa una naturaleza interdisciplinar, se convierte en un dispositivo analítico que subvierte las relaciones de complementariedad impuestas arbitrariamente a través de lo pedagógico y lo médico, así como, por el tipo de categorías y recursos metodológicos que proliferan de este superficial diálogo, “cuya estabilidad puede desestabilizarse fácilmente y cuya desestabilización tiene consecuencias en la forma que pensamos en la 'teoría' y en la 'práctica'” (Bowman, 2010, p.232). Este es un territorio que se construye en la exterioridad del trabajo teórico, materializa su trabajo heurístico a través de un desconocido, pero creativo más allá de recursos constructivos; espacios que, por lo general, no son certificados por marcos epistemológicos normativos. Nos encontramos en presencia de un espacio de múltiples contagios, rearticulaciones, traducciones, etc., que tiene como misión interrumpir e interrogar las condiciones mismas de discurso académico instituido y sus significantes. La multiplicación de perspectivas tiene como misión desestabilizar su red de inteligibilidad sancionada.

La Pedagogía Hospitalaria es un campo que no cruza límites. La relación dialógica establecida entre sus dominios genealógicos más representativos es tensa, compleja y denota un cierto grado de inadaptación. Imponen una red de entendimientos, imaginaciones y especializaciones generales y estrechas acerca de lo que supondría un verdadero diálogo heurístico al respecto. Tal espacio de encuentro se convierte en una unidad relacional morfodinámica que funciona en proximidad a la noción

de zona de contacto²¹ aportada por Pratt (1992). Al develar un ensamblaje heurístico por desnivel –lo que es obvio, ya que no existe un sistema de equidad en cuanto al desplazamiento de sus recursos constructivos mediados por diferentes coeficientes de poder– o un sistema de negociación asimétrico. Es esto, lo que no permite buscar el ajuste y la armonía entre ambos dominios. Este problema ignora la pregunta acerca de cómo transformar la contribución más audaz de cada sección.

Ambos dominios genealógicos o raíces heurísticas han de transitar hacia una duplicidad afirmativa, un sistema de apertura hacia la pluralidad. Es necesario ser conscientes que la Pedagogía Hospitalaria se encuentra arrancada de su significado propio. Nos enfrentamos a un problema catacrésico. A pesar de la confluencia de diversas hebras genealógicas, denota a una cosa que no es propiamente tal, es algo que se revela en la medida que es producido. La Pedagogía Hospitalaria no es un término neutral, ni descriptivo, ni peyorativo.

Este breve manuscrito busca ser concebido como una reflexión sobre los usos y límites de la Pedagogía Hospitalaria, un campo de investigación elástico que legitima una silenciosa política de todo vale, sin aclarar su objeto, alcance y función acorde a su verdadera naturaleza. La resistencia a la comprensión de su verdadera identidad científica y niveles de formalización académica, constituye un choque y problema epistémico sin precedentes. Concluyo esta breve introducción con la interrogante: ¿es posible pensar el campo epistemológico de la Pedagogía Hospitalaria en términos de cruzador de fronteras?

Finalmente, quisiera dedicar estas últimas líneas a agradecer públicamente a la Dra. Verónica Violant-Holz, profesora titular del Departamento de Didáctica y Organización Escolar, de la Universitat de Barcelona, España y directora del Observatorio sobre Investigación en Pedagogía Hospitalaria de la misma institución, por su apoyo cariñoso y luminoso durante todos estos años de interacción, siendo un aval fundamental en el desarrollo de diversas actividades, entre ellas, la celebración del Primer Workshop Internacional sobre Tendencias en Investigación sobre Pedagogía Hospitalaria, efectuado en diciembre de 2020.

²¹ A efecto de este trabajo, deberá ser concebida en términos de una espacialidad en la que diversas clases de recursos constructivos se encuentran, interactúan, dialogan, negocian, irritan y enemistan. Es un espacio característico de las zonas fronterizas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bal, M. (2003). El esencialismo visual y el objeto de los estudios visuales. Recuperado el 23 de diciembre de 2021 de: <https://comunicacionymedios.uchile.cl/index.php/RCM/article/view/11547/32136>
- Bal, M. (2009). *Conceptos viajeros en las humanidades. Una guía de viaje*. Murcia: Cendeac.
- Bal, M. (2018). Y-cidad: los múltiples sentidos de «y». *Versants. Revista Suiza De Literaturas románicas*, 3(65), 187-207.
- Bal, M. (2021). *Lexicón para el análisis cultural*. Madrid: AKAL.
- Bowman, P. (2010). Editorial. Rey Chow, postcoloniality and interdisciplinarity. *Postcolonial Studies*, Vol. 13, No. 3, 231-238.
- Braidotti, R. (2009). *Transposiciones*. Barcelona: Gedisa.
- Deleuze, G. (2001). Dualism, Monism and Multiplicities (Desire-Pleasure-Jouissance). *Contretemps* 2, 2, 92-108.
- Derrida, J. (1998). *De la gramatología*. México: Siglo XXI Editores.
- Estok, S. C. (2009). Theorizing in a Space of Ambivalent Openness: Ecocriticism and Ecophobia. *ISLE*, 16, 203-225.
- González, B. (2018). La ética diferencial de Rosi Braidotti. *Agora. Papeles de filosofía*, 37 (2), 173-191.
- Oppermann, S. (2010). The rhizomatic trajectory of ecocriticism. *New Ecocritical Perspectives: European and Transnational Ecocriticism*, Vol. 1 No. 1, 17-21.
- Pratt, M.L. (1992). *Ojos imperiales. Literatura de viajes y transculturación*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Richard, N. (2004). El conflicto entre las disciplinas. *Revista Iberoamericana*, Vol. LXIX, Núm. 203, 441-447.
- Spivak, G. (1996). *The Spivak reader*. London: Routledge.
- Spivak, G. (2010). *Crítica de la razón postcolonial. Hacia una historia del presente evanescente*. Madrid: Akal.
- Zemelman, H. (1991). *Los Horizontes de la Razón: uso crítico de la teoría*. Barcelona: Anthropos.

CAPÍTULO I

INTERCULTURALITÉ ET DIFFÉRENCE DANS LES SOINS À L'HÔPITAL

David Le Breton
Universidad de Estrasburgo, Francia

1.-Introduction. Différence de représentations des maux

L'anthropologie a énormément développé les recherches sur les ethnomédecines ou sur l'ethnopsychiatrie, sur les représentations innombrables du corps et de ses maux dans les sociétés humaines (Le Breton, 2017). Le débat autour des symptômes et de leur signification connaît des divergences radicales si le malade n'est pas prêt à soumettre son interprétation propre de ce qu'il éprouve à celle que lui donne le médecin. La perception des données cénesthésiques est le fait d'un apprentissage social et culturel, elle ne décalque pas en catégories objectives des modifications sensorielles, même la douleur donne lieu à ces différences d'appréciation (Le Breton (2018 & 2019). Le contenu de conscience n'est pas le strict équivalent du contenu physique. Une élaboration s'interpose où l'individu, avec sa vision du monde, ses repères de sens et de valeurs, une relation intime à son corps, interprète ce qu'il pense ressentir dans un langage propre. Il transforme les sensations éprouvées en ses catégories propres, partagées avec son style personnel avec les autres membres de son groupe de référence. Il les interprète selon le filtre sémantique qui justement lui fait corps. Des malentendus naissent quand le patient est confronté à une vision de son corps ou de ses maux qu'il ne comprend pas.

Le médecin qui en reste à une vision positiviste, biologisante de l'humain, s'attend à une description objective, à ses yeux, de la douleur et des symptômes associés afin de les référer à des catégories nosologiques d'autant plus précieuses qu'elles engagent des thérapeutiques spécifiques, et donc le destin du malade. Les usages et les connaissances de la culture médicale échappent au malade, le corps dont il

parole est habité par les mouvements de sa vie quotidienne et de ses relations avec les autres, son travail, les représentations et les valeurs de son groupe. S'il s'en remet au spécialiste pour un accroc à sa santé, il vit dans un autre monde de valeurs et de connaissances. Le médecin est attaché, quant à lui, à un corps abstrait, imprégné d'une biologie dont il s'efforce de repérer les turbulences. La pratique médicale s'instaure sur cette différence propice aux malentendus, cet écart entre deux discours d'une égale légitimité, mais de niveaux distincts. Elle s'attache, non sans difficulté, à dissiper par l'interrogatoire les malentendus ou les incompréhensions prodigués par son éloignement du discours profane. En deçà des particularités individuelles et culturelles qui enveloppent la plainte, le médecin s'efforce d'établir la juridiction exclusive de ses connaissances et de son savoir-faire. En ce sens, tout symptôme, quel qu'il soit, n'apparaît jamais qu'à travers de multiples écrans: son évocation par le médecin ou le profane impose le détour de la traduction d'un texte originel jamais donné en toute objectivité, même si elle peut l'être en toute rigueur.

La légitimité de l'opinion du malade ne saurait être mise en doute puisque la maladie est d'abord la sienne avant d'être le souci professionnel du médecin rappelle Georges Canguilhem, médecin et philosophe (1966). La consultation médicale est une modulation entre le savoir et les compétences du médecin, intégrés dans une vision du monde partagée avec ses pairs, et le savoir têtue du profane qui obéit à une autre vision du monde conditionnant son existence. Toute pratique médicale exige la prise en compte de la culture mise en jeu par le patient pour dire les souffrances qui le traversent ou les surprises que son corps lui révèle. La langue du médecin n'est pas celle qui imprègne l'expérience corporelle du malade immergé dans les attitudes et les valeurs de ses adhésions culturelles propres. La consultation médicale est toujours une négociation informelle où le médecin tient la barre mais doit s'accommoder des informations qu'il réussit à obtenir d'un patient plus ou moins coopératif et dont il lui faut parfois ménager le tempérament s'il veut aboutir à un diagnostic pertinent.

La bonne volonté apparente du patient, sa collaboration régulière n'est pas toujours une garantie, elle fait parfois surestimer par l'équipe soignante ce qui a été réellement compris. Je me souviens, il y a une vingtaine d'années, d'une visite de routine d'un migrant suivi par une équipe hospitalière avant le retour au pays. L'homme est turc et séropositif, on lui a longuement expliqué la nature de son état et les précautions à prendre. Mais l'interprète sidéré, découvre que le seul souci de l'homme consiste dans la pension qu'il s'inquiète de continuer à toucher dans son

village. Pour le reste, il a vaguement compris qu'il avait une "sciatique" ou quelque chose comme ça. Aucune importance, le problème à ses yeux réside dans cette pension: ¿suivra-t-elle en Turquie? Il n'a rien compris à la dangerosité de son état et au risque de transmission du VIH à son épouse. L'apparente docilité de l'homme a donné à l'équipe l'impression confortable qu'il avait saisi les enjeux de son état. Incompréhension réelle ou déni, autre hiérarchie de valeur, l'identité de cet homme était plus affectée par la crainte que sa pension ne lui soit plus versée que par une séropositivité tout-à-fait abstraite à ses yeux.

2.-L'hôpital, lieu de toutes les diversités

En ce qu'il rassemble, du fait de son fonctionnement, des hommes ou des femmes aux multiples origines sociales et culturelles l'hôpital est un haut lieu de ces divergences de comportements ou de représentations susceptibles d'aboutir à des malentendus ou des tensions entre les soignants et les patients, ou à une non-observance de son traitement par le patient. Pour la plupart des individus elle est l'équivalent de l'entrée en une terre étrangère dont ils ne parlent pas la langue et ignorent les usages. Même d'ailleurs pour des médecins hospitalisés qui découvrent une certaine âpreté de l'hôpital, la difficulté de la reconnaissance de soi, et changent par la suite radicalement leur attitude envers leurs patients et le personnel soignant. J'en ai souvent recueilli le témoignage.

Dans *Le pavillon des cancéreux*, Soljenitsyne décrit une expérience commune mais qui touche ici un apparatchik en plein désarroi, dépossédé de tout ce qui faisait sa vie politique, professionnelle et familiale. "Il lui avait suffi de se changer, sous l'escalier, de dire adieu à sa femme et à son fils, et de monter dans cette chambre, pour que toute sa vie d'avant, harmonieuse, réfléchie, se fermât comme une porte qui claque, supplantée brusquement par une autre vie, si abominable qu'elle lui faisait plus peur que sa tumeur même". En effet, l'hospitalisation est, en principe, une expérience rare, et souvent inaugurale. Celui qui franchit le seuil de l'hôpital se voit dépouillé de ses valeurs propres, de son rapport intime à soi et de ses manières traditionnelles d'être avec les autres. Mis à nu, en position horizontale, privé de toute autonomie, souffrant ou angoissé par ses maux, il est contraint à un compromis avec son sentiment d'identité.

En ce qui concerne la conduite de son existence, la personne hospitalisée doit s'en remettre à l'institution qui le transforme, dans l'ensemble de ses faits et gestes, en "patient", modifie son statut social, lui impose un emploi du temps et des interactions dont il n'a pas la maîtrise. L'hospitalisation ne signifie pas seulement

une diminution considérable de l'autonomie personnelle ou le dépouillement des rôles successifs qui jalonnent d'ordinaire la vie quotidienne, elle implique surtout un mode de gestion totale de l'individu pendant la durée de son séjour. Les règles et les usages de l'institution s'imposent à lui à la manière d'une culture hermétique dont les éléments se dévoilent un à un, jalousement gardés, malgré ses efforts pour essayer de comprendre. La langue est imprégnée d'un jargon qui lui échappe. Une succession de professionnels se relaient à son chevet dont il peine à identifier la fonction, il est amené à décrire plusieurs fois les mêmes symptômes à des interlocuteurs différents, à subir les mêmes examens, avec un irritant manque de coordination. Certes, du fait de la diversité des patients accueillis, l'hôpital est contraint à uniformiser les procédures d'accueil et de prise en charge. Mais cela ne dédouane pas les personnels administratifs et surtout soignants de la nécessité morale de s'ajuster à la singularité des patients dont ils ont la responsabilité. Les ritualités de l'hôpital confrontent l'usager à un apprivoisement malaisé de son organisation et de son langage, à la manière dont le voyageur ou l'ethnologue entrent peu-à-peu en contact avec une communauté humaine dont ils ignorent les usages et les mœurs.

L'hospitalisation introduit l'ensemble des patients, indépendamment de leur origine ou de leurs références sociales et culturelles, à un lieu et à une durée hors de toute familiarité, elle plonge au sein d'un groupe social dont les codes sont souvent largement ignorés. L'ésotérisme de la culture médicale ajoute un supplément d'appréhension contraignant à la nécessité de préserver une identité menacée (ou présumée telle). La médecine, et plus encore l'hôpital, manifestent une culture savante fortement éloignée des significations que vivent ou que peuvent s'approprier une majorité des usagers: solennité et hiérarchie des relations entre les professionnels, jargon de métier, difficultés d'identifier la fonction des différents soignants, complexité des procédures de soins et d'examen, langage hors de portée de la compréhension ordinaire, imposition d'un emploi du temps dictant son rythme indépendamment de la volonté du patient, etc. L'hôpital est une sorte de huis-clos structuré autour de la logique médicale, et fonctionnant avec ses repères propres qui ne sont pas ceux des profanes. Indifférent aux références sociales, culturelles, religieuses ou personnelles des patients, l'hôpital tend à uniformiser les soins, à négliger ou à sousestimer les singularités liées à leur histoire ou à leur origine. Cet environnement amène le patient à développer des accommodations identitaires visant à maintenir le sentiment de dignité, d'estime de soi, de continuité, etc. Si dans la vie courante par exemple, il est inadmissible

qu'une personne sollicitée ne réponde pas à une question ou à une salutation, le patient apprend vite à l'hôpital qu'il vaut mieux parfois ne pas aller au-devant d'une rebuffade, notamment lors de la visite de certains patrons ou médecins.

L'hospitalisation impose également au malade une situation régressive de prise en charge susceptible de l'incommoder (partager l'intimité d'une chambre avec un autre malade, recevoir des visites en étant couché ou en pyjama, sans offrir une image de soi favorable, etc.). Le patient met en place un mode de défense, de modulation de son identité, pour ne pas se laisser entamer alors que dans la vie ordinaire chacune des situations évoquées ci-dessus serait rédhitoire à cet égard. Il doit se rappeler le contexte dans lequel il est plongé, et faire l'hypothèse que les professionnels qui l'entourent, qui réalisent parfois des soins intimes, les proches et ses amis qui le visitent, tiennent compte de ces circonstances. L'hôpital est une structure symbolique qui ritualise l'inconvenance, l'intègre dans ses routines et préserve ainsi les modes de défense de l'individu. La nudité, par exemple, n'y est pas, en principe, vécue comme une violation de l'identité si elle est exigée par un soin ou un examen, alors que dans un contexte différent elle impliquerait un sentiment de honte. Si la logique hospitalière favorise la protection de l'identité du malade malgré le retrait hors de son environnement et de ses repères familiers, elle mise aussi sur ses capacités d'adaptation, sur sa patience, voire sur son impuissance ou sa peur de représailles plus ou moins imaginaires. Cependant la série d'interactions nouées avec les professionnels hospitaliers peut déboucher sur des malentendus ou des tensions, voire sur des conflits déclarés avec des patients qui ne supportent pas telle ou telle situation dans laquelle ils ont eu l'impression d'être nié dans leur identité propre, bafoué dans leurs droits de malades. L'hôpital est un lieu fertile en malentendus. Régulièrement la fameuse exhortation à "humaniser l'hôpital" revient à l'ordre du jour, appelée par tel ministre de la santé, telle coordination infirmière, ou telle enquête dans un magazine de la presse écrite ou parlée, à moins qu'elle ne soit une revendication des médecins eux-mêmes ou de groupements d'usagers sensibilisés aux dysfonctions.

Le rapport à la différence est la question clé de l'hôpital. Cette situation de ghetto culturel soulève le souci pour chaque patient, quel qu'il soit, d'être reconnu et soigné dans le respect de sa singularité, dans les limites des règles de l'institution. Davantage sans doute pour les membres de milieux populaires, plus désarmés que les autres pour s'approprier les clés d'un tel système et moins enclins à revendiquer des droits en rappelant les devoirs de l'hôpital. Mais la personne issue de la migration (plus encore sa compagne) incarne sans doute (avec les gens du voyage),

la pointe extrême de l'éloignement de la culture hospitalière, et elle est celle qui risque le plus de voir son sentiment d'identité mis à mal par les conditions de l'hospitalisation du fait de l'écart culturel. Souvent originaire d'un milieu rural, le migrant appartient à une culture dominée, manie mal la langue française, il est imprégné de valeurs culturelles différentes de celles les plus courantes du pays d'accueil, il est souvent adepte d'une religion qui lui impose des devoirs précis que le contexte hospitalier n'est pas toujours enclin à favoriser. La crainte du racisme alimente parfois une prévention contre le milieu d'accueil car il y est livré apparemment sans défense, hors du groupe au sein duquel il est immergé, hors de sa famille. Celui qui se contentait du seul trajet entre son lieu de travail et son foyer d'hébergement par crainte de s'exposer, se voit soudain sous le feu des projecteurs. Les conditions de soins et d'hébergement qu'il rencontre (fortement contrasté d'un service ou d'un hôpital à l'autre et sous la dépendance de facteurs interindividuels imprévisibles) renforcent ses craintes et son repli sur lui-même, ou à l'inverse l'amènent à nuancer ses préjugés et à s'ouvrir aux interactions qui le sollicitent s'il sent autour de lui la bienveillance et la reconnaissance de sa personne.

Dans toute relation soignants-patients s'interpose de part et d'autre un écran de fantasmes plus ou moins favorables, des zones d'ambiguïtés, d'ambivalence dont le soignant est loin d'avoir le monopole, même s'il est en position symbolique d'autorité. Le malentendu est parfois le fait d'une méprise, d'un manque élémentaire de connaissance ou d'intuition, ou simplement d'empathie, quelle que soit l'origine sociale et culturelle du patient. Les patients refusent certains propos expéditifs, des silences à leurs questions, ils sont blessés par certaines attitudes, par des consignes qui ne leur sont pas données et qui empêchent un soin ou retardent un départ. Souvent en effet le soignant est dans une telle évidence de sa pratique et de ses catégories propres qu'il n'envisage pas un instant que le patient ne réponde sans dilemme aux stéréotypes qu'il projette sur lui. Le malentendu tient à la surestimation des médecins du degré d'accord des patients, et notamment des migrants ou des étrangers à leurs propositions de traitement.

Mais certains patients échouent à contextualiser leur hospitalisation et les soins reçus et se rebiffent, parfois avec violence. Un certain nombre de faits divers de ces dernières années touchent moins à des malentendus ou à des écarts culturels qu'à une volonté intégriste d'imposer une vision plus personnelle des soins ou des examens médicaux. Ce sont surtout les femmes qui en sont les enjeux, quand elles-mêmes ou leur mari refusent des examens ou des soins effectués par des hommes. L'ethnocentrisme est une valeur bien partagée. Pour tenter d'éviter ces

débordements, en France, depuis quelques années une charte de la laïcité est placardée dans les couloirs des hôpitaux, elle rappelle que le patient ne peut choisir son médecin en cas d'urgence, ni imposer ses convictions personnelles avant un soin : «Les usagers des services publics ont le droit d'exprimer leurs convictions religieuses dans les limites du respect de la neutralité du service public, de son bon fonctionnement et des impératifs d'ordre public, de sécurité, de santé et d'hygiène».

3.-Aménager la rencontre et le soin

Le fait de ne pas comprendre l'attitude d'un patient, par exemple son refus d'un soin ou d'un médicament, son désaccord avec la manière dont il est traité (ou plutôt maltraité) n'est nullement une fatalité si l'on cherche la signification de son geste en dialoguant avec lui, en lui donnant le sentiment qu'il a sans doute de bonnes raisons même si elle sont contraires à ce qui serait le meilleur pour lui. Un compromis est plus facile à réaliser dans ces conditions de reconnaissance mutuelle. En voici un exemple: Malika est une jeune femme marocaine, mariée et mère de plusieurs enfants. Elle parle bien le français. Elle souffre de céphalées pour lesquelles elle a été vainement traitée. Néanmoins, elle est de retour à l'hôpital pour la consultation extérieure avec la même plainte. Le médecin qui l'accueille lui rappelle l'échec des précédents soins. Il met en doute la pertinence d'une nouvelle hospitalisation, il confesse son embarras. Il essaie cependant d'aller au-delà, face à la détresse de la jeune femme. Il lui demande si elle ne perçoit pas un lien entre ses maux de tête et le fait qu'elle soit d'origine marocaine et coupée de ses racines. "Non, répond-t-elle vivement, ce sont des émigraines". Elle marque une hésitation, soudain conscience de son lapsus. Elle vient à son insu de faire jaillir une signification dont elle ne voulait pas parler. Elle éclate de rire, avec le médecin (et nous-mêmes, observateur). Et la connivence ainsi créée libère la parole. "Il y a des gens qui me veulent du mal, chez moi, dans mon village". Malika parle ensuite d'un marabout qui pourrait sans doute dénouer la situation. Elle aimerait aller le consulter, mais elle hésite. Le médecin l'encourage dans sa démarche. Malika est arrivée à la consultation avec un visage fermé, morose, elle s'en retourne riieuse. Pour dire sa difficulté à s'y retrouver dans la confusion de ses deux références culturelles, elle use à son insu d'un modèle d'inconduite propre à la société de son enfance. Mais ses troubles ne sont pas repérables à travers le paradigme anatomo-physiologique de la médecine occidentale. Malika, bien insérée en France, adhère à cette rationalité médicale et ne peut comprendre que les médecins échouent à soulager des maux aussi aisément identifiables. D'où son obstination, mais au

détour d'un lapsus surgit l'ambivalence: l'acculturation française n'a pas totalement effacé ses premières références culturelles. Elle est écartelée entre l'univers de son enfance et celui de sa réalité tourangelle quotidienne. Sans le savoir, Malika est venue demander au médecin qu'elle estime, une autorisation à retourner dans son village voir le guérisseur traditionnel. La réconciliation avec des valeurs perçues comme surannées se fait par la parole d'un représentant officiel de la rationalité médicale. A travers cette reconnaissance, l'ambivalence de Malika disparaît, elle peut enfin envisager ce recours sans crainte, sans arrière-pensée. Le médecin a établi une passerelle entre les identités fragmentées de Malika. Il a apaisé le conflit qui se jouait en elle entre ces deux systèmes de références, ces deux fidélités qu'elle percevait comme opposées (Bagros, Le Breton 1989).

Nombre de malentendus interculturels ont leur source dans ce décalage des attentes mutuelles, liées à la méconnaissance des valeurs fondatrices de l'Autre et de l'absence de négociation entre les partenaires de l'échange. Et à l'indifférence envers les représentations qui concernent le corps, la maladie, la douleur, les soins, etc., considérés souvent d'emblée comme des préjugés ou des ignorances. La routine hospitalière en uniformisant les interactions avec les malades produit nombre d'entorses à l'identité du sujet, quelle que soit son origine sociale et culturelle. Elle mobilise ses ressources, ses capacités de résister à ce qu'il perçoit comme une indifférence coupable, une blessure narcissique ou un outrage. Je l'ai vécu moi-même et j'ai souvent eu l'occasion de recueillir des dysfonctionnements fâcheux, douloureux pour le patient. Pour ne pas être entamé par une telle situation, il faut effectuer moralement un tour de passe-passe qui consiste à accepter provisoirement lors de la visite du patron, par exemple, de n'être qu'un pur objet, porteur d'une affection présentée aux étudiants ou à la sagacité des médecins comme une pièce intéressante dans un musée anatomique. Cette opération symbolique exige notamment une familiarité avec les mœurs médicales, ou une conscience particulière de son impuissance dans la vaste machinerie de l'établissement. Mais le patient, surtout s'il est d'origine migrante, n'est pas toujours enclin à l'un ou l'autre de ces sentiments étrangers à ses familiarités. Une situation critique est parfois vécue comme une agression pure qui suscite une rébellion immédiate ou la honte.

Les conditions d'existence modèlent les comportements jusqu'à un certain point mais il ne faut pas les transformer en stéréotypes venant occulter la singularité du malade. On ne peut verser la plainte et ses manifestations au seul crédit de la culture ou de la condition sociale. Celles-ci n'existent qu'à travers les hommes qui

les vivent et les significations qu'ils donnent à leur expérience. La culture ne s'impose pas comme une structure massive à des acteurs conditionnés. D'autres influences introduisent des ruptures et des continuités: cultures régionales et locales, rurales et urbaines, différences de générations, de sexe, etc. Chaque individu s'approprié les données de sa culture ambiante selon son histoire personnelle et les rejoue selon son style. La relation intime à la douleur ne met pas face-à-face une culture et une lésion, mais immerge dans une situation douloureuse particulière un homme dont l'histoire est unique même si la connaissance de son milieu, de son appartenance culturelle, de sa confession, donnent des indications précieuses sur le style de ses réactions. Cependant, dans la pratique soignante l'indifférence aux origines sociales et culturelles du malade n'est pas une erreur moindre que celle de le réduire à un stéréotype de sa culture ou de sa classe: manière commode et brutale d'élaguer la complexité des choses en une poignée de recettes, en un répertoire de prêt à penser et à agir. Erreurs redoutables et communes nées l'une et l'autre d'une égale bonne conscience. En éprouvant sa maladie ou sa douleur l'homme n'est pas le réceptacle passif d'organes spécialisés obéissant à des modulations impersonnelles dont seule la physiologie pourrait rendre compte. La manière dont il intériorise sa culture, les valeurs qui sont les siennes, le style de son rapport au monde, les circonstances particulières où il est plongé, composent un filtre spécifique. Face à la douleur, par exemple, les différences rencontrées au sein d'une même culture sont parfois plus marquées que celles qui distinguent les cultures entre elles sous ce même rapport (Le Breton, 2008 & 2018).

4.-Conclusions. Une éthique des soins à l'hôpital

On ne peut soigner un patient dans l'indifférence ou la violation des valeurs fondatrices qui constituent son existence. Lorsqu'un heurt se produit: le refus d'un soin par exemple, la solution emprunte la voie d'un échange prenant en compte la personne du malade, son avis, la raison de son objection, etc. La compréhension de son comportement est l'attitude première sinon rien n'est possible, hormis une action mécanique, indifférente à la volonté du malade et qui ne sera pas assimilée ou induira un conflit avec le service ou une fois rentré chez lui à un abandon des soins. Ensuite à travers l'éventuelle médiation d'un interprète, le dialogue se noue, le médecin ou l'infirmière expliquant le niveau de nécessité du soin refusé, ses conséquences, etc. Le malade faisant lui-même part de ses craintes, expliquant son attitude.

Le respect de la différence, l'éthique des soins en situation interculturelle, n'est pas une question unilatérale, elle implique une sorte de négociation informelle qui laisse au soignant et au patient le sentiment partagé d'avoir été compris et reconnu. Mais encore une fois, ces tensions ne sont nullement le monopole des patients issus de la migration, n'importe qui peut se sentir indisposé par le dispositif institutionnel de l'hôpital qui n'est pas centré sur l'individu mais sur la généralité.

Le rapport à l'altérité appelle une modulation des soins et de la relation. Elle demande au soignant plus qu'un savoir ou un savoir-faire, elle exige un savoir-être. Cette qualité de présence auprès des malades migrants ne se fonde pas nécessairement sur une connaissance érudite des cultures dont ils sont originaires. La simple conscience de la relativité de ses valeurs personnelles, le sentiment que tout comportement est rattaché à une signification, même le plus surprenant, une bienveillance qui à mes yeux est consubstantielle au métier de soignant, ouvrent la voie à un accueil propice. L'étonnement ou la curiosité plutôt que la méprise et le mépris. Les conditions d'un tel échange tissent l'égale dignité des interlocuteurs, il est rare qu'une solution ne s'impose pas dans le sentiment mutuel d'avoir su surmonter un obstacle. Quand la communication s'établit sur ce mode, les difficultés s'effacent ou se rétablissent à hauteur d'homme, la parole se délivre sans appréhension, et le motif initial de tension ou d'incompréhension perd son acuité. La demande de reconnaissance formulée par le patient rencontre un écho auprès de l'équipe soignante, la souffrance ayant trouvée une écoute, souvent le soin est admis sans réserve, ou un aménagement accepté. Si la délibération commune prend la place de l'imposition tout un univers de solution se présente. A l'inverse le soignant réagissant avec impatience ou agressivité, témoignant d'une arrogance, ne cherchant pas à comprendre mais jugeant, enkyste la demande implicite du malade d'être pris en considération, et fixe des positions difficiles ensuite à modifier. En revanche, la capacité de modulation personnelle du soignant, l'intuition de la différence de l'autre, amène à une communication où les appartenances culturelles deviennent secondaires. Le soignant atteint alors la dimension anthropologique du soin, il part du principe que «rien de ce qui est humain ne lui est étranger».

La tâche des soignants consiste idéalement à répondre à la plainte sans présumer de son intensité, sans projeter leurs valeurs et leurs comportements propres pour juger de l'attitude de leurs patients. De nombreux travaux pointent une fréquente sous-évaluation de la douleur des patients pour les soignants. L'homme en bonne santé et actif est mal placé pour juger de la souffrance de l'autre, il risque la

projection de sa psychologie propre au détriment du patient. Il convient de soigner la personne en tant que personne, dans sa singularité et non comme un simple organisme indifférent. La qualité des soins ne saurait être diminuée sous prétexte, s'agissant par exemple de la douleur, que certaines catégories sociales seraient plus endurentes que les autres ou ne demande rien. Tous les usagers doivent bénéficier d'une même attention, et des soins et des recours antalgiques appropriés, selon l'intensité et la nature de leurs maux. Le stéréotype culturel empêche parfois d'entendre et de soulager la douleur. La tendance des soignants à sous-évaluer la douleur de leurs patients et à minorer les traitements antalgiques, s'appuie parfois sur ces préjugés (le «syndrome méditerranéen», par exemple (Le Breton, 2019 & 2017).

Dans tout exercice professionnel impliquant la mise en jeu de l'Autre, trois données s'enchevêtrent: le savoir, le savoir-faire et le savoir-être. Dans la pratique médicale le savoir est valorisé par la Faculté, le savoir-faire par la clinique, et le savoir-être par le malade. Sous peine de perdre un vecteur thérapeutique essentiel le médecin ne peut se couper de l'une ou l'autre de ces dimensions. A cette condition il soigne non plus l'organe malade, mais l'homme souffrant, sachant que celui-ci est immergé dans une culture qui lui est propre (représentations, valeurs, etc.), une condition sociale (mode de vie, etc.) et relationnel (couple, famille, etc.) Sans omettre une singularité qui ne saurait se réduire à l'une ou l'autre de ces composantes car leur conjugaison n'épuise pas ce qu'il est en tant qu'individu tributaire d'une histoire et d'une psychologie propres. Le médecin n'échappe d'ailleurs pas davantage à ces caractères, il est aussi un homme ou une femme, un enfant ou une personne âgée, immergé au sein d'une culture (sa culture médicale, mais aussi celle propre à son éducation), une condition sociale, une trame relationnelle, une psychologie et une histoire propres. Contre la tentation d'imposer sa vision du monde, fidèle en cela au zèle apostolique que dénonce Balint (1966), il importe qu'il soigne son patient dans le sentiment partagé d'une égale dignité et d'une reconnaissance mutuelle. Dès lors les conditions d'une médecine de l'homme sont réunies.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIE

- Bagros, D. & Le Breton, D. (1989). Les émigraines: interculturalité et anxiété à l'hôpital, *Le Journal des Psychologues*, n°73, 405-413.
- Balint, M. (1966). *Le médecin, son malade et la maladie*, Paris: Payot.

- Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique*, Paris: PUF.
- Devereux G. (2012). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Paris: Champ-Flammarion.
- Good, B. (1999). *Comment faire de l'anthropologie médicale?* Paris: Synthélabo.
- Le Breton, D. (2019). *Antropología del dolore*, Santiago: Metales Pesados.
- Le Breton, D. (2017). *Sensing the world. An anthropology of the senses*, London: Bloomsbury.
- Le Breton, D. (2014). *Les passions ordinaires. Anthropologie des émotions*, Paris: Payot.
- Le Breton, D. (2010). *Tenir. Douleur chronique et réinvention de soi*, Paris: Métailié.
- Le Breton, D. (2007). "Ethique des soins en situations interculturelle à l'hôpital"; en: Hirsch, E. (Dir.). *Ethique, médecine et société. Comprendre, réfléchir, décider.* (pp.35-38). Paris: Espace éthique-Vuibert.
- Nathan, T. (2001). *Nous ne sommes pas seuls au monde. Les enjeux de l'ethnopsychiatrie*, Paris: Seuil.
- Strauss, A. (1992a). *Miroirs et masques*. Paris: Métailié.
- Strauss, A. (1992b). *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme.* Paris: L'Harmattan.

CAPÍTULO II

PEDAGOGÍA HOSPITALARIA: UN RESUMEN DE 35 AÑOS DE HISTORIA

Verónica Violant Holz
Universidad de Barcelona, España

Carina Soledad González-González
Universidad La Laguna, España

Sarah Muñoz-Violant
*Grupo de Investigación en Pedagogía Hospitalaria en Neonatología y Pediatría
Universidad de Barcelona, España*

Preámbulo

Desde la publicación de la Carta Europea sobre los Derechos de los Niños Hospitalizados, por el Parlamento Europeo en 1986 (si bien es cierto, que fue en 1984 que tiene origen dicho documento), el concepto de Pedagogía Hospitalaria (PH) ha estado muy de la mano de dichos derechos, en especial aquellos referidos a la Educación. Derechos que han tenido implicaciones más allá de Europa, siendo América Latina, uno de los continentes que ha adoptado parte de estos derechos, redactando, para garantizar su implementación, la Ley Marco sobre el derecho a la educación de los niños, niñas y jóvenes hospitalizados o en situación de enfermedad en América Latina y el Caribe, aprobada en el Parlatino, en 2015.

Si nos centramos en España, como país referente respecto al concepto anteriormente mencionado, podemos datar por ahora, 1986 con la publicación de Quintana-Cabanillas, de un artículo donde hace la alusión de la Pedagogía Hospitalaria como especialidad profesional-pedagógica en pedagogía social. Tras algunos escritos relacionados con la PH, González-Simancas y Polaino-Lorente en 1990, publicaron posiblemente el primer libro dedicado a la Pedagogía

Hospitalaria, donde se pone de manifiesto este concepto, desde la actividad educativa en ambientes clínicos. Cabe destacar que Polaino-Lorente y Lizoasoáin (1992) refieren, esfuerzos desde el pensamiento de la PH, para garantizar el derecho a la educación, 1) desde la asistencia y labor pedagógica al niño hospitalizado en el hospital y 2) en referencia a las normativas y profesionales que llevaban a cabo la tarea de educar, en años anteriores a su publicación.

El objetivo de este capítulo de libro es presentar los resultados de la revisión sistemática en la base de datos de Google Scholar por considerarla como fuente de documentos de primer y segundo orden, tales como, artículos académicos, tesis doctorales, pero también como fuente de trabajos de final de máster, grado, entre otros documentos, con la búsqueda del concepto de pedagogía hospitalaria, en inglés y en castellano con la ecuación: “hospital pedagogy” o “pedagogía hospitalaria”. El análisis distinguió los artículos por pares coincidentes en base de datos anteriormente mencionada, con EBSCO (databases CINAHL, MEDLINE, PSICODOC, PsychINFO, PsycArticles, Psychology and Behavioral Sciences Collection, ERIC y Teacher Reference Center) y SUMMON, y responde a tres preguntas: 1) ¿Qué tipo de producción académica presentan los textos relativos a la Pedagogía Hospitalaria?; 2) ¿Qué tópicos son los más trabajados en Pedagogía Hospitalaria? y; 3) ¿Cuál es la naturaleza científica de la Pedagogía Hospitalaria?

La revisión, después de eliminar los duplicados, arrojó 338 documentos en la base de Google Scholar, 19 en EBSCO y 48 en SUMMON. El análisis a través de las palabras claves indica que la máxima producción de textos en PH se muestra en artículos de revista, seguido de trabajos de fin de carrera/grado y postgrados/másters. La máxima producción es en portugués, seguida del castellano. Aunque ha habido producción de textos en PH desde 1992, no es hasta 2015 que la producción de textos coge verdadera tracción. Este análisis también muestra que los tópicos más trabajados son los relacionados con el hospital, ya sea desde la educación, la acción o la persona que recibe dicha acción. La naturaleza científica de la pedagogía hospitalaria se ve a través de las revistas que han publicado textos revisados por pares. El análisis de las revistas indexadas en bases de datos que miden calidad de investigación (SJR, JCR) muestra que solo 7 están indexados en SJR y 3 en JCR.

Como conclusión se remarca la necesidad de cubrir el vacío científico en revistas indexadas en este campo. Por ello, debemos seguir con el uso del concepto de pedagogía hospitalaria como palabra clave.

1.-Introducción

Pedagogía Hospitalaria:
¿como parte de la pedagogía social?,
¿como modalidad educativa?,
¿como respuesta inclusiva?,
¿como paradigma emergente? o simplemente,
¿como concepto?

Contestar estas preguntas no son tarea que se pueda acometer sin asumir riesgos en el camino. Abordémoslas desde las bases, es decir, desde la aproximación del propio concepto desde el sentido epistemológico. Epistemología, como concepto que proviene del griego ἐπιστήμη —epistēmē, aludiendo al conocimiento y λόγος —lógos, aludiendo al estudio. Con ello añadimos dos nuevos conceptos que deberemos sostener y defender: *conocimiento y estudio*. Esto nos lleva a pensar y a preguntarnos: ¿cuál es entonces la naturaleza de este “saber” y saberes (teoría del conocimiento) sobre los cuales se sustenta y acompaña?

Tomemos como saber, como conocimiento a la Pedagogía, y vayámonos a su origen también. Pedagogía, proviene del griego paidagogos (παιδαγωγία), teniendo en consecuencia otros dos nuevos términos: paidos, que alude al niño en su genérico y gogía, al conducir o llevar. Para hablar del adulto desde la pedagogía nos iríamos al término andragogía, como ciencia o disciplina encargada de la educación permanente, lo que en la actualidad nombramos como “a lo largo de la vida”. El diccionario de las Ciencias de la Educación (1983), define la Pedagogía como la “reflexión sobre la educación, pudiendo situarse en varios niveles y direcciones” y sigue diciendo, “actualmente es posible hablar de ciencias pedagógicas, constituidas por todas las disciplinas que analizan, bajo todos sus ángulos (fisiológico, psicológico, psicosociológico, metodológico ...) los hechos de la educación ... se puede considerar también como un subconjunto de las ciencias de la educación” (p.1096). García Carrasco y García del Lujó (1995), definieron la Pedagogía como campo de conocimientos sobre los fenómenos educacionales ... fenómenos pertenecientes a procesos vitalmente necesarios, acontecimientos del mundo de la vida, procesos de influencia dirigidos hacia metas racionalmente buscadas, sistemas institucionales decididos por razones políticas, sucesos comportamentales consecuencia de la configuración y de las condiciones que plantean sistemas y entornos sociales.

Todo ello nos dibuja otro concepto y con ello otra proyección, el concepto de Educación. En su libro “La Educación”, Fernández y Serramona (1987), escribió en

las primeras páginas que este término era uno de los más utilizados en la vida cotidiana y que éste, era tan antigua como el hombre. Ahora podemos decir también que la COVID-19 lo ha mantenido en uno de los primeros lugares también.

Educación, procede del latín *ēducātiō*, aludiendo a la crianza o de *ēdūcō*, aludiendo a educar y entrenar. Para Comenio, la Educación debía entenderse como un arte y como tal, no podía ser otra cosa que la imitación de la propia naturaleza. Desde este pensamiento los procesos de enseñanza se inician o debieran iniciarse desde lo que está representado por el signo, como forma de expresión de significados. Este hecho nos trae el “aprendizaje por intuición”, pero también educar desde la experiencia-intuición-naturaleza y con ello al método en el proceso de aprender o lo que es lo mismo, a la forma como aprendemos “ad + prehendere” como el ir a atrapar y a su vez el “in + signare”, en el poner una señal, una insignia. Y ¿cómo lo hacemos? Pues bien, el arte de llevar a cabo este proceso bidireccional es lo que enunciamos como la didáctica.

¿Porqué aludimos a los conceptos anteriormente enunciados antes de hablar de Pedagogía Hospitalaria?

El reto más importante con el que se enfrenta la incipiente y actual educación hospitalaria es el hecho de autoconstituirse como ciencia en el ámbito de una pedagogía, no entendida ésta en general sino como una parte muy especial de ella. Dicho más brevemente este reto consiste en afrontar con eficacia la necesidad perentoria de elaborar una Pedagogía Hospitalaria que esté bien fundamentada científicamente. González-Simancas y Polaino-Lorente (1990, p.18). El mismo reto que seguimos enfrentando.

Han pasado ya 36 años desde que Quintana-Cabanillas (1984, p.368), hizo alusión a la protección contra la enfermedad y la salud, considerando los cuidados médicos como bienes o servicios en la descripción de las necesidades humanas elementales (como derechos) de bienestar ecológico. A su vez, en este mismo libro, y desde la óptica del trabajo social, describió 6 grupos de niños con dificultades uno de los cuales quedó descrito como los niños con carencias humanas fundamentales, siendo el síndrome del hospitalismo uno de los subgrupos a atender por haberse quedado privados de la satisfacción de sus necesidades básicas. Dentro de este mismo grupo, es importante remarcar que el niño carente de recursos culturales, es decir, el niño desescolarizado, está incluido, para las autoras, por ende, si no se da respuesta educativa por motivos de falta de salud. De hecho, la enfermedad era en

todavía en algunos países es una forma de marginalidad. De allí los grandes esfuerzos desde la educación con un modelo inclusivo en el que “los niños en situación de enfermedad y convalecencia” es uno de recursos adicionales educativos con necesidad de acción pedagógica personalizada. Por otro lado, no podemos dejar de citar a Margarita Díez Ochoa que en el año 1983 publicó un artículo titulado “la necesidad de la asistencia educativo-escolar en la hospitalización infantil” y en 1985 otra sobre “la asistencia pedagógica en la hospitalización infantil”. Al no poder localizar ambos documentos, no podemos asegurar que dicho concepto esté presente o no, en estas dos publicaciones.

Si aludimos a la definición dada por González-Simancas y Polaino-Lorente (1990, p.199), como la rama de la pedagogía, cuyo objeto de estudio, investigación y dedicación es el educando hospitalizado, en tanto que hospitalizado, con el fin de que continúe progresando en el aprendizaje cultura y formativo, y muy especialmente en el modo de saber hacer frente a su enfermedad, en el autocuidado personal y en la prevención de otras posibles alteraciones de su salud [...] con la ayuda de los profesores, pedagogos y psicopedagogos, cada uno de ellos en el papel que le corresponde.

Desde Cabanillas hasta la actualidad, y únicamente pasando por dos autores, la actual definición de Pedagogía hospitalaria debiera dar respuesta de manera implícita a las siguientes temáticas enunciada: derechos, educación, ciencia, saberes, salud, alteraciones de la salud, enfermedad, cuidados médicos, bienestar ecológico, autocuidado personal, investigación, aprendizaje, inclusión, profesores, pedagogos, psicopedagogos. Ampliar autores, significará aumentar palabras, hasta que finalmente saturemos los conceptos implicados y podamos dar una definición con todos ellos. Díez Ochoa (1987), alude a las prácticas que desde hace nueve años (esto nos sitúa en 1978) se estaban llevando a cabo en pedagogía hospitalaria en la Universidad de Navarra. Esto es a lo que queremos lograr con el análisis de las palabras clave en forma de nube, resultado del análisis de las palabras clave de la búsqueda sistematizada. Si bien es cierto que Gorgas (1991), habla de la labor pedagógica llevada a cabo en los hospitales en España, sorprendentemente en 1885, es aproximadamente en 1986 que los primeros escritos en que se aproxima esta labor pedagógica bajo el concepto de pedagogía hospitalaria. En la tabla 1, mostramos diversas definiciones que representan cambios en el pensamiento del concepto relativos a tres aspectos fundamentales: 1) el debate de si es una ciencia nueva, una rama de la pedagogía y de manera específica la pedagogía social, o hace razón de ser considerada una acción pedagógica, psicopedagógica o una

acción integral; 2) su finalidad y; 3) el contexto donde se lleva a cabo dicha acción y a la población a la que se dirige ésta. Pero podríamos encontrar tantas definiciones como autores se hayan propuesto definirla en alguno de sus escritos relativos a la infancia en situación de enfermedad y convalecencia.

Tabla 1. Pedagogía hospitalaria como concepto a lo largo de los años, a modo de ejemplo.

Quintana, J.M. (1986, p.41-42)	Referida a la Pedagogía Hospitalaria, entre otras, como especialidad de la Pedagogía Social: La pedagogía social es no sólo una especialidad profesional-pedagógica sino, más bien, todo un conjunto de ellas, a nuestro entender más de una decena.
González, J.L. (1990, p.199).	Nueva rama de la pedagogía social, cuyo objeto de estudio, investigación y dedicación es el educando hospitalizado (...) con el fin de que continúe progresando en el aprendizaje cultural y formativo, y muy especialmente en el modo de saber hacer frente a su enfermedad, en el autocuidado personal y en la prevención de otras posibles alteraciones de su salud.
Gorgas, A.M. (1991, p.141)	Atención psicopedagógica a los niños enfermos hospitalizados. Y sigue diciendo: advertir que el término "infant" (referido en la traducción del catalán a niño) podría limitar la extensión educativa, y nos gustaría remarcar que es importante que esta consideración quede abierta a todo enfermo con necesidades escolares o pedagógicas.
Lizasoáin, O. (2000, p.112)	Rama diferencial de la pedagogía que se encarga de la educación del niño, del adolescente enfermo y hospitalizado, de manera que no se retrase en su desarrollo personal ni en sus aprendizajes, a la vez que procura atender a las necesidades afectivas y sociales generadas como consecuencia de la hospitalización y de la concreta enfermedad que padece
Riquelme, S. (2007, p.11)	Claro ejemplo de una modalidad educativa que tiende a hacer realidad la equidad en educación, transformándose en un poderoso elemento de integración social, con miras a una educación inclusiva.
Zapata, C. (2012, p.15)	Enfoque de tipo situacional, si bien tiene unas directrices generales orientativas, es la situación particular de los niños-pacientes y el contexto institucional hospitalario quienes definen la ruta educativa a seguir, el acto educativo esta permanente cambio y renovación porque se desplaza de acuerdo con la evolución del estado de salud del niño, niña y adolescente. Una práctica educativa con capacidad permanente de adaptabilidad y flexibilidad según el momento.
Violant, V. (2017, p.23)	Acción integral que debería garantizar los principios éticos y bioéticos y, los derechos (incluyendo los deberes) de la persona incluso antes de vivenciar una situación de enfermedad y convalecencia, con la finalidad de mejorar el bienestar personal, familiar y social, a lo largo de la vida".
Violant, González-González y	Al final del capítulo de este libro.

Muñoz-
Violant, (2021)

Fuente: elaboración propia.

Las preguntas que nos hacemos frente a esta realidad anteriormente expuesta son:
1) ¿Qué tipo de producción académica presentan los textos relativos a la Pedagogía Hospitalaria?; 2) ¿Qué tópicos son los más trabajados en Pedagogía Hospitalaria?; 3) ¿Cuál es la naturaleza científica de la Pedagogía Hospitalaria?

El objetivo de este capítulo de libro es, a partir de la revisión sistemática de la literatura en Pedagogía Hospitalaria, explorar la naturaleza científica y la eficacia de los textos a partir del tipo de producción, sus palabras claves y su contenido y finalizar con una nueva definición del concepto teniendo en cuenta el camino delineado.

2.-Material y métodos

2.1.-Diseño y búsqueda

Se diseñó una estrategia de búsqueda que permitiera recuperar un mayor número de referencias centrada exclusivamente en el concepto de pedagogía hospitalaria como motor de búsqueda, siendo conscientes que dicho no se encuentra en conceptos thesaurus en los buscadores de Psysinfo, MeSH, Scopus y UNESCO.

Se realizó una búsqueda de la producción de textos de primer y segundo orden desde sus orígenes (fin fecha de inicio) hasta el 6 de junio de 2020 (aunque únicamente se consideraron los artículos publicados hasta 2019), para las preguntas 1 y 2 en Google Scholar, y para la pregunta 3 se complementó la búsqueda en las bases de datos EBSCO-UB (CINAHL, MEDLINE, PSICODOC, PsychINFO, PsycArticles, Psychology and Behavioral Sciences Collection, ERIC y Teacher Reference Center); SUMMON-UBC, con la siguiente ecuación (“hospital pedagogy” o “Pedagogía Hospitalaria”).

Para el análisis de la pregunta 3, se revisaron las coincidencias de la base de datos Google Scholar con los resultados de artículos por pares provenientes de las bases (EBSCO y SUMMON).

2.2.-Criterios de selección

Una vez arrojada la búsqueda, se preparó un documento de Excel con la totalidad de los artículos provenientes de las tres bases de datos. Los campos analizados fueron: base de datos, año de publicación; tipo de publicación; disponer o no de la información de ser artículo de revisión por pares; autor/es; país de realización del estudio; cita completa; palabras claves en castellano y/o catalán y/o inglés, y/o portugués; idioma de escritura de la publicación castellano y/o inglés.

Con el fin de poder contestar a nuestro objetivo del estudio, se clasificaron los artículos siguiendo unos criterios de inclusión y exclusión considerados como primer filtro. En un futuro cercano, nos planteamos nuevas preguntas de investigación que nos permitan contestar nuevas preguntas que nos ayuden a sustentar nuestra pensamiento y definición del concepto de pedagogía hospitalaria.

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
1.-Tipo de publicaciones 1.1.-Investigación empírica y artículos de revisión por pares 1.2.-Libros y capítulos de libro 1.3.-Tesis doctorales 1.4.-Trabajos de final de máster y final de grado/licenciatura 1.5.-Actas de presentaciones en congresos	1.-Tipo de publicaciones 1.1.-Cuentos, relatos y opiniones
2.-Población del estudio 2.1.-Cualquier edad poblacional	
3.-Criterios de publicación 3.1.-Palabras clave: escritas en castellano y/o inglés, y/o portugués.	3.-Criterios de publicación 3.1.-Los documentos que no se han podido localizar en abierto
4.-Idioma de publicación 4.1.-Palabras clave: castellano, catalán, y/o inglés, y/o portugués.	
Únicamente para las bases de EBSCO y SUMMON	
5.-Tipo de publicaciones 5.1.-Revisión por pares	1.-Tipo de publicaciones 1.1.-Entrevistas
6.-Idioma de publicación 6.2.-Artículos: escritos en castellano y/o inglés.	

Fuente: elaboración propia.

3.-Resultados

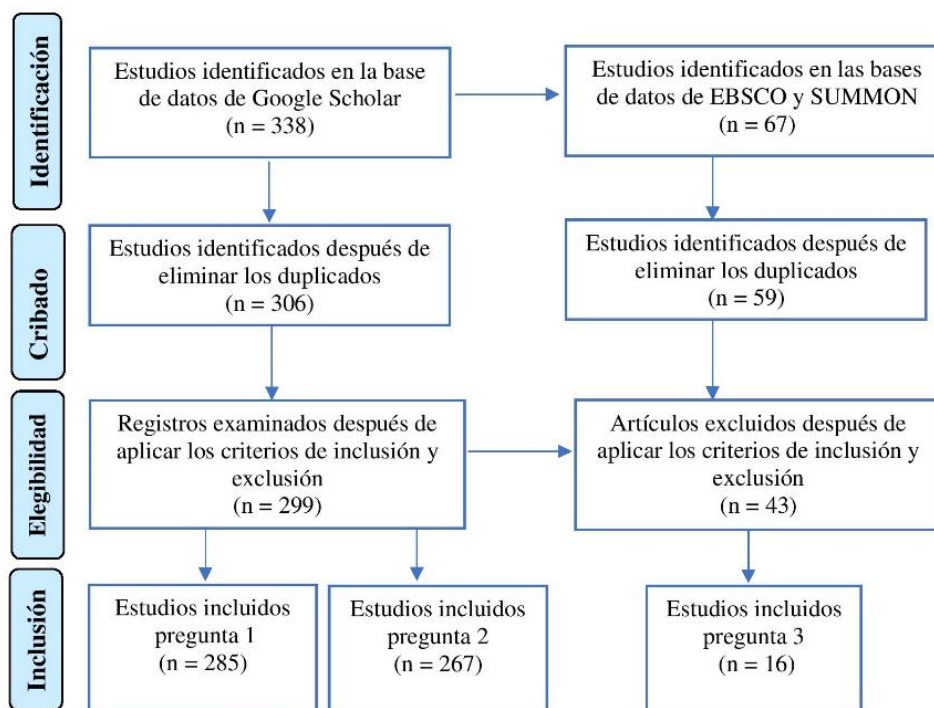
De los 338 artículos que arrojó la búsqueda en Google Scholar, eliminados los duplicados (32 duplicados) y aplicados los criterios de inclusión y exclusión (21 no disponibles), 285 artículos fueron elegibles para responder a la pregunta 1 y 267 para responder a la pregunta 2.

De los 67 artículos que arrojó la búsqueda en EBSCO-UB y SUMMON-UBC, eliminados los duplicados (8 artículos) y aplicados los criterios de inclusión y exclusión (43 artículos) y coincidentes con Google Scholar, 16 artículos fueron elegibles para responder la pregunta 3.

Una vez seleccionados los artículos, se elaboró un cuadro de análisis donde quedaron explorados los siguientes datos: Año de publicación, revisión por pares, tipo de trabajo, título, autores, país donde se llevó a cabo la investigación, intervención o el propio texto, cita en APA, palabras clave (en castellano, catalán, inglés y portugués). En caso de faltar el idioma castellano en las palabras clave, estas fueron traducidas.

La figura 1 presenta las fases de la metodología seguida y resultados obtenidos en cada una de ellas. Se cribaron de manera separada los estudios identificados en Google Scholar de los identificados en EBSCO y SUMMON dado que, para las dos últimas bases de datos, únicamente se consideraron, los artículos por pares coincidentes en Google Scholar.

Figura. 1. Diagrama de flujo de los estudios seleccionados en el proceso.



Fuente: elaboración propia.

A continuación, se presentarán los resultados organizados en función de la pregunta de investigación que intentamos responder a través de este estudio.

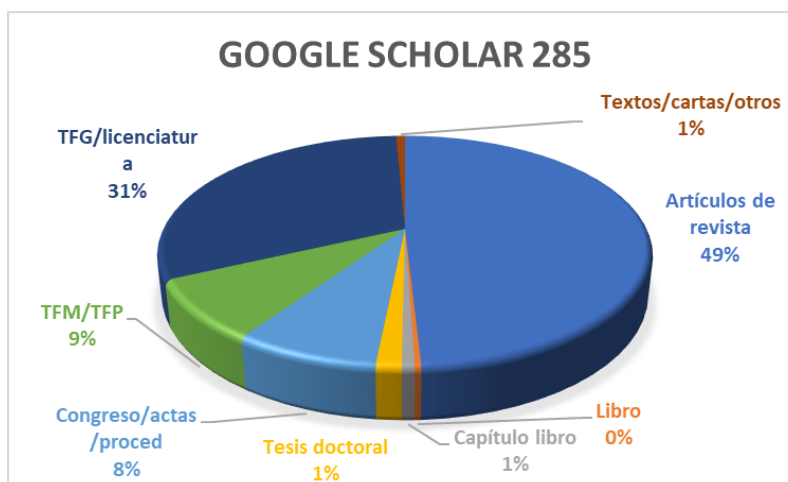
3.1.-Pregunta 1. ¿qué tipo de producción académica presentan los textos relativos a la Pedagogía Hospitalaria?

El análisis se ha llevado a cabo con las palabras clave de los textos. Es importante destacar que la máxima producción queda reflejada en artículos de revista. Dato que por él mismo no muestra la calidad en su publicación. Muy próxima es la producción de trabajos de final de carrera/grado. Si además le sumamos los trabajos de final de postgrado o máster, obtendríamo una cantidad prácticamente a la par de la producción de artículos. Este dato nos hace pensar que la producción académica está en el si de la preparación de los futuros profesionales y profesionalizadores (figura 2).

La máxima producción está en Brasil, con el portugués como lengua vehicular. Seguidamente tenemos una producción en castellano, probablemente cuna del concepto de pedagogía hospitalaria (figura 3). Aunque se dio un pequeño

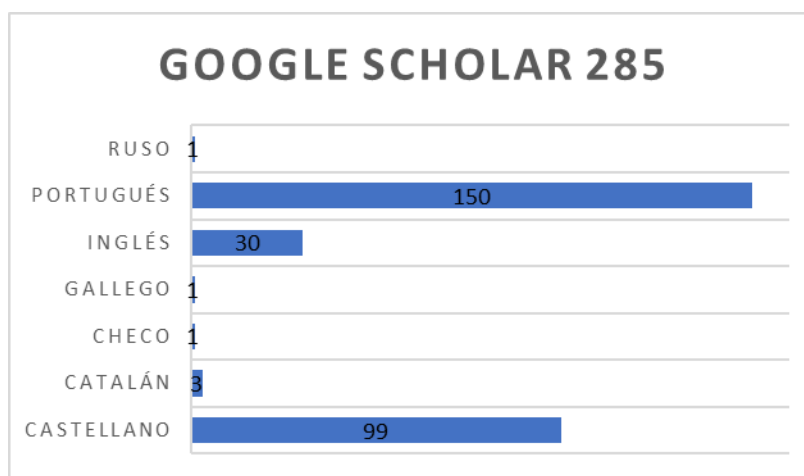
despunte entre los años 2012 y 2013, no es realmente a partir de 2015 y hasta la actualidad, donde ha habido la máxima visibilidad en la producción de textos en pedagogía hospitalaria. Si bien es cierto que desde 1992 se ha dado un goteo de textos en esta temática, no ponemos afirmar que realmente sea así, dado que dicha base de datos refleja lo que es accesible a ser visibilizado (figura 4).

Figura 2. Tipo de producción académica - Google Scholar.



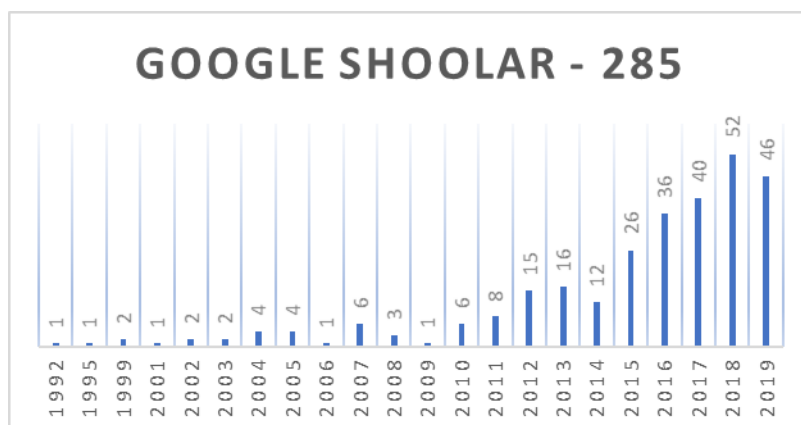
Fuente: elaboración propia.

Figura 3. Idioma en el texto - Google Scholar.



Fuente: elaboración propia.

Figura 4. Tendencia anual en la producción académica - Google Scholar.



Fuente: elaboración propia.

3.2.-Pregunta 2. ¿qué tópicos son los más trabajados en Pedagogía Hospitalaria?

El análisis se ha llevado a cabo con las palabras clave de los textos. De los 285 documentos analizados, 267 disponían de palabras clave, por lo menos en alguno de los idiomas incluidos en los criterios de inclusión.

Hemos querido presentar el conjunto de palabras (un total de 577 palabras distintas y 1.111 palabras totales) en función de sus repeticiones, en una sola imagen que pudiera concentrarlas, escogiendo la nube como forma de representación (figuras 5 y 6). Si nos vamos a los resultados de los conceptos que más se repiten podemos observar que la temática con un mayor abordaje es lo que envuelve al sentido del hospital ya sea desde la educación, ya sea desde la acción que se lleva a cabo o persona que recibe dicha acción. Queremos destacar conceptos como unidad, tratamiento intensivo, ternura, orientación vocacional, marginalidad, etc. que únicamente se repiten una vez. No creemos que sea por la poca importancia que puedan tener, sino por el hecho de ser conceptos que no forman parte de bases de tesauros y que, por ello, no han sido reflejados por ciertos autores/as.

Figura 5. Nube con la totalidad de palabras relativas a las 267 producciones académicas.



Fuente: elaboración propia.

Figura 6. Nubes con las palabras que se repiten 2 y 3 veces, relativas a las 267 producciones académicas.



Fuente: elaboración propia.

Tabla 4. Nube con la totalidad de palabras relativas a las 267 producciones académicas.

PALABRA CLAVE	REPETICIONES
pedagogía-hospitalaria	173
escuela-hospitalaria	54
educación	32
hospital	17
pedagogo	15
educación-especial	13
humanización	12
pedagogía	12
hospitalización	11
niño-hospitalizado	11

Fuente: elaboración propia.

3.3.-Pregunta 3. ¿cuál es la naturaleza científica de la Pedagogía Hospitalaria?

Tal y como podemos ver en los resultados obtenidos en la base de datos de Google Scholar, encontramos 148 artículos de revistas y 4 tesis doctorales publicados desde 1992 hasta 2019. Sin embargo, para dar respuesta a esta pregunta de investigación, nos centraremos en los artículos publicados en revistas científicas con revisión de pares, dado que siguen el procedimiento de validez y calidad científica que nos permitirá analizar la naturaleza del área de conocimiento de nuestro objeto de estudio: la pedagogía hospitalaria. Los resultados obtenidos de dicho cribado son 16 artículos que representan un 10,8% de los artículos encontrados en la búsqueda anterior y un 5,3% del total de trabajos sobre pedagogía hospitalaria analizados.

Para poder responder a la pregunta de la naturaleza científica de la pedagogía hospitalaria analizaremos las revistas científicas en donde han sido publicados los trabajos, el impacto de dichas revistas y las categorías científicas donde se clasifican e indexan las mismas.

Las revistas en donde han sido publicados los trabajos revisados por pares son las siguientes: Aula (3), Research, Society and Development (2), Revista de Educación (1), Actualidades Investigativas en Educación (1), Educación (1), Infancias Imágenes (1), HERJ Hungarian Educational Research Journal (1), Texto & Contexto – Enfermagem (1), Aula Abierta (1), Patient Education and Counseling (1), Psicothema (1), Bordón. Revista de Pedagogía (1) y Revista de pedagogía (1).

Desde el análisis de la categoría científica de las revistas que son indexadas en las bases de datos que se utilizan para medir la calidad de la investigación, que son los rankings de Scimago (SJR) de SCOPUS y en Journal Citation Reports (JCR) de la Web of Science, podemos determinar que: del total de revistas en donde se encuentran publicados los trabajos sobre pedagogía hospitalaria, 5 no están indexadas ni en SJR ni en el JCR. Por tanto, tal y como podemos ver en la tabla 2, sólo 7 están indexadas en SJR y 3 en el JCR. La tabla 2 presenta las categorías científicas de las revistas según las bases de datos de indexación.

Tabla 2. Categorías científicas de las revistas según las bases de datos de indexación.

Revistas indexadas	Categoría científica
SJR (2019)	
Aula Abierta	Social Science
Revista de Educación	- Education
Bordón	
Revista de Pedagogía	
Texto & Contexto - Enfermagem	Nursing - Nursing (miscellaneous)
Patient Education and Counseling	Medicine - Medicine (miscellaneous)
Psicothema	Psychology
Bordón	- Psychology (miscellaneous) - Developmental and Educational Psychology
JCR (2019)	
Revista de Educación	Education & Educational Research, Revista 224 de 263, Cuartil 4, factor de impacto 0,761
Patient Education and Counseling	Public, Environmental & Occupational Health Revista 64 de 193, Cuartil 2, factor de impacto 2,067 Otras categorías: Nursing, Social Science, Interdisciplinary
Psicothema	Psychology (multidisciplinary)

Revista 31 de 138, Cuartil 1, factor de impacto 2,632

Otras categorías: Psychology

Fuente: elaboración propia.

4.-Conclusiones

Podemos decir que en la actualidad la Pedagogía Hospitalaria se trabaja y esperamos que se escuche como consecuencia también, en las aulas universitarias, en segundo y tercer ciclo. Si bien es cierto que es Brasil seguida de España, los dos países de mayor producción académica. Ha sido a partir de 2015 cuando ha habido una tendencia a ir aumentando y en consecuencia ganando en visibilidad.

Según los resultados obtenidos, podemos decir que la naturaleza científica de la pedagogía hospitalaria es multidisciplinar, ya que combina diferentes campos científicos tal y como son la educación, salud (medicina y enfermería) y psicología.

También podemos observar en los resultados obtenidos que es un campo inmaduro a nivel científico, ya que encontramos muy pocos trabajos publicados que sigan el método científico y muy pocas revistas indexadas en los ránquines que se utilizan para medir el impacto y la calidad de trabajos científicos.

Queremos cerrar el capítulo con un decálogo seguido de nuestra definición en pedagogía hospitalaria como reflejo de la revisión sistemática de la literatura.

Decálogo

Derechos desde el pensamiento de garantías éticas y bioéticas

Educación y salud como una cuestión integrada

Ciudadano como una más y desde una visión planetaria

Atención a las necesidades específicas, cambiantes, imprevisibles y diversas

Leyes, decretos y resoluciones generadas desde políticas inclusivas respecto a la respuesta, cuidado de la persona y formación

Orquesta de aprendizaje en el pensamiento transdisciplinario

Gobernanza como forma de camino en la eficacia, calidad y buena orientación

Orientado desde el paradigma de la complejidad

Definición

Para las autoras, la pedagogía hospitalaria, debiera ser un nuevo paradigma emergente con origen, sustentado desde la pedagogía social; con un anclaje, en un conjunto de teorías provenientes de las ciencias de la educación, las ciencias sociales y jurídicas y, las ciencias de la salud incluyendo la psicología y; con un necesario desarrollo de acción transdisciplinar, visualizado desde las teorías de la complejidad y sistémicas (respecto a la intervención, investigación y formación) en la promoción de la salud-educación integradas, con el fin de mejora del bienestar personal, familiar y social en la vivencia una situación de enfermedad y convalecencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Díez, M. (1983). Necesidad de la asistencia educativo-escolar en la hospitalización infantil. *Acta Pediátrica Española*, 41(2), 66-71.
- Díez, M. (1985). *Asistencia pedagógica en la hospitalización infantil*, en *Memoria inédita*. Pamplona: Fundación Echébano.
- Díez, M. (1987). "Prácticas de Pedagogía Hospitalaria. La formación práctica de los profesores"; en: VV.AA. *Actas del symposium sobre prácticas escolares*. (pp.241-246). Poio: Universidad Santiago de Compostela.
- Fernández, A & Serramona, J. (1985). *La educación. Constantes y problemática actual*. Barcelona: Ediciones CEAC.
- García Carrasco, J. & García del Lujó, A. (1995). Epistemología pedagógica (I). *Teor. Educ*, 7, 5-38.
- González, J.L. (1990). "Aproximación epistemológica a la pedagogía hospitalaria"; en: González, J.L. & Polaino, A. (Eds.). *Pedagogía Hospitalaria. Actividad educativa en ambientes clínicos* (pp.173-201). Madrid: Narcea.

- González-Simancas, J.L. & Polaino-Lorente, A. (1990). *Pedagogía Hospitalaria. Actividad educativa en ambientes clínicos*. Madrid: Narcea.
- Gorgas, A.M. (1991). Inici i evolució de la pedagogia hospitalària al Bagés. *Gimbernat: Revista Catalana d'història de la medicina i de la ciència*, 15, 141-146.
- Lizasoáin, O. (2000). *Educando al niño enfermo*. Pamplona: EUNSA.
- Parlamento Europeo (1896). *Carta Europea sobre los Derechos de los Niños Hospitalizados, Resolución del Parlamento Europeo*. Doc. A 2-25/86, DOCE 13 de mayo de 1986. Recuperado el 28 de diciembre de 2020 de: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=OJ:C:1986:148:FULL&from=EN>
- Polaino-Lorente, A. & Lizoasoáin, O. (1992). La Pedagogía Hospitalaria en Europa: La historia reciente de un movimiento pedagógico innovador. *Psicothema*, 1992, 4, 1, 49-67.
- Quintana-Cabanillas, J.M. (1986). La profesionalización de la pedagogía social. *Revista interuniversitaria*, 1, 39-48.
- REDLACEH (2015). *Ley Marco sobre el derecho a la educación de los niños, niñas y jóvenes hospitalizados o en situación de enfermedad en América Latina y el Caribe, aprobada en la XXX Asamblea Ordinaria del Parlamento Latinoamericano, celebrada mayo de 2015, en ciudad de Panamá*. Recuperado el 06 de enero de 2021 de: <https://redlaceh.org/download/ley-marco/>
- Riquelme, S. (2007). *Aulas hospitalarias, Reflexiones de la VIII jornada sobre Pedagogía Hospitalaria*. Santiago: Andros Impresores.
- Violant, V. (2017). Educar desde la mirada de la Pedagogía Hospitalaria. *CENAREC para todos*, 9, 18-23.
- VVAA. (1083). *Diccionarios de ciencias de la educación, vol. 2*. Madrid: Santillana.
- Zapata, C. (2012). *Pedagogía Hospitalaria: Una oportunidad para el encuentro con el Ser humano*. Recuperado el 12 de enero de 2021 de: <http://hdl.handle.net/10819/980>.

CAPÍTULO III

¿HAY INTERDISCIPLINA EN LA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA?

Roberto Agustín Follari
Universidad Nacional de Cuyo, Argentina

1.-Introducción: el hospital no es una fiesta

En tiempos de pandemia el hospital, habitualmente marginal a nuestros pensamientos, ha adquirido una inquietante cotidianeidad. Este período inédito para la Humanidad (por su alcance planetario), nos ha puesto a prueba en muchas de nuestras aparentes certezas, ha despertado altas solidaridades y mezquindades vergonzosas, criterios racionales para la espera y el cuidado, así como insólitos llamados a la sinrazón y el contagio, hechos en nombre de la libertad o la desconfianza hacia las vacunas. Lo indisputable es que, como pocas veces, hemos sufrido colectivamente: y que nada garantiza que vayamos a obtener resultados axiológicos favorables de esta costosa experiencia (Follari, 2020).

Cabe subrayar que lo propio de la vida hospitalaria, como la enfermedad y la convalecencia, se sitúa en el lugar del sufrimiento, del padecimiento humano. Es la puesta en evidencia de nuestra finitud, actuada y sentida: se muere sólo una vez, pero puede estarse enfermo en diversas ocasiones. Y la enfermedad nos pone en patencia la posibilidad de la muerte: allí nos habitan la fragilidad, la vulnerabilidad, el quedar incursos en procesos cuyo desarrollo y desenlace escapan en gran medida a nuestra voluntad, e incluso -a menudo- a nuestro comportamiento.

En ese escenario donde la posibilidad de la muerte no puede dejar de rondar y donde por lo tanto la angustia nos define (Heidegger, 2002), hay una exigencia de gravedad: de la palabra medida y la prudencia silente, de una ascesis del verbo para estar a tono con aquello de lo que hablamos. No hay festividades

acontecimentales en relación con este tema. La vida en riesgo, la espera a menudo solitaria en salas anónimas, la incertidumbre sobre el final de la enfermedad o su continuidad permanente, los gritos de dolor y la sordidez de enfermos graves que pueblan los internados, no dejan lugar a dudas: hablar o escribir sobre lo hospitalario, llaman a un recato necesario y respetuoso.

Queremos instalarnos en ese talante. Es el mejor reconocimiento que podemos a hacer a los muchos que están obligados a la vida hospitalaria y –en relación con ellos- a los que despliegan allí diariamente sus esfuerzos educativos formales.

Vaya ese reconocimiento en este tiempo de aturdimiento e hiperestimulación, de conectividad constante, de ruido, inmediatez y liviandad. No por soñar con el goce perpetuo, se pone coto a la castración y a los fracasos. No por engañarnos desde el eterno presente, deja de erosionarnos la edad. No por simularse una juventud interminable, deja el tiempo de producir su desgaste y su hastío.

Cuanto menos somos capaces de asumir la finitud, más esta nos golpea a contrapelo, se aparece nítida de golpe. Lo reprimido regresa. De tal modo, reclamo en este texto el lugar para el silencio y el dolor, en época de estridencia en que sólo pareciera que el furor de los placeres existiera, y como si tal furor no se dibujara sobre el inevitable fondo del sentido, de los valores y los afectos, sin los cuales se hace vacua la existencia.

2.-Educación en el hospital

Se trata de sostener el proceso educativo de aquellos que no pueden continuar en la escuela, por razones de su enfermedad. Generalmente se trata de casos de internación, que pueden ser breves o prolongados. En algunos pacientes crónicos, se dan estadas que no tienen final previsible. En muchas otras ocasiones se trata de estancias relativamente cortas pero que pueden afectar en mucho el funcionamiento escolar, pues dos o tres semanas perdidas de clases, tienen efectos que luego se acumulan en cascada si el alumno –ya sano- puede luego retomar su actividad habitual.

El sitio más adecuado para esa actividad es el aula hospitalaria. Allí el equipo docente puede atender a diversas personas a la vez, haciéndose su trabajo más fructífero en la misma unidad de tiempo (incluso si los diferentes estudiantes están en diferentes grados o niveles educativos). Esto también conlleva la importante posibilidad de socialización de parte de los concurrentes, que así pueden tener una compensación frente a la considerable soledad que se padece en los hospitales, con

la sola compañía de alguna persona extraña que la casualidad haya puesto en una cama contigua.

Tanto esta posibilidad de entrar en contacto con terceros, como el hecho de salir del espacio habitual de internación, tener que recorrer algún camino hasta el aula, ver en ese camino a otros sitios y personas, son factores importantes que hacen conveniente la asistencia a actividades en la sala hospitalaria.

De cualquier modo, habrá casos en que el sitio de atención educativa habrá de ser la sala habitual del paciente, si no hay posibilidad de que el mismo se traslade, por problemas de locomoción o por posibilidades de contagio. En tales casos el equipo docente deberá estar presente allí, si bien es un lugar nada ideal, sobre todo porque rara vez una sala deja de ser compartida y suele haber poco espacio, así como muy escasa posibilidad para usar equipamiento de apoyo pedagógico.

Otra variante de Pedagogía hospitalaria que lleva ese nombre, pero no se realiza en el interior del hospital, es la actividad educativa en el domicilio de la persona convaleciente. Cuando es este el caso, las condiciones socioafectivas suelen ser mejores para el estudiante (excepto cuando hay pésimas relaciones familiares, lo que también puede ocurrir), y la atención se hace totalmente personalizada, lo cual no podría darse tan a pleno en el aula hospitalaria. Pero a la vez, el equipo educativo rinde numéricamente poco en esta atención caso por caso, la que de cualquier modo es necesaria cuando la situación lo exige.

Cabe apuntar aquí una posibilidad que la pandemia de coronavirus ha puesto en evidencia: la apelación al trabajo virtual. Ciertamente, el mismo no cubre el necesario rol social y afectivo que la educación presencial otorga, y se requiere advertir que ello no constituye un simple detalle, sino que se trata de una condición principal.

Sin embargo, lo virtual puede multiplicar los puntos de recepción y lo emitido, ofrecer entretención, videos, música, gráficas, y otro tipo de apoyos. Se multiplica enormemente el acervo de recursos pedagógicos, y la cantidad de estudiantes a los que se pueda llegar simultáneamente. De modo que aquí sólo apunto la cuestión, pero es evidente que la posibilidad virtual debe ser un pilar más de la Pedagogía Hospitalaria, si bien no podría en ningún caso erigirse como metodología única (y ni siquiera dominante), dada la importancia de los factores relacionales y afectivos para la salud y motivación de los estudiantes.

En cualesquiera y todos los casos, el equipo estará en comunicación con los docentes del establecimiento donde esos estudiantes han cursado años anteriores, o están cursando en el mismo período lectivo, con la interrupción producida por la condición de salud. Este es un punto absolutamente central para saber los gustos e intereses de cada persona, sus logros y falencias intelectuales, a qué altura del aprendizaje están y qué es lo que debieran recibir como contenidos de aprendizaje en el período en que estén a cargo del equipo de Pedagogía Hospitalaria. Este es un requisito *sine qua non*, condición no suficiente pero sí necesaria para que la intervención que se realiza pueda ser coherente con la escolarización de los estudiantes (en los casos en que la haya, que seguramente son la mayoría, aunque por supuesto cabe atender y enseñar a personas que no estén en una condición de escolarización activa, sobre todo en el caso de personas adultos y adultas).

2.1.-Sujeto, se es más que “del aprendizaje”

En cualquier situación formal de enseñanza/aprendizaje, el encargo social implica lograr que los que estudian asimilen habilidades y conocimientos previamente pautados: eso es lo que define el éxito de la tarea asumida. Como ha sugerido el reconocido sociólogo de la educación Emilio Tenti, “la escuela es la única institución socialmente encargada del traspaso generacional del conocimiento”; por lo tanto, si bien es cierto que también allí se vehiculizan afectos, valores, modalidades de socialización, se diría que lo *exclusivo* de la función escolar, está relacionado con su capacidad para la reproducción social de los saberes considerados socialmente relevantes.

Esto podría llevar a pensar que lo atinente a las dinámicas afectivo/volitivas de los que participan del aprendizaje son secundarias: finalmente se las atiende en la familia, a veces en las iglesias, o –a menudo malamente- desde algunos medios de comunicación y las llamadas “redes sociales”. La escuela puede atenderlas o no, puede darles o no importancia, pero en todo caso hay espacios institucionales que se harán cargo de estas cuestiones.

Pero hay aquí varios equívocos implícitos. Hemos dedicado un libro entero a discutir la cuestión (Follari, 1997). Por una parte, el acierto con el cual esas otras instituciones se avoquen a lo que de un modo difuso suele llamarse “lo afectivo” – se trata, en verdad, de la salud del aparato psíquico pensado psicoanalíticamente como un todo- está lejos de ser garantizado: las familias no necesariamente tienen la formación para conocer qué es lo más adecuado en estos casos, y a menudo sus propios conflictos tienen efectos no deseados. Las iglesias casi siempre han

operado en favor de la represión y de la inhibición *pura y dura* de los impulsos, o concomitantemente a la idealización como único mecanismo de cumplimiento de los mismos. Los medios, por vía de su comercialización generalizada, promueven consumidores ávidos, habitualmente no buenos ciudadanos, y mucho menos sujetos interesados por valores que trasciendan el dinero o la inmediatez. Las redes son espacios útiles para obtener información, pero también vía para los encuentros furtivos, los acosos encubiertos, el uso de la interjección y la post-verdad. Ciertamente, no podemos decir que estos diversos espacios institucionales garanticen que la subjetividad esté suficientemente atendida o tenida en cuenta.

Pero, además, aún desde el exclusivo punto de vista del aprendizaje en cuanto tal, atender al sujeto como algo más y algo diferente al sujeto/para/el/aprendizaje resulta decisivo. Ello, por la simple razón de que alguien que no se encuentra en sus cabales, no puede aprender. Es decir, que el aprendizaje es función de una condición en la cual el yo del sujeto, aquella parte del mismo que según el psicoanálisis configura su relación con el mundo exterior, con “la realidad”, tiene la libertad suficiente para poner energía psíquica en los procesos de aprendizaje, para motivarse por los temas, dedicarse a ellos, satisfacerse en estudiarlos y profundizarlos.

Un yo enredado en la conflictividad interna del sujeto (desde el “ello” –es decir, sus impulsos- y/o con el “superyó” –aquello que establece sus inconcientes frenos y motores éticos-) impide avanzar en el estudio, además de hacer infeliz la vida cotidiana de quien se trate.

Por lo tanto, es premisa del aprendizaje contar con estudiantes que estén en condiciones psíquicas para aprender, que cuenten con la salud psíquica necesaria. Lo cual no opera siempre por la vía inversa: que se aprenda, no todas las veces significa que el sujeto está en condiciones saludables desde el punto de vista integral de su subjetividad.

Esto último requiere que quien estudia logre realizaciones en otros ámbitos que los del aprendizaje, siendo éste uno de más de esos ámbitos de realización. Pero si, por ejemplo, se constituye en el único logro al cual puede accederse en la vida de una persona, lo esperable es que nos encontremos con una especie de “robot escolar”, una *máquina de aprender* que deposita en ese proceso el conjunto de su identidad y su autovaloración. Y quien, de tal modo, puede hipertrofiar las actividades de aprendizaje como una manera de huir de otras prácticas en las cuales encontraría

dificultades, pero las cuales son imprescindibles, ligadas con las relaciones familiares, la amistad, los juegos u ocio, etc.

Todo esto, nos lleva a advertir que en el equipo docente debiera existir un psicólogo. Podría también ser un psicopedagogo, pero depende de la formación que éste haya recibido, pues podría ser caso de alguien que piensa una imaginaria asociación entre nivel de salud psíquica y niveles de aprendizaje. También es cierto que no todo psicólogo garantiza superar ese restringido punto de vista: lo cierto es que se requiere un enfoque que piense en las personas implicadas en las acciones de educación hospitalaria como sujetos psíquicos integrales, no sólo como aquellos que aprenden bien, o que no lo hacen de manera que resulte satisfactoria o suficiente.

Ello hace a *cualquier* condición de aprendizaje formalizado y sistemático: pero obviamente, es un requisito que opera con mayor peso cuando se trabaja con personas internadas, o convalecientes en general. Es esperable que los quiebres de salud física tengan consecuencias de miedos, ansiedades, desvaloraciones, y otros mecanismos psíquicos. Y también que la condición de aislamiento, de soledad, de tedio, de quietud, produzcan consecuencias secundarias importantes, a las cuales cabe necesariamente atender y tener en cuenta por sus efectos negativos sobre el aprendizaje, pero sobre todo por su intrínseca función de obstáculos en cuanto al bienestar de las personas que pasan por esa situación.

3.-Los actores de la actividad

Los principales protagonistas del proceso de educación hospitalaria son –además, obviamente, de aquellos que son sus destinatarios- tres subgrupos diferenciados entre sí: los familiares, por una parte, los miembros del equipo pedagógico por la otra, más los efectores del sistema de salud por la tercera.

Son actores claramente disímbolos: los familiares no están haciendo funciones profesionales, y pueden tener en cada caso características extremadamente diversas en cuanto a etnias, idiomas, clase social, género, número de personas, tipo de interés e intensidad de la relación con la persona convaleciente.

Su función es obviamente central, no sólo cuando la internación se realiza de manera domiciliaria, sino también en el hospital. El afecto, la superación de la soledad y del estado de ansiedad permanente, la posibilidad de acceder a diálogo, apoyo y atención, encuentran aquí su punto nodal.

Los otros dos grupos (el de educación y el de salud) no pueden cambiar las características de una familia dada, pero sí promover en ella el comportamiento más activo, solidario y efectivo que se pueda. Que no se deje solo al paciente, por supuesto sin atosigarlo en ningún caso. Que se atiendan sus necesidades de acceso a medicamentos, a información, etc. Que tenga toda la compañía que su situación –y las reglas de la institución- permiten. Y, por cierto, que se interesen en el proceso educativo en cuanto a advertir su importancia y necesidad, de modo de colaborar a un interés genuino de parte de la persona que está internada.

La función de la familia (o de amigos que la reemplacen en caso de no existencia o no cercanía de esta), en condiciones hospitalarias resulta de extrema importancia. El hospital –e incluso alguna clínica privada más pequeña- es hoy un espacio definitivamente “abstracto”, desafectado, despersonalizado.

Esto no depende de la buena o mala voluntad de nadie, sino del número de pacientes que cada médico/a y enfermero/a debe atender: son tantos, que la posibilidad de dar tiempo suficiente a cada uno es casi nula. Reconocer las singularidades de cada paciente es imposible, cuando se habla con decenas de ellos consecutivamente, y se trata de aquel “de la cama 2 en la sala 4”, o del “que operaron de peritonitis”.

La impersonalidad burocrática se hace inevitable, y ello conlleva dificultades de los internos para sentirse reconocidos, amén de penurias para ser escuchados aún en las más elementales solicitudes. Por ello también los familiares son imprescindibles, pues cumplen funciones de mediación con la amplia maquinaria gestional de las instituciones hospitalarias.

Es esta una situación que debe ser tenida en cuenta por el equipo educativo: estamos no ante personas en su habitual situación cotidiana, sino con personas en cierta condición de inevitable desvalimiento personal. Ello puede en algunos casos servir a que se ponga, por parte de los internados, un interés desusado en el proceso de aprendizaje, “depositando” en él otras ansiedades e imposibilidades y frustraciones. También si esa avidez aparece habrá de tratar de mitigarse, de modo que no se viva la actividad educativa como una especie de tabla que salvará del naufragio, sino como una herramienta más entre otras a que hay que apelar durante el paso por la recuperación desde la enfermedad y el proceso de tratamiento.

En todo caso, la exigencia de más personal para que atiendan en los sistemas de salud, se hace imprescindible. En tiempos de privatismo económico eso puede

parecer una absurda petición de principio: pero, por el contrario, es una exigencia del pensamiento social crítico. La pandemia arrojada sobre el mundo en el año 2020 lo deja aún más claro: los presupuestos para salud deben robustecerse. Puede serlo en los sistemas privados, por supuesto, pero es más urgente en los sistemas público/estatales. La idea neoliberal de que el Estado mínimo es garantía de crecimiento económico, no sólo se ha mostrado a menudo falsa por sí, sino que además deja de lado que el crecimiento sin desarrollo es socialmente inadecuado, y a largo plazo inviable. Sólo si en espacios sociales de alta necesidad como son educación y salud se cuenta con lo necesario, puede decirse que un proceso económico está teniendo resultados socialmente favorables.

Lo cierto es que para superar las carencias de personal (y “del” personal) en clínicas y hospitales, con sus lamentadas consecuencias para los internados, hay que aumentar el presupuesto. Y luego, ciertamente, trabajar con más detalle en los procesos de formación del personal, a fines de que en ningún caso se piense solamente en términos de la salud físico/médica de los atendidos, sino se lo haga también en aquello que reconozca el valor de lo psíquico, lo social y lo afectivo.

Será, entonces, la familia la que explicará al equipo de educación la historia personal del paciente, sus características sociales y psíquicas. Por supuesto que el equipo deberá “recodificar” lo que los familiares digan, no simplemente tomarlo como verdad revelada: se trata, casi siempre, de buscar explicación a las explicaciones de los familiares (Bourdieu et al, 1975). También de los familiares –y los pacientes mismos- deberá recabarse información sobre la historia educativa del sujeto, así como hay que hacerlo en la institución escolar en la cual él ha estado estudiando.

Por otra parte, será el equipo de salud que atiende al paciente el que informará de las condiciones del mismo, en cuanto a características de la dolencia, posibilidades de aprendizaje que la misma permite, tiempo estimado de la recuperación, y las demás precisiones que pudiera obtener el equipo educativo.

Hablar, por parte del grupo de docencia, con los otros actores (familiares y efectores de salud) es imprescindible a los fines de una necesaria coordinación de las actividades, y la complementación básica entre todos los participantes.

No puede ponerse en este proceso expectativas desmesuradas: los familiares no están en actitud de profesionales, y el personal de salud está lleno de solicitudes, y atento a sus propias actividades. Pero una información básica compartida es inexcusable, así como algunos supuestos en común. Ello hará, además, que la

actividad del grupo educativo sea comprendida, asumida y tomada en cuenta por los otros actores, a los fines de que ella no aparezca como un apéndice “externo” y artificioso dentro de los hábitos y prácticas cotidianas de la persona bajo tratamiento recuperatorio.

4.-Esa evanescente interdisciplina

¿Es esa coordinación entre los diferentes actores del proceso educativo hospitalario, una actividad interdisciplinar? A muchos les gustaría que así fuera, por el halo legitimador que suele conllevar la noción de interdisciplina. Pero, sin dudas, podemos adelantar que la respuesta es negativa.

En primer lugar, los agrupamientos familiares no suelen ser “disciplinarios”. A menudo, tampoco disciplinados. No podemos esperar de ellos saberes sistemáticos o científicos, aun cuando se trate de personas que los posean (profesionales de diferentes áreas, por ej.), pues *en tanto que* familiares, no les compete poner en curso tal tipo de conocimientos. Ello no impide que en algún caso lo hagan, pero mayoritariamente no cabe esperarlo. No están allí para poner conocimientos en juego. De tal modo, desde allí nada llama a la interdisciplina.

Por supuesto, ello no significa que no existan “saberes prácticos” de parte de los familiares, y tampoco de que estos no sean pertinentes o relevantes. Lo que afirmamos es que no se trata de saberes científicos, disciplinariamente establecidos. Asistimos en estos casos, por tanto, a un “diálogo de saberes” (De Sousa Santos, 2006) que es necesario y que puede ser mutuamente enriquecedor, pero no a aquello que pueda traducirse como una relación entre disciplinas científicas (interdisciplinariedad).

Y tampoco ello sucede en el caso del personal hospitalario. La principal razón, ya la hemos esgrimido: es personal que no cuenta con tiempo –ni espacio mental de posible atención- para cuestiones adicionales a las muchas que ya tiene en agenda: son personas que viven en permanente urgencia y ocupaciones múltiples. Están cansados y tensos, es prácticamente inviable sentarse largamente con ellos a diseñar procesos de aprendizaje o a discutir las bases conceptuales de los mismos, dadas las condiciones institucionales de su trabajo. Tal cosa sería deseable, pero casi nunca es posible.

La interdisciplina no es mera conjunción de saberes múltiples, implica la configuración orgánica de saberes nuevos que no están disponibles en las disciplinas iniciales. Ello exige producción cognoscitiva, lo cual demanda mucho

tiempo y paciencia para construirse: exactamente aquello que no se dispone en las instituciones recuperatorias de salud.

Ahora bien, que esta coordinación de actividades en que saberes diferentes se ponen en juego no constituya interdisciplina, no significa que no resulte útil y necesaria. En lo que hace al personal de salud, porque la coordinación operativa con ellos resulta decisiva: y porque es necesario también que el personal hospitalario asuma y comprenda el valor de la educación para los internados. Si esta no se produjera, los problemas serían permanentes para el personal educativo, e incluso para los internos.

El reconocimiento institucional hacia el personal de educación hospitalaria es imprescindible. Los acuerdos interinstitucionales tienen que estar dados desde las cúpulas, de modo de que sea inequívoca la pertinencia de la actividad educativa. Y, por otro lado, debe activarse en los niveles más directos del personal hospitalario esta familiaridad con lo que hace el equipo docente. Los acuerdos a nivel formal de las instituciones educativas con las hospitalarias son necesarios, pero no suficientes: luego está la *habilitación concreta* por los actores cotidianos del sistema. Si el personal de salud se fastidia con el educativo –o también si el fastidio o la molestia se dan en sentido inverso- las consecuencias para los internos serán muy conflictivas y negativas, y se harán presentes no sólo en lo que hace a carencias o falencias de aprendizaje.

En lo que hace a la relación con los familiares, obra lo que De Sousa Santos llamó proceso de “doble ruptura epistemológica” (De Sousa Santos, 1996). Se trataría de establecer, por las familias, su discurso acerca del paciente del caso. Este debiera ser re-pensado por el equipo educativo desde un punto de vista científico; es decir, se debiera “recodificar” los saberes expuestos por los familiares, hacia cierto lenguaje científico más preciso. A la inversa, al dialogarse desde el equipo educativo con los familiares, los conocimientos científicos desde los cuales los miembros del equipo hablan, deberán ser reconfigurados en un lenguaje cotidiano más comprensible. Tarea aparentemente simple, pero en realidad muy ardua, que implica la capacidad para sostener los discursos en los dos diferentes registros: el del conocimiento sistemático, por un lado, y el del sentido común establecido, por el otro, que guardan entre sí considerable ruptura (Bachelard, 1979).

La actividad práctica que se da en el centro hospitalario será, entonces, *multidisciplinar*, en la medida en que conjunta Ciencias de la educación con Ciencias de la salud. Implicará poner en curso esos saberes de parte de cada uno

de sus portadores, para que en su mutua coordinación la actividad educativa pueda realizarse con los mejores resultados.

Pero no se tratará, evidentemente, de interdisciplina. Esta última implica procesos sistemáticos de mutua integración de conocimientos, a partir de la puesta en común de categorías, métodos, modelos, leyes, etc., provenientes de disciplinas diferentes. Nada de esto tiene por qué ocurrir en la habitual tarea de los equipos educativos que participan de la vida hospitalaria, donde ellos se encuentran con condiciones del personal de salud habitualmente muy urgidas, e incluso cuando –a su vez- en otros casos deba un único equipo educativo atender a un alto número de pacientes en la misma institución, o a muchos de ellos en diversas instituciones sanitarias, y tenga, por lo tanto, sus propios problemas para contar con tiempo y atención excedentes.

4.1.-La integración cognoscitiva en la investigación

Es *el repertorio conceptual* al cual apelarían los equipos de educación hospitalaria (educación es la denominación de la práctica, Pedagogía el que suele darse a la teoría que se hace a su respecto) lo que es necesario constituir de manera interdisciplinar. Es decir: si bien en la acción práctica es poco probable que efectivamente contemos con equipos interdisciplinarios, puede haber cierto enriquecimiento del acervo teórico con el cual esos equipos educativos ordenan e interpretan sus actividades. Y ese acervo puede establecerse a través de los resultados de la investigación.

Es necesario realizar investigaciones en el campo de la Pedagogía hospitalaria: estas deben ser claramente diferenciadas de aquellas reflexiones que se hacen en la acción educativa. Esto, porque las finalidades de la educación hospitalaria y las de la investigación sobre ella son diferentes, y por ello, confundir ambos planos de actividad (aun cuando en algún caso puedan ser realizados por la misma persona) puede difuminar los objetivos específicos en cada caso, limitando así su cumplimiento efectivo.

Sí puede –y debe- haber interdisciplina en los procesos de investigación, la cual bien puede ser realizada por grupos investigativos del Ministerio del ramo, por gobiernos locales, o preferencialmente por universidades y centros especializados.

Allí debe convocarse a especialistas en educación, como también en las diversas ramas de prevención y curación de enfermedades. Establecer cuáles son las especialidades (o disciplinas, si así queremos llamarlas) necesarias de ser

convocadas, es tarea siempre discutible en cuanto a sus límites más “externos”. El *núcleo duro* –por el lado de la salud- sin duda lo configurarán médicas/os, sociólogos de la salud, enfermeras/os, epidemiólogos. Pero se vuelve más discutible –si bien puede resultar útil- la presencia de economistas, antropólogos, etc. Lo que sin dudas no puede faltar, también, es un ejercitante de la Psicología, en tanto ella es fundamental –tal cual más arriba ya hemos argumentado- no sólo en relación con el aprendizaje, sino principalmente en cuanto a las condiciones de tedio y soledad que suele padecer la persona en internación, sus angustias y ansiedades, las cuales deben ser expresamente atendidas y, en lo que cabe, canalizadas.

Por el lado de lo que llamamos Pedagogía, la cuestión no deja de ser espinosa. Es que hay quienes creemos más adecuado hablar de Ciencias de la Educación (Follari, 2019), para dejar la noción de Pedagogía no para referir a toda la teoría en torno a educación, sino exclusivamente a aquello que remite a la cuestión precisa de las acciones educativas, sin remisión a las cuestiones económicas, sociológicas, antropológicas, etc., que se ponen en curso. Pero al margen de la elección de denominación, lo que destacamos cuando hablamos de “Ciencias” de la Educación, es que la conceptualización del proceso educativo se realiza por vía de una disciplina que conjunta elementos de otras, produciendo por cierto una síntesis propia. Es decir, tratamos de subrayar que no existe autosuficiencia conceptual del campo teórico de la educación: el mismo se encuentra constitutivamente relacionado al de la Psicología, la Sociología, la Antropología, la Teoría Política, entre otras disciplinas fundantes.

Ello no significa que la teoría educativa sea una mezcla sin síntesis propia, ni tampoco que de educación se pueda hablar desde cualquier disciplina, sin reconocimiento de su especificidad de objeto y de problemática. Pero sí implica que sería un grave error epistémico creer que puede dejarse de lado el aporte de esas disciplinas para pensar lo educativo o –quizá aún peor- creer que existe una especie de “Antropología de la educación” o “Sociología de la educación” que pudieran pensarse no como ligadas conceptualmente a sus disciplinas de base (Antropología, Sociología) aplicadas a un objeto singular (lo educativo), sino como si fueran derivaciones de alguna Teoría educativa abstracta, algo así como “aplicaciones de lo pedagógico a los aspectos sociales o antropológicos”.

Cuando se lo entiende en este último sentido se reduce la calidad científica de la tarea: el gran logro de la cientifización de la teoría educativa –producida en la

segunda mitad del siglo XX sobre una enorme tradición pedagógica previa-, es proveer aportes específicos de la Sociología, la Psicología, la Teoría política, etc., para comprender la educación. Ello se pierde en buena medida si se piensa esencialmente en la existencia de alguna imaginaria “unidad previa” que sería la Pedagogía, la cual *ya tendría incorporados motu proprio* los contenidos diversos de otras disciplinas, como si fueran parte intrínseca de su propio desarrollo conceptual.

Lo cierto es que hoy quienes estudian Ciencias de la Educación o –de acuerdo con cada país y aún con cada institución de formación- llaman a ello estudios de Pedagogía, forman profesionales que están proveyendo a un grupo interdisciplinar lo que proviene de *una única* disciplina, que puede expresarse en un solo profesional de esa área.

Para aclarar este panorama sobre la variedad de insumos disciplinares para constituir finalmente una disciplina propia, y establecer que no soy contradictorio en lo que afirmo: las Ciencias de la Educación requieren de aporte desde ciencias diversas, pero hacen una *síntesis singular*. El campo teórico acerca de lo educativo es un campo específico y único, diferente del de los sociólogos, psicólogos o antropólogos. Tiene sus propios temas centrales, sus propias elecciones de teorías aceptadas, sus propios repertorios de carreras de grado y posgrado, revistas, congresos, etc.

Entonces: a nivel de *proceso*, el especialista en educación se forma con el aporte de ciencias diversas. Pero a nivel de *producto*, el profesional que de ello resulta, es alguien que configura un saber que sintetiza aspectos parciales de otras disciplinas con otros saberes específicos de lo educativo. Y que ordena todo ello en virtud de un objeto propio, configurando un singular campo de discusiones, instituciones, metodologías y actividades. De tal manera, la Pedagogía se constituye a partir de disciplinas diversas, pero se configura finalmente como una disciplina específica, que es aquella a la que suele llamarse Pedagogía, a la que otros –por razones epistemológicas- creemos mejor llamar “Ciencias de la educación”. Pero esta última denominación no supone que desde esas ciencias/base se pueda hablar de educación sin pasar por la específica formación en cuestiones educativas: la educación es un “objeto real” propio (Bourdieu et al., 1975) que promueve un recorte singular de esas ciencias previas, y luego una síntesis orientada que es diferente a lo que esas disciplinas/base hayan investigado.

4.2.-La inconmensurabilidad y sus problemas

Por lo que hemos señalado, en el equipo de investigación deberá incluirse uno o más pedagogos/as (o de Cs. de la educación) y –además- habrá que convocar profesionales de la Psicología, la Sociología, la Antropología, etc. por lo que hace al estudio de la cuestión salud, más los específicos profesionales de ese espacio (médicos, enfermeros, trabajadores sociales). Todos ellos, con aptitudes para la investigación: es decir, no solamente (y no necesariamente) profesionales que como tales puedan tener buen desempeño en las habilidades operativas a las que su disciplina se liga, sino que sostengan cierto desempeño académico ligado a lo conceptual, a la lectura de la bibliografía de su campo y –por cierto- al interés en la investigación y la capacidad de ejercer la paciencia que ella conlleva, en cuanto sus resultados nunca son inmediatos.

Mucho se puede develar en estas investigaciones, sobre las posibilidades y limitantes que tiene la actividad educativa hospitalaria, las diferentes orientaciones y metodologías que pueden allí desarrollarse, las diferenciaciones de comportamiento de los internos según nacionalidad, etnia o ingresos económicos, los apoyos didácticos más eficaces, las modalidades de relación con las familias y sus efectos en el aprendizaje, y demás temáticas aledañas.

Allí sí la interdisciplina se hace posible y necesaria: en la investigación hay el tiempo y las condiciones para que los horizontes de inteligibilidad de los diferentes actores del proceso investigativo se vayan acercando, para que se vaya promoviendo un cierto entendimiento en común que –como es bien conocido- implica la constitución de un *lenguaje* en común de los componentes del equipo.

Al comienzo el grupo es una Babel. Resulta una ilusión la expectativa de que los saberes pudieran confluír entre sí según una imaginaria “armonía preestablecida” entre ellos. Para nada existe tal cosa: el conocimiento se ha producido según disciplinas diferenciadas e independientes entre sí, y por ello no hay ninguna unidad previa a la que pudiera remitir su mutuo acercamiento, de modo que nos hallaremos con lenguajes diferenciados, metodologías disímiles, acercamientos heteróclitos.

No hay que desalentarse por esta situación: es lo que cabe esperar. La interdisciplina no es una confluencia natural, es una trabajada *construcción*: de modo que sus actores irán lentamente construyendo las condiciones de la mutua inteligibilidad, para lo cual la discusión, la argumentación, la puesta en común de

los argumentos se darán *con y en el tiempo*, y la integración temática será fruto no necesario, pero sí probable, de la actividad de pensamiento y de debate realizada en conjunto por muchas horas y días.

Estas perplejidades con que se encuentra al comienzo cualquier grupo interdisciplinar, son legibles a partir de la noción de *inconmensurabilidad*, que más de un autor sostuvo en filosofía de la ciencia, pero que sin dudas consagró T. Kuhn (Kuhn, 1980). En el capítulo 10 de su célebre *La estructura de las revoluciones científicas*, el ya fallecido autor estadounidense sostenía que dos investigadores en Física que pertenecieran a “paradigmas” diferentes estaban en “mundos” diferentes, y que por ello no podían entenderse entre sí, dado que los términos – aun cuando en algunos casos fueran los mismos- en cada paradigma significaban cosas, hechos o cuestiones diferentes.

Esta es una versión muy extrema, que conllevaba cierto solipsismo: no había modo de comunicarse si estábamos en diferentes concepciones, en eso que habitualmente denominamos “adherir a teorías diferentes” dentro del campo científico.

Llovieron críticas sobre el autor. Sin dudas que él estaba intuyendo algo central: efectivamente, no todo es argumentativo y racional en las decisiones que tomamos en la vida en general, y tampoco en la ciencia en singular. Por lo tanto, se hacía necesario mostrar que la adhesión a un cierto punto de vista se produce más allá de las argumentaciones racionales, y a menudo, aún de las pruebas empíricas; y que tales adhesiones se enraízan en situaciones vitales, en prácticas cotidianas no reflexionadas, están incorporadas como automatismos, como *los lentes con que miramos el mundo*, lentes que, por serlo, no podemos objetizar como aquello que esté frente a nuestra mirada, sino que son parte de esa mirada en cuanto tal.

Todo esto era razonable dentro del enorme aporte que traía la noción de Kuhn. Pero al no contar él con mejores condiciones para el pensamiento psicológico o sociológico (él había estudiado Física, y un tanto de Historia de la Física), hacía una versión un tanto rudimentaria de aquello que estaba buscando conceptualizar, llevando su posición hacia sostener una total incomunicación entre los diferentes puntos de vista dentro –incluso- de una misma ciencia, y siendo ésta una ciencia con remisión empírica como es la Física.

Hacia el final de su vida, hizo Kuhn una segunda versión sobre inconmensurabilidad más refinada, la de *inconmensurabilidad local* (Kuhn, 1989). Allí, buscando que la unidad de análisis fuera más precisable, dejó de hablar de paradigmas, para remitir a las *teorías* como unidades estructurales de significación

en la ciencia. Y asumió que entre las diferentes teorías existen posibilidades de comunicación; la que sería equívoca, pero existente. Así, sostuvo que a partir de las categorías que entre dos teorías diferentes no cambian su significación se podría, recurriendo a la hermenéutica, mostrar que se daría algún parcial entendimiento, a pesar de categorías que no existieran en una de las teorías y sí en la otra, y de aquellas que estaban en ambas, pero modificaban su significado.

Creemos más plausible esta segunda teorización para entender cómo se relacionan diferentes teorías entre sí. Pero ello no significa que la inconmensurabilidad haya desaparecido: ella siempre existe en tanto existan teorías diferentes, aunque no implica barreras de comprensión absolutas, sino parciales. Así, la comunicación interteórica nunca puede ser transparente, pero tampoco debiéramos considerarla nula o imposible.

Por cierto que Kuhn se refería a la forma en que se (des)entienden mutuamente teorías pertenecientes a una misma disciplina, en este caso una de las mejor formalizadas, y pertenecientes a las ciencias físico-naturales, en las que los acuerdos son mucho mayores que en las sociales (Follari, 2000). Si pensamos en que las barreras de entendimiento son más altas entre disciplinas diferentes, la cuestión muestra su fuerte dificultad: y si pensamos que en algunos casos las teorías diferentes lo son porque una es físico-natural y la otra social, las dificultades de comprensión son aún más abruptas.

Por ello, hay que estar preparados para el desentendimiento inicial. Y hay que asumir la paciencia y templanza necesarias, desde las cuales la interdisciplina se construye a partir de ir abriendo un espacio en común de comprensión de los asuntos a resolver. Lo cual, ciertamente, se hace en el tratamiento de los problemas investigados, en este caso los de Pedagogía hospitalaria. Y es aquí que cabe sin dudas, como señala aquel difundido verso, la afirmación de que *se hace camino al andar*.

5.-Conclusiones

Desde la investigación se puede producir sugerencias y promover consecuencias prácticas de importancia y utilidad para quienes realizan las actividades de Pedagogía en condición hospitalaria. Quienes hacen esas prácticas, pueden y deben aprender de las mismas, pero no están en condiciones de contar con tiempo para recoger sistemáticamente esas prácticas en el campo de la reflexión y el concepto. Será la investigación la que podrá ofrecer esa clase de insumos, que

serán útiles sólo si los temas elegidos por quienes investigan responden a las necesidades de la práctica, y si luego los resultados de las investigaciones son vertidos de tal manera que resulten accesibles para los actores directos de la actividad hospitalaria.

Cómo trabajar según diversas edades de las personas internadas, y qué diferentes resultados se pueden esperar de ellas. Qué hacer frente a creencias religiosas de los internos que pudieran alejarlos de las explicaciones científicas a que apela la educación sistemática, respetando a la vez las convicciones de cada persona, y sin embargo buscando que no rechacen lo científico en sus espacios de pertinencia. Cómo mejorar las condiciones de salud de los internados a través de lo que les ofrece la educación, para que se sientan más logrados en su difícil situación. Cómo mejorar los resultados educativos en atención a los logros en salud que vayan teniendo las personas hospitalizadas, aprovechando las posibilidades de su mutua sinergia. Cómo dosificar metodologías y tiempos de trabajo educativo acorde a los tiempos esperados de internación y de recuperación. Cuáles contenidos son más accesibles en las condiciones de la vida hospitalaria, de modo de optimizar las posibilidades de efectivo aprendizaje.

Acabamos de enumerar algunas de las múltiples cuestiones que la investigación puede abordar, desde lo cual se puede propender a una mejora de la práctica en Pedagogía hospitalaria. Estamos ante una disciplina relativamente joven: hay mucho por hacer y por explorar aún. La cuestión será saber dosificar la necesaria relación entre la investigación y la actividad profesional.

Y ello es, dicho ahora de otro modo, aludir a la necesaria co-implicación entre la teoría y la práctica. No se puede trabajar a ciegas: tampoco se puede pensar en el aire, sin remisión al trabajo. Por ello, la teoría deberá constituirse a partir de la investigación, pero nunca quedar allí: deberá volverse patrimonio de los actores de la actividad educativa en el hospital. Porque la práctica sin teoría, es ciega y a menudo produce resultados paradójales. Pero la teoría como finalidad en sí misma, no se autojustifica: sólo en cuanto sea capaz de alumbrar las prácticas concretas, puede cumplir su intrínseca razón de existir.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bachelard, G. (1979). *La formación del espíritu científico*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Bourdieu, P. et al. (1975). *El oficio de sociólogo*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- De Sousa Santos, B. (1996). *Introducción a una ciencia posmoderna*. Caracas: Cipost.
- De Sousa Santos, B. (2006). *Conocer desde el Sur (para una cultura política emancipatoria)*. Lima: Universidad de San Marcos.
- Follari, R. (1997). *Psicoanálisis y sociedad: crítica del dispositivo pedagógico*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Follari, R. (2000). "Sobre la inexistencia de paradigmas en las ciencias sociales"; en: Follari, R. (Edit.). *Epistemología y sociedad (acerca del debate contemporáneo)*. Rosario: Homo Sapiens.
- Follari, R. (2019). "El regreso de la Pedagogía como decisión no-epistemológica". *Rev. Educacao e Cultura contemporânea*, Vol. 16, núm. 44, 503-520.
- Follari, R. (2020). "Después del aislamiento"; en: Grimson, A. (Comp.). *El futuro después del Covid-19*. (pp.). Buenos Aires: Argentina Futura, publicación electrónica.
- Heidegger, M. (2002). *El ser y el tiempo*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Kuhn, Th. (1980). *La estructura de las revoluciones científicas*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Kuhn, Th. (1989): "Conmensurabilidad, comparabilidad y comunicabilidad"; en: Kuhn, T. (Edit.). *¿Qué son las revoluciones científicas? y otros ensayos*. Barcelona: Paidós/I.C.E.-U.A.B.

CAPÍTULO IV

CONTRIBUCIONES EPISTEMOLÓGICAS A LA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA, DESDE LA PEDAGOGÍA DE LA MUERTE Y EL SISTEMA PEDAGÓGICO RADICAL E INCLUSIVO

Agustín de la Herrán Gascón
Universidad Autónoma de Madrid, España

1.-Introducción

Es un honor ofrecer esta contribución al evento “Workshop Internacional ‘Tendencias sobre investigación en Pedagogía Hospitalaria’”. Gracias al Centro de Estudios Latinoamericanos de Educación Inclusiva (CELEI) y al Observatorio sobre Pedagogía Hospitalaria, de la Universidad de Barcelona (España), por permitirlo. Gracias al Dr. D. Aldo Ocampo, por su impulso y generosidad.

Este ensayo, originalmente titulado “Algunos fundamentos radicales para trascender la Pedagogía de la muerte. Implicaciones para la Pedagogía hospitalaria”, pretende continuar dos tareas iniciadas hace varios años: (1) La necesaria demolición de condicionantes que lastran la emergencia de una educación y, por ende, de una Pedagogía más conscientes, y (2) La propuesta de líneas de acción fundamentadoras, reconstructivas y reorientadoras, susceptibles tanto de atención investigadora, profesional y formativa en educación, Pedagogía y Pedagogía de la muerte.

Para la indagación en estas tareas y en sus interrelaciones, se trabaja desde el sistema pedagógico “radical e inclusivo de la educación” (Herrán, 1993, 1995, 1996, 2003, 2005, 2016, 2017a, 2017b, 2017c, 2017d, 2017e, 2018, 2019) y su aplicación a la

Pedagogía de la muerte (Herrán, 1997b & Herrán, 2015) y a la Pedagogía hospitalaria. El adjetivo *radical* se refiere a las raíces de lo que se observa. Se asume que las raíces de algo son su parte más vital y suelen estar fuera de la vista. Por ello, no suelen considerarse.

En educación, hemos calificado como radicales a aquellas justificaciones, fundamentos, orientaciones, temas, retos o razones, simultáneamente esenciales para la formación, no demandadas y apenas atendidas y desarrolladas por la ciencia normal, los organismos internacionales de educación o los sistemas educativos globalizados.

La conciencia de muerte y de finitud se ha considerado uno de esos temas radicales (Herrán, González, Navarro, Bravo y Freire, 1998, 1999, 2000, 2001a, 2001b, 2003a, 2003b; Herrán, 1998). También pueden interpretarse como radicales aspectos profundos de ámbitos demandados o normalizados. Se intentará que las siguientes consideraciones se refieran a ambas facetas de ellos.

Desde aquí, se transferirán ilaciones de la Pedagogía de la muerte a la Pedagogía Hospitalaria, desde una perspectiva de complejidad, conciencia, apertura, profundización anhelo de evolución posible de la educación y de la Pedagogía. Así mismo, se aportarán fundamentos para trascender epistemológicamente la Pedagogía de la muerte desde la Pedagogía hospitalaria.

Con estas premisas, este trabajo se puede enmarcar en los siguientes ejes de trabajo del seminario:

“3. Tensiones epistemológicas e investigativas en el campo de la Pedagogía Hospitalaria”.

“7. Identificación de nuevos escenarios, sujetos y ejes de tematización de la Pedagogía Hospitalaria”, y

“9. Enfoques emergentes de investigación en Pedagogía Hospitalaria”.

2.-La base

2.1.-Conciencia de muerte en el contexto hospitalario

En un hospital coexisten enfermedad y salud, sufrimiento y ayuda, amor y muerte. Aunque en cualquier contexto se viva y se pueda morir, en un hospital es más probable morir y es más probable saborear la conciencia de la vida.

El hospital puede ser el último lugar en el que un padre, una madre, un profesor, un facultativo... quieren oír hablar de muerte de su niño o de su hijo. Precisamente por ello, es el contexto donde más sentido tiene ser consciente de la muerte.

Las emociones y los sentimientos son arenas movedizas para la razón. Sobre ellos, no se pueden construir alternativas fiables a situaciones delicadas. No podemos iniciar el camino educativo desde ellos, aunque contemos con ellos.

Para esa elaboración, podemos aspirar a la observación de la dialéctica fenómeno-conciencia. De entrada, una cosa es el fenómeno y otra los ojos que miran. Desde esto, ¿en qué casos es mala la conciencia de la vida? ¿Es mejor no darse cuenta de la vida?

La visión interior es mejor que la ceguera interior. La visión humana, que es el efecto principal de la conciencia, normalmente es cercana o miope. Por ello, puede ser de horizonte. El ser humano la aplica impulsivamente en contextos de necesidad y casi imposibilidad -por ejemplo, cuando echa una quiniela o compra lotería-. Pero le cuesta aplicarla en situaciones más probables, por ejemplo, de pérdida de un ser querido, en un hospital o en un centro educativo.

Los seres más conscientes, siempre han optado por la mirada, no por la ceguera. La ceguera o la miopía son formas de egocentrismo, de inmadurez autoaplicada. Esa mirada sólo tiene sentido si abarca toda la realidad; o sea, si no solo se centra en lo evidente y lo actual, porque además incluya lo radical y lo probable. En este sentido, Arriano (2018), un discípulo de Epicteto, aconsejaba esta pauta anticipante, ante la probable pérdida de seres amados:

Ante cada una de las cosas que amas, no olvides decirte a ti mismo lo que ellas verdaderamente son, incluso para las cosas más insignificantes. Si amas un cántaro, dítelo,

que amas a un cántaro, y si él se te estropea, tú no te perturbarás. Si amas a tu hijo o a tu mujer, dítelo a ti mismo: que amas a su ser mortal, que, si acaba por morir, no te turbarás.

3.-Aproximación conceptual a la pedagogía de la muerte

La Pedagogía de la muerte es la disciplina que estudia la educación que tiene en cuenta la muerte. Esto incluye la enseñanza, la orientación, la formación y la investigación educativa de todo lo relacionado con ella. Por tanto, contiene objetos de estudio asimilables a las tres áreas de conocimiento de la Pedagogía: Teoría e Historia de la Educación, Didáctica y la Organización Educativa y Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación.

La Pedagogía de la muerte (disciplina) y la educación que incluye la muerte (campo científico o profesional) pueden ser extraordinariamente abiertas, tanto por los enfoques desde los que es posible teorizar y practicar la acción educativa y didáctica, como por los conceptos de muerte desde los que es posible interpretarla y comprenderla:

- En Herrán, González, Navarro, Freire & Bravo (1999, 2000), se propusieron tres enfoques educativos: el previo, normalizador o curricular, el posterior o de acompañamiento y el cósmico o natural-evolutivo. Los dos primeros son situacionales, antropogénicos y funcionales: el curricular pretende la normalización de la muerte en lo que se enseña y se aprende o se elimina, para la educación; el segundo, que denominamos “acompañamiento educativo” tras situaciones de duelo por muertes de seres queridos que pueden afectar a alumnos, es desarrollable, normalmente, desde la tutoría. El tercero es fenoménico, concretamente, cosmogénico, del que todo ser y no ser participa de forma simultáneamente insignificante e insustituible. Un cuarto enfoque, con diferencia el más importante para cualquier educador, profesional, social o natural, por ser el más formativo, complejo y profundo, es el deducible de las enseñanzas de los maestros taoístas clásicos (Lao Tse, 1983; Zhuang zi, 1999 & Lie zi, 1989) y el primer buda (Buda, 1982, 1997).
- En Herrán & Rodríguez (2020), se proponen veintiún conceptos de ‘muerte’ relevantes para la educación y asimilables a los cuatro enfoques. Desde algunos de ellos, la orientación educativa puede cambiar por completo. Cabe la posibilidad de que, en algún caso, pueda equivaler a una educación

para la muerte, porque tenga por destino formativo la propia muerte, en primer plano.

En la tradición anglosajona, no se habla de Pedagogía de la muerte, sino de *death education*. Desde este enfoque, surgido desde Ciencias de la Salud, como la Medicina, la Enfermería, la Psicología, etc., se producen dos simplificaciones epistemológicas: una está ligada a su génesis científica, porque lo asimila a pérdida de un ser querido, casi siempre en el campo de la salud, el duelo, el sufrimiento. El segundo es la identificación entre la disciplina y el campo.

En efecto, la investigación sobre *death education* se remonta a la década 20 del siglo XX, con Feifel (Rodríguez, Herrán & Cortina, 2019), concentrándose en el ámbito sociosanitario, sobre todo, con profesionales de la salud. El paso de la *death education* al ámbito escolar se remonta a la década de los 70 en Estados Unidos de Norteamérica y los 80 en España, del siglo XX, cuando comienzan a aparecer propuestas e investigaciones sobre la muerte en la escuela (Rodríguez, Herrán & Cortina, 2012, 2019). Inicialmente, se asocian a situaciones de pérdida y duelo (Aspinall, 1996; Berg, 1982). Más tarde, aparecen otras propuestas de *death education* relacionadas con la Filosofía de la educación (Mèlich, 1989), la Pedagogía, la Didáctica, el currículo y una educación basada en la conciencia (Herrán, 1998; Herrán et al., 1998 & 2000) o la educación para la vida (Herrán et al., 2000; Corr, Corr & Doka, 2019; Petifils, 2016). Por tanto, *death education*, en el ámbito educativo o escolar, incluye los dos enfoques didácticos básicos y complementarios: el previo y el posterior a una muerte de seres queridos o significativa, si bien la identificación con el posterior es mucho más frecuente.

Desde la tradición pedagógica centroeuropea, se puede conceptualizar *death education* o educación que incluye la muerte como el objeto de estudio de la Pedagogía de la muerte (Death Pedagogy), con independencia de su contexto: familiar, escolar, hospitalario, etc. Esto es, *death education* es el ámbito educativo relativo a la formación, la enseñanza e investigación de una educación para la vida que tiene en cuenta la conciencia de muerte, abarcando, al menos, objetos de estudio como:

- investigaciones sobre percepciones y actitudes hacia la educación escolar que incluya la muerte de estudiantes, desde educación infantil a la

- universidad (Birkholz et al., 2004; Vlok & Witt, 2012; Yang & Chen, 2010; Yang & Chen, 2009; Lee et al., 2008; Harrawood, Doughty & Wilde, 2013);
- actitudes y percepciones hacia su educación de familias (Jones, Hodges & Slate, 1995; Herrán et al., 2000 y McGovern & Barry, 2000 y Herrán, Rodríguez & Serrano, 2020);
 - actitudes y percepciones de profesores (Herrán et al., 2000; McGovern & Barry, 2000 y Rodríguez, Herrán, Pérez & Sánchez, 2020);
 - los fines de la educación (Mèlich, 1989; Herrán et al., 2000);
 - distintos enfoques y dimensiones de la educatividad de la muerte, incluida la educación emocional y la enseñanza del ciclo vital (Aspinall, 1996; Herrán et al., 2000);
 - la educación para la vida (Corr, Corr & Doka, 2019; Petifils, 2016; Herrán et al., 2000);
 - la competencia sociocrítica (Mantegazza, 2004);
 - el currículo, la Didáctica y la educación para la conciencia (Herrán & Cortina, 2006; Herrán et al., 2000);
 - los currículos de las distintas etapas educativas (Herrán et al., 2000; Herrán, Rodríguez & Miguel, 2019; James, 2015; Rodríguez, Herrán & Miguel, 2020; Stylianou & Zembylas, 2016);
 - la educación desde temas como el genocidio y el holocausto (Bos, 2014; Lindquist, 2007; Zembylas, 2011; Zembylas, Loukaides & Antoniou, 2020);
 - la reducción de la ansiedad y el miedo ante la muerte (Berg, 1982; Glass, 1990);
 - mejora de la convivencia escolar y la erradicación de la violencia (Shackelford, 2003);
 - metodologías didácticas y recursos didácticos (Herrán & Cortina, 2006; Herrán et al., 2000), como el cine (Cortina & Herrán, 2011), la música (Colomo & Oña, 2014), la literatura infantil (Colomo, 2016) o el aprendizaje servicio (Rodríguez, Herrán & Cortina, 2015);
 - las ‘muertes parciales’ o ‘pequeñas muertes’ (Dennis, 2009; Herrán et al., 2000);
 - el acompañamiento en situaciones de duelo en el entorno escolar desde la tutoría (Herrán et al., 2000; Herrán & Cortina, 2006; Dyregrov, Dyregrov & Idsoe, 2013; Holland, 2008; Willis, 2002);

- alumnos con discapacidad intelectual (Rodríguez, Izuzquiza & Herrán, 2015), etc.

La Pedagogía de la muerte es, por tanto, la disciplina que investiga sobre estos y otros objetos de estudio, asociados a una educación que incluye la muerte, así como sobre su formación y su enseñanza.

4.-Pedagogía de la muerte y pedagogía hospitalaria

Desde un punto de vista epistemológico, la Pedagogía de la muerte y la Pedagogía hospitalaria tienen de común que son divisiones de la Pedagogía. Si la Pedagogía de la muerte puede definirse como la parte de la Pedagogía que estudia la educación que incluye la muerte, la Pedagogía Hospitalaria es la parte de la Pedagogía que estudia la educación hospitalaria. Ambas abarcan la educación, la enseñanza, el aprendizaje, la formación, la investigación, los programas, las metodologías, los recursos, la evaluación, etc., en todas sus posibilidades formales, no formales e informales, la formación relativa a la educación, la enseñanza y el aprendizaje de sus profesionales en contexto hospitalario, y todo lo relacionado con ellas. Una diferencia significativa entre ambas es que la educación hospitalaria se desarrolla en un ámbito intensamente interdisciplinar con otras Ciencias de la Salud: Pediatría, Oncología, Psicología, etc.

Desde el enfoque radical e inclusivo, las dos comparten insuficiencias o déficits profundos y desapercibidos de naturaleza epistemológica y fenoménica. Así como la Pedagogía de la muerte tiende a entender erróneamente que el alumno es el centro de la educación y, por ende, a identificar erróneamente la educación que incluye la muerte sólo con alumnos o hijos, la Pedagogía hospitalaria tiende a asociar la educación hospitalaria con la educación de la persona hospitalizada, y a identificar esta sólo con la de niños o menores. El desatino radical de ambas es evidente, si de educación asistida por la complejidad-conciencia se trata. En efecto, la figura de referencia no es plana, una circunferencia, con un centro, sino volumétrica, una mora, con varias esferas en contacto y con un centro de centros; esto es, una mora. Es la metáfora que basa la "teoría de la mora" (Herrán, 2017a).

En la medida en que la educación es, *de facto*, multicéntrica y metacéntrica, y afecta a todo ser humano, por un lado, debería referirse a todos los que participan en los contextos considerados, alcanzando, incluso, también, a quien indirectamente les

afecta, con independencia de su formato. Así, tanto la Pedagogía de la muerte como la Pedagogía hospitalaria alcanzarían, naturalmente y con formatos, contenidos y enfoques adecuados y complementarios, a toda la sociedad, con la participación activa y consciente de los medios de comunicación (Herrán, 2006), la educación o formación de los políticos (Herrán, 1993), los administradores, los directivos, los coordinadores, los profesionales de la salud, los profesionales de la educación, los familiares, los entornos afectivos significativos y, desde luego, los pacientes (menores, alumnos, hijos o como se les quiera considerar).

Por ejemplo, el estudio sobre evaluación de necesidades formativas de Pedagogía de la muerte en profesionales de la Enfermería (Collado, 2021), tanto en el grado universitario como en su trabajo en el día a día en el hospital son, en sentido estricto, ámbitos de la Pedagogía Universitaria y de la Pedagogía Hospitalaria, respectivamente. Esto puede significar posibilidades de articulación entre Pedagogía de la muerte y Pedagogía hospitalaria, en la posible “zona del próximo desarrollo” (Vigotsky, 1978) epistemológico y aplicado de ambas parcelas de la Pedagogía.

Normalmente, la Pedagogía hospitalaria actual incluye una mirada más específica. Su centro es el niño o alumno hospitalizado. Sus condicionantes son el contexto sanitario y social y de su enfermedad o enfermedades. Los vectores de la acción pedagógica son la salud y la formación. Su orientación es marcadamente preventiva, y busca vincularse, en el mejor de los casos, a un proyecto de vida incipiente o tangible. La cuestión es fortalecer su investigación, profundizar en su interpretación e incrementar su comprensión periférica y radical desde una Pedagogía más completa, consciente, necesariamente más compleja y más útil.

5.-Pedagogía de la muerte, educación de la conciencia y pedagogía hospitalaria

La Pedagogía de la muerte es una raíz de un árbol denominado Pedagogía de la conciencia. La Pedagogía de la conciencia es el estudio de la educación que favorece el darse cuenta de la realidad exterior e interior, más allá del ego personal y colectivo, epistemológico y profesional. En sentido estricto, la conciencia es el factor más importante y no reconocido de la educación o de la formación, tanto instructiva o aplicada, como vital o global (Herrán, 1998), junto al egocentrismo y

sus derivados (Herrán, 1997a): la necesidad, la inmadurez generalizada, la estulticia y otros fenómenos negados. La exclusión de la conciencia de la epistemología de la Pedagogía –o su suplantación psicologista por constructos estrechos que nada tienen que ver con ella, como la metacognición-, hace que la situación de nuestra educación –la que desarrollamos, la que normalmente investigamos- sea comparable a la de una Medicina que excluyera de su acervo el concepto/fenómeno de la salud.

Con la exclusión de la conciencia de la Pedagogía, se ha sancionado la decapitación de la educación desde la ciencia. La causa es social y evolutiva: estamos creciendo y hemos llegado hasta aquí. No se trata sólo de una indagación más profunda de lo ya se sabe. Se trata de continuar evolucionando. Para esto, precisamente, puede ser útil la Pedagogía de la muerte. De otro modo: si el acuífero que comunica las reservas epistemológicas de una educación es la conciencia, una de sus oquedades pertinentes es la educación que incluye la muerte. en síntesis, suponemos que la causa desapercibida del problema radica en la propia conciencia aplicada a la Pedagogía y a la educación, y a la Pedagogía de la muerte y a la educación que incluye la muerte, y, desde ellas, a la Pedagogía hospitalaria, sin solución de continuidad. Conciencia es visión y visión es teoría. Se deduce de ello que la causa de la ausencia de la conciencia en la educación y la Pedagogía tiene que ver, en todo caso, con la formación de quienes se ocupan de ellas, en tanto que fuentes de su visión, tanto en los planos investigativos, como formativos y profesionales (institucionales, organizativos y didácticos).

La educación de la conciencia puede tener lugar, tanto en sus dimensiones disciplinar, transversal o radical, desde la adquisición de conocimientos, su pérdida y/o la meditación o vía del vacío (cuarto enfoque de la Pedagogía, la Didáctica, la educación y la formación que incluye la muerte). Cualquier proceso de educación de la conciencia suele partir de cuatro situaciones internas o sendos inicios educativos: (1) la conciencia de un conocimiento o de un significado disponible, cuya tendencia es a adquirir más y más conocimiento, en el sentido de su inercia; (2) la conciencia de un condicionamiento previo, cuyo sentido es su eliminación, pérdida o trascendencia vía descondicionamiento; (3) la conciencia de una relativa falibilidad, inconsciencia o ignorancia, cuyo sentido es su compensación o desarrollo orientado a un equilibrio interior, vía complementariedad, compleción o síntesis, y (4) la posibilidad de un

recondicionamiento desde la relativa liberación consciente y cognoscitiva, bien provisional, bien más permanente.

Desde esta observación, tomando como referencia la complejidad de conciencia, como fundamento de metodología formativa para una educación más amplia y más profunda, puede colegirse que, *a priori*, la Pedagogía hospitalaria, en la medida en que, como la Pedagogía, tiene por objeto de estudio la educación y desatiende la conciencia:

- Se orienta a una acción educativa necesaria, pero posiblemente miope o insuficiente.
- Es necesaria para el progreso educativo polarizadas en lo externo y lo existencial, pero puede estar desconectada de lo interior y lo esencial.

La Pedagogía Hospitalaria no existe con independencia de la formación de quienes a ella se dedican; es un efecto de la conciencia de los investigadores y profesionales. Por tanto, la alternativa para su desarrollo radical es su conciencia, comprendida como baricentro de su formación posible, capaz de transitar hacia una formación basada en la conciencia que incluya la convencional (basada en el aprendizaje, el conocimiento y la acción competencial), pero sin quedarse en ellos.

La comprensión de algo pasa por la observación de su condicionamiento sesgado o parcial y/o de su incompleción *a priori*; esto es, de la constatación de un déficit compensable a través suyo, para, en un segundo momento, orientarse a la reducción al mínimo la distancia entre el fenómeno y el conocimiento del fenómeno, por la mayor complejidad de conciencia conferida. Este camino se puede lograr avanzando en dos dimensiones básicas: vertical, esencial o autoformativa (*episteme*, profundización, interiorización, conciencia) y horizontal, existencial o externa (epistemología, eficiencia-eficacia, complementariedad, colaboración, convergencia y síntesis).

En el contexto que nos ocupa y funcionalmente, el proceso se puede desarrollar a la vez vertical y horizontalmente. La conciencia sería el factor vertical más relevante y la complementariedad epistemológica posibilitaría el desarrollo de la dimensión horizontal. Se podría resumir en una mayor convergencia, orientada hacia la síntesis, entre el observador y su formación, las disciplinas y el campo. Esto es, entre la Pedagogía de la muerte y de la Pedagogía hospitalaria y la

autoformación de sus agentes, en el marco de una Pedagogía con base en la conciencia, por un lado, y de una educación de la conciencia de muerte y de finitud y de la educación hospitalaria, en el continuo de una educación basada en la conciencia, por otro. Por tanto, no sólo atañendo a sus puntos o áreas de corte, sino al conjunto de la complejidad de formación causal o radical, la disciplina matriz (Pedagogía) y al campo (educación y formación, tanto para el desempeño profesional como para la investigación pedagógica) referido al fenómeno educativo, percibido lo más completamente posible.

En la medida en que la Pedagogía hospitalaria gravita en torno a la educación del alumno, de los docentes, tutores y padres, es pertinente indagar en torno a algunos de sus límites y contradicciones esenciales.

6.-Contradicciones

6.1.-No sabemos que no sabemos qué es la educación

El enfoque radical e inclusivo parte de una metáfora sencilla: se tienden a confundir la Luna y el reflejo de la Luna en el agua. Identificar objeto y representación, conocimiento sesgado y fenómeno es asegurar el equívoco, que, compulsiva y egocéntricamente, tiende a ocultar, relegar o minimizar.

Con la educación ha ocurrido como con la democracia: prácticamente nunca ha existido en su versión plena o auténtica. Ni siquiera cuando se inventó, en el Siglo de Pericles, pues, paradójicamente, se calificó como democracia lo que luego se supo que era aristocracia. Hoy se sigue calificando como democracia a uno de sus opuestos originarios: el gobierno de representantes, que, en vez de estar al servicio del pueblo, se vale del pueblo para sus fines egocéntricos. Pese a haber denominado desde el principio 'pez' a lo que era un 'mamífero', nunca decayó su apelativo, y se arrastró el error hasta la actualidad, en la que esa confusión es una de las claves útiles para su mediocridad y su permanencia.

Análogamente, hoy se llama educación a la mezcla entre educación y adoctrinamiento, a la sazón, su opuesto mayor, tanto peor que una tiranía pedagógica flagrante, por ser una variante sutil. Con todo, ni con la educación, ni con la democracia ha ocurrido que, pasando a ser un opuesto, se haya dejado de apurar la ubre de su contradicción.

Llamamos educación a lo que hacemos. Consensuamos, de este modo, qué entendemos por ella. Pero eso que concebimos no es la educación. Se actúa como Binet, pero sin aspiración de validez. Con la educación ocurre como la Luna: la apreciamos en función de lo que vemos; lo que vemos es la Luna, pero la Luna no es solo lo que vemos. O sea, lo percibido no equivale a lo mentado, ni en complejidad, ni en compleción. Análogamente, lo que hacemos es educación, pero la educación no es sólo lo que hacemos, ni observamos. El corolario es simple y habitual, confuciano y socrático a la vez: no sabemos que no sabemos qué es la educación, y esta conciencia es clave, básica. Esto es muy importante.

En la medida en que la Pedagogía hospitalaria tiene como objeto la educación, en su ámbito profesional e investigador, podría ser de interés considerar esta posibilidad. La educación es mucho más, mucho menos peor y mucho mejor que lo que se entiende por ella, tanto por la Pedagogía, como por los organismos internacionales de educación o los sistemas educativos nacionales o supranacionales. Pero, al parecer, no queremos querer darnos cuenta de ello. La negligencia se define en el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española como: “Descuido, falta de cuidado” y como “Falta de aplicación”. Pocas cosas peores que una ciencia negligente.

El problema es radical, y, sin embargo, no es difícil de ver, ni de resolver. Un proverbio chino dice: “No es que el pozo sea demasiado profundo, es que la cuerda es demasiado corta”. La cuerda es la conciencia disponible y sus productos: la ciencia, los conocimientos, la experiencia, etc. Mucho apunta a que lo erróneo es el método. El aval de este método se llama educación, y su molécula es el conocimiento, vía aprendizaje, o sea, vía adquisición, bien sea mediante recepción o por descubrimiento. En primer lugar, la profundidad del pozo no tiene nada que ver con la cuerda utilizada. En segundo lugar, puede que el cubo tenga fisuras. En tercero, quizá sacar esa agua no sea la mejor idea posible.

De hecho, el agua que a duras penas se saca y se toma es causa de inconsciencia, de ignorancia de la propia naturaleza esencial y de consecuente fanatización generalizada, más o menos inconfesable, aunque evidente para el buen observador, con destellos aislados de lucidez o de conciencia descondicionada o amplia. La ingesta de esa agua salobre, como la del agua salada del mar, alivia inmediata e impulsivamente. Pero enferma internamente a medio plazo, porque

coadyuva a la enfermedad del ego humano, la enfermedad educativa interior y exterior de la humanidad, curable mediante una educación con base en la conciencia. De otro modo: al orientarse a lo existencial, lo externo y lo horizontal), desatiende lo esencial, lo interno y vertical.

El pronóstico, más o menos cercano, es de un proceso que, a escala global, tiene que ver con la autodestrucción de la humanidad como especie. A escala personal, su resultado es un isomorfismo con lo externo o lo social, de embotamiento de la razón, de inconsciencia, de necesidad, de egocentrismo o inmadurez generalizados. En este Titanic (Herrán, 2019), el pasaje está fracturado: unos componen sociedades de la sobrevivencia y, otros, sociedades del entretenimiento; unos, anhelan adelgazar, y otros, nutrirse. La cosecha de pseudo educación no es válida para recorrer el vector ego-conciencia. Por tanto, no sirve como metodología para la educación plena.

Como no sabemos lo que es la educación plena (llamémosla educación), la identificamos con acciones que responden a necesidades sociales demandadas. De entrada, este esquema define un sinsentido formativo, una entrega a la arbitrariedad, porque las demandas son tan necesarias y cruciales para los contextos creados, como miopes y volubles para la posible evolución del ser humano.

Es claro que, finalmente, todo trasciende, y que, por ello, cualquier aportación, cualquier error, cualquier ausencia será finalmente vectorial y evolutiva. También es diáfano que el camino educativo no es rectilíneo, sino curvilíneo, o más bien, espiral y plectonómico (Herrán, 1998). Sin embargo, no se trata solo de aprovechar el tiempo en el transcurso, ni tampoco de hacer camino al andar; no se trata de desarrollo, ni de progreso, sino de evolución interior para la evolución exterior.

De aquí que un reto radical de la educación no sea educar para vivir o educar para la vida, sino educar para vivir bien, como apuntaron Sócrates o la escuela de los perrunos, Antístenes o Diógenes de Sinope, pues si no, podría ser mejor no vivir (en Laercio, 2008). Vivir bien conduce a morir bien, como dijo Aurelio (2008). Esto sí se puede pretender. Y morir bien tiene mucho que ver con morir a tiempo; porque, "En verdad, quien no vive nunca a tiempo, ¿cómo va a morir a tiempo?" (Nietzsche, 1972, p.114).

El problema pedagógico radical asociado es que, si estamos tan lejos de la educación plena, lo estaremos de la conciencia, del autoconocimiento y, por ende, de una Pedagogía de la conciencia o de una Pedagogía consciente y de la conciencia de muerte aplicable a la Pedagogía Hospitalaria. De hecho, lo estamos. Por eso, la educación normal es un erial, aunque parezca un vergel, en cierta medida porque la Pedagogía, que es como la jardinera principal, lo tiene descuidado. No por ser coja, sino cegarra.

7.-Necesidades educativas con base en la conciencia de la pedagogía hospitalaria

Las educaciones formales de los sistemas sociales vigentes son las de los sistemas educativos nacionales, globalizados y posmodernos. Los contenidos disciplinares y transversales de sus currículos oficiales se basan exclusivamente en necesidades sociales y educativas demandadas. Esa ascendencia social de la educación alcanza a condicionamientos no pedagógicos de variado tipo (ideológico, religioso, nacionalista, etc.), que saturan su educación y, en no pocos casos, motivan reformas educativas duales.

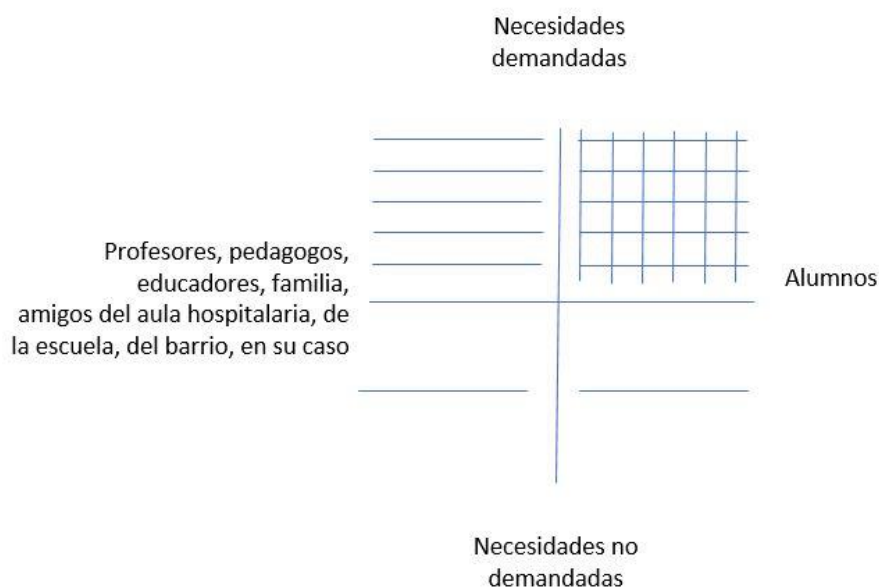
Su cuestionamiento, limitación y compleción, vía complejidad de conciencia, puede traducirse en un atrio para avanzar hacia una Pedagogía y una educación radical y más compleja, con base en la conciencia. Esta premisa es aplicable a la Pedagogía hospitalaria y a la educación hospitalaria, como ámbitos y aplicaciones de la Pedagogía y la educación, respectivamente.

Por ejemplo, la anteriormente aludida parcialidad o insuficiencia horizontal o (epistemológica y social) de la Pedagogía se deduce de las necesidades que justifican su educación. Esto es, atender necesidades adaptativas, de cuidados y escolares del alumno enfermo y convaleciente. Si se admite esto, automáticamente puede deducirse que, como le ocurre a toda la Pedagogía y a la educación normal, está desenfocada. ¿Por qué? Porque su punto de apoyo se pone en las necesidades demandadas de la sociedad, del alumno, de la familia, etc., que no tienen por qué coincidir con sus necesidades educativas profundas, no demandadas. ¿O acaso toda necesidad educativa se demanda?

La Figura N° 1 distribuya en cuatro cuadrantes las necesidades educativas posibles que afectan a diferentes participantes, en la Pedagogía hospitalaria. De los cuatro,

estaría atendido recurrentemente uno (necesidades demandas sociales, curriculares y de salud de alumnos). Habría otro menos abordado y parcialmente atendido (necesidades demandas de tutores y pedagogos, familia, amigos del barrio, del aula hospitalaria y de la escuela). Y otros dos, notablemente menos atendidos, por ser radicales, esto es, por ser fundamentales para la educación, pero no demandarse y no estar desarrollados, tanto de alumnos como de los pedagogos y educadores profesionales, familias, amigos y otros participantes, incluidos los políticos, los directivos, los medios y la sociedad en general.

Figura 1: Necesidades educativas y ámbitos de actuación pedagógica hospitalaria



Fuente: elaboración propia.

Entre lo demandado y atendido del alumno estarían, por ejemplo, sus necesidades educativas afectivas, escolares y de salud. Entre lo demandado y menos atendido del tutor o pedagogo estarían, por ejemplo, los recursos didácticos necesarios o condiciones de trabajo. Entre lo no demandado y desatendido del alumno y del profesor o tutor y de la sociedad estarían, por ejemplo, la educación de la conciencia como cultura general de naturaleza pedagógica y básica, vía apoyo de los medios a una educación orientada al crecimiento humano, en sus múltiples aperturas y campos, uno de los cuales sería la educación que tiene en cuenta la

muerte. Algunas necesidades no demandadas serían insuficiencias profundas, no demandadas o incluso rechazadas o intencionalmente excluidas, razón por la cual se encuentran en estos cuadrantes. Algo comparable a lo que, por ejemplo, ocurría con la educación vial, sexual, para la paz, para la salud o medioambiental en los currículos de hace 60 años, del todo alejadas de los currículos escolares.

Se proponen tres observaciones, que pueden interpretarse como hipótesis epistemológicas, para dialogar, debatir y/o destruir, siempre con una intencionalidad reconstructiva:

1. Lo que estamos haciendo en educación en general y en educación hospitalaria en particular, es incompleto.
2. Nuestra acción educativa podría estar desorientada. Desde los sistemas educativos y sus currículos, no es posible educar plenamente (Herrán, 2017a, Herrán, 2020), por su exceso de adoctrinamiento parcial o por su insuficiente fundamentación radical y consecuente sentido o movimiento errático, a merced del viento.
3. La educación plena es la propia de quien ha llegado al final, de quien ha despertado por completo en su conciencia. Por eso, la educación consiste en un transitar vectorial del ego a la conciencia (Herrán, 1993 & 1995), esto es, de la ignorancia, la inconsciencia, la inmadurez, la necedad, la estulticia, etc. a la plenitud educativa, al autoconocimiento y a la conciencia de muerte. que no se está atendiendo, en primer plano, ni en la educación formal, ni en Pedagogía, ni en Pedagogía hospitalaria. No se atiende, generalmente, por falta de liderazgo científico de la Pedagogía, y, concretamente, porque la exclusión de constructos básicos (ego, conciencia, autoconocimiento, universalidad-humanidad, muerte, educación plena, etc.), o por su descarada o ignorante tergiversación.

Las tres son compatibles con que se avance, con el desarrollo e incluso con que se haga camino al andar... Pero, sin brújula, sin norte, sin el despertar de la conciencia como el más elevado fin de la educación, podrá haber avance, incluso avance formativo, pero no plenitud educativa, ni de la Pedagogía, ni de la Pedagogía hospitalaria.

La escolaridad no es la educación, y lo que llamamos educación, no es la educación plena. El enfoque general o socialmente admitido por quien encarga intenciones a la escuela a través del currículo, es insuficiente para una mayor conciencia y un despertar mayor efectivo y útil.

Este es el gran fin de la educación heredado de los maestros del Tao y Siddhartha Gautama, el primer buda, del todo complementaria al legado de Sócrates. ¿Qué estamos esperando para sintetizarlos vía complementariedad epistemológica? (Herrán, 2018). El darse cuenta de la evolución y de la vida no forma parte de los fines de la educación consensuados que estudia Monarca (2009). Por eso, entre ellos son incompletos, y como referencia pedagógica, son radicalmente inconclusos, pues están sesgados hacia la superficie. Retomando y aplicando la sencilla metáfora del enfoque radical e inclusivo, puede observarse que el entendimiento la educación se ha reducido a su exterioridad. Por ello, puede ser superficial, perimétrico y aparentemente correcto, mientras su interioridad se desatiende y desconoce. Atender una parte y desatender otra, no sería un gran problema, a largo plazo, si se es consciente de ello. El absurdo es creer que el océano es su oleaje o que a su superficie puede llamarse profundidad.

Este déficit desapercibido aboca a dejarse cosas por el camino, que son básicas para la educación. De otro modo: sólo conduce a seguir hacia adelante, entendiendo por avance el fortalecimiento y la atención a una de las alas. Sin una educación equilibrada, no es posible volar. Como consecuencia de ello, la miopía ha condicionado nuestra conciencia, con la que vemos bien, pero sólo de cerca. Actuamos como lo que somos: un eslabón perdido de nosotros mismos, o entre el ser que somos y el que podríamos llegar a ser. O como diría Nietzsche (1972), un transitar hacia el ocaso, de la planta al súper hombre. Si por súper hombre se comprender al ser humano post mediocre, post egocéntrico, más consciente, más y mejor educado, más sabio y siempre más humano, ni lo refutamos, ni lo negamos, por obvio. No en vano está alineado con las miradas de Sócrates, Antístenes, Diógenes de Sinope, Séneca, Locke, Rousseau, Voltaire, Hegel, Schopenhauer, Teilhard de Chardin, Ingenieros, etc.

Desde la hermenéutica del enfoque radical e inclusivo de la educación, se proponen referentes más directos para la teoría y la acción educativas:

1. Se trata de evolucionar en complejidad de conciencia y en perder inmadurez o egocentrismo; no se trata, en absoluto, sólo de avanzar, de desarrollarse o progresar, pues se puede evolucionar sin desarrollo, adquiriendo y perdiendo conocimientos, y porque el conocimiento suele ser el mayor obstáculo para el despertar de la conciencia.
2. Se trata de identificar y de partir de la causa o de la raíz. Por ejemplo, en vez de considerar el súper hombre imaginado como referencia para la mejora, comenzar radicalmente, esto es, desde nosotros mismos (Krishnamurti, 1994), nuestra mediocridad y nuestra educación. Ahora bien, diferenciando, en esa fuente o génesis, entre mejora superficial, aparente o existencial, y mejora radical, profunda o esencial.
3. En tercer lugar, se trata de apercibirse de que mejorar no es suficiente, si antes y durante esa mejora no ocurre un significativo proceso de empeoramiento. O sea, un paso de una situación mala o mediocre a otra menos mala o menos peor. Empeorarse es descondicionarse, soltar lastre para poder elevarse, con la mirada abierta, las dos alas desplegadas y la razón cultivada y lúcida. Por eso, los seres vivos pierden células como indicador de crecimiento.

Hacer lo posible desde el acervo actual, no es suficiente. Desde la conciencia, el primer paso no es la acción, sino saberse ignorante e inconsciente, darse cuenta de que nuestro trabajo puede ser esencialmente incompleto. Desde el ego, hay dos posibilidades inconvenientes: o el bloqueo inicial, por sentirse atacados, criticados, aludidos y heridos, o el desarrollo sesgado, previsiblemente erróneo. La conciencia objetiva de incompleción de lo externo, de la teoría, de las posibilidades de la imaginación y de la acción de todo ser humano puede ser un paso formativo introductorio e intermedio.

8.-La planificación

8.1.-El aula hospitalaria como parte de un sistema educativo funcional (s.e.f.)

Como se ha mencionado anteriormente, el alumno hospitalizado no es el único centro de la educación. Creer que lo es puede asegurar una mala práctica educativa. Entenderlo equivale a interpretar la educación educativa rectilínea,

vectorialmente: del educador al educando. Pero en educación, el camino más corto nunca es la línea recta, es la línea curva. Y esa curvatura pasa siempre por la educación del educador y, con frecuencia, por la apertura contextual. En línea recta, el educador hace *bypass* consigo mismo y, o llega más tarde, o peor, o no llega nunca.

La realidad abierta a la complejidad no es así, porque no es dual. Desde lo anterior y aplicando la “teoría de la mora” (Herrán, 2017a) a lo que nos ocupa:

- Si el adulto es un educador consciente, será tan educando como el alumno, y el alumno se educará siendo una fuente de enseñanza de primer nivel para todos, principalmente para el educador.
- Si la educación (radical) comienza por uno mismo, el sentido primero de cada uno de estos centros de la educación, incluido el alumno, es sí mismo, y no el otro: ni el alumno, desde el punto de vista docente, ni siquiera el docente, con la referencia del alumno. Cada centro de la educación es la prioridad lógica de sí mismo. Análogamente, antes de trazar una curva con un compás, lo primero es apoyarlo, centrarlo, el trazo es un efecto de esa centración.
- Si bien el alumno en un aula hospitalaria es un centro especial de la educación, los centros observables en su contexto significativo son, al menos, la familia, los tutores del aula y del centro educativo, las direcciones del aula y del centro educativo, el aula, el centro educativo, los compañeros del aula, los compañeros del centro escolar, el tutor de este centro, los políticos, los medios, la ley educativa de turno, el currículo de referencia, la sociedad en su conjunto, etc.
- De estos elementos, unos son controlables y otros escapan, tanto al control de un educador, como a la conciencia clara y distinta de ellos, salvo que sobre ellos se disponga de una formación y/o comunicación particular.
- Asumiendo que el observador es quien se encuentra en el centro de la mora, se define, desde su conciencia contextual, un sistema más amplio y completo que el del aula hospitalaria, más próximo al fenómeno educativo complejo y real, que permita una planificación educativa más cabal.

Aplicando la Pedagogía de la muerte a lo anterior, el planteamiento de planificación y desarrollo de una Pedagogía Hospitalaria, en el marco de una Pedagogía más consciente y de una educación de la conciencia más evolucionada, pasa por dos clases de avances posibles sistémicos, armonizables y compatibles:

- Uno autoformativo, esencial o radical a todos, desde una mayor conciencia de la vida y de la muerte, del autoconocimiento y del significado de la educación plena.
- Otro extenso, existencial y social, desde la interacción de la Pedagogía Hospitalaria con una Pedagogía de la muerte más completa, por el cambio comprensivo de un contexto restringido (el aula hospitalaria), a un contexto más complejo, pero funcional, base de una planificación de la acción educativa más abierta, compleja y ajustada a la realidad pedagógica y funcional.

Los dos avances se han de dar a la vez, con esta estructura dinámica: el segundo avance, en función del primero, o lo existencial, en función de lo esencial.

Para ello, se propone dar un salto del aula hospitalaria y el hospital, como contextos o entornos objetos de investigación y desarrollo educativo y profesional, a la comprensión del aula hospitalaria y el hospital, comprendidos como partes de un sistema educativo funcional (S.E.F.) mayor, que alcance a la familia, el centro escolar y el barrio, por ser significativos y relevantes para el alumno.

8.2.-El s.e.f. del aula hospitalaria o de cada alumno, como representaciones relativamente completas del fenómeno

Así como las raíces se entroncan terminando en los frutos y en las flores, para trascender, la Pedagogía de la muerte se hace conciencia preactiva o planificadora concreta, en su espacio común con la Pedagogía hospitalaria, mediante la apertura, la sensibilidad, la duda y la conciencia compleja del fenómeno. La noción de fenómeno no se considera aquí en el sentido griego clásico, sino en el sentido alemán. Esto es, incluyendo la estructura, con apertura e, incluso, ánimo de exhaustividad. De otro modo, “el fenómeno, pero todo el fenómeno”, como dijo Teilhard de Chardin. Su función es elaboradora y fundamentadora de la acción concreta siguiente.

Nos explicamos, aplicando lo anterior a lo que nos ocupa: hay un modo tradicional de entender los contextos educativos, que ligan a las personas y a las instituciones a los entornos, sus características, circunstancias y situaciones. Estas interpretaciones han sido convergentes, recurrentes, formalmente comparables unos con otros. Esto ha conducido, además, a reflexionar y a suponer los casos de una forma diferenciada, según las características de esos mismos contextos.

Un modo diferente de entender los contextos es subrayando los sistemas próximos y controlables y sus relaciones, capaces de definir una entidad sistémica compleja, con carácter unitario. Esto es a lo que denominamos sistema educativo funcional (S. E. F.), que iría más allá de los entornos concretos, y, en este caso, alcanzaría, desde el aula hospitalaria, a la familia, al centro escolar y al barrio.

Así, más allá de la dialéctica centro-entorno, en el que este sería siempre subsidiario y condicionante, un contexto más complejo y ajustado, definido vía complejidad, como el S. E. F. permitiría una planificación más real, basada en la complejidad de conciencia de esa realidad redefinida, comprensible tanto interior como exteriormente. Esa complejidad de conciencia coincide con la que el niño hospitalizado percibe. Equivale al esfuerzo comprensivo que hace el observador externo para ajustar su objeto complejo y consciente al que el niño hospitalizado percibe.

De otro modo: un niño hospitalizado es, a la vez, hijo de una familia, alumno de su centro ordinario y enfermo de un aula hospitalaria y domiciliaria. Además, forma parte de un sistema de amistades, bien de su escuela, bien de su aula hospitalaria; amistades que pueden ser valoradas de modo muy diferente por los padres, los profesionales del aula hospitalaria o de su centro escolar.

Se deduce de esto que un modo más lógico y complejo a la vez de enfocar la educación de este menor es desde el sistema educativo funcional (S. E. F.) 'centro educativo – aula hospitalaria y domiciliaria-familia-amigos del centro, del aula hospitalaria y del barrio, en su caso'. Todo lo que sea más parcial que esto, en principio, podrá ser correcto, pero será más fragmentario o menos complejo y real, y alejará el fenómeno de la comprensión compleja y representativa del fenómeno.

Un S. E. F. puede ser una comunidad relativamente amplia, incluso no directa. Su existencia comienza por su reconocimiento consciente, por su identidad abierta,

por su toma de conciencia por el observador, el experimentador o el sintiente, sea este un investigador externo, un tutor o un menor en un aula hospitalaria. Su normalización le otorga vida y la posibilidad de más conciencia. Define un elemento o un ser $n+1$, donde n son los subsistemas o partes en interacción, y $n+1$ es la nueva realidad comprensible, denominada S. E. F. Por tanto, lo primero es la conciencia individual -o de uniones individuales- de su existencia, con el fin epistémico de llegar a otorgarle un estatus de ser o de fuente de identidad funcional, desde la formación de cada individuo (personas, equipos, etc.) y desde la conciencia distribuida.

Si un S. E. F. pudiera alcanzar una alta relevancia individual o de partes (uniones individuales), podría pasar de caracterizarse por una conciencia distribuida a una conciencia compartida. Esto puede observarse, e incluso experimentarse, en sistemas educativos funcionales cohesionados por historia o necesidad, formación, interés, proyecto, compromiso y tareas. Por ejemplo, quien esto escribe lo ha observado en algunas escuelas, comunidades de educación (formal y no formal), grupos de investigación en universidades, etc.

La interpretación de la realidad desde el S. E. F. asocia un cambio de óptica: no se trata de considerar contextos desde ellos mismos, ni las personas y objetos nucleares a los que su contexto a veces determina, sino de considerar el sistema complejo, físico, psíquico, social, epistemológico, etc., desde la conciencia observadora, destinataria o arbitrariamente designada. En el caso del S. E. F. del aula hospitalaria o del alumno hospitalizado, desde la percepción, relevancia, vivencia y conciencia del niño.

De otro modo: supone situarse en un contexto complejo, multidimensional y amplio, en el que se incluyan ámbitos y participantes diferentes, en unicidad funcional. ¿Por qué en unicidad? Porque desde el punto de vista de la conciencia del niño, como es el caso, tal es su relación, su porosidad afectiva, cognoscitiva, epistémica, etc., que hacen las veces de partes de un solo sistema notablemente completo. Esta comprensión sistémica compleja puede llevar a indagar desde la conciencia de la persona, de una forma relativamente independiente de contextos particulares o, al menos, minimizando, o no, su incidencia diferenciadora real, en detrimento de la imaginada o atribuida.

El S. E. F. es un sistema complejo que se aproxima al fenómeno significativo a la realidad percibida por una conciencia a la que se puede otorgar el papel de observador principal, en este caso, el menor. Ese niño hospitalizado no es el único centro de la educación. En efecto, el S. E. F. puede alcanzar el estatus de un ser autoconsciente de comunicación y educación. Por tanto, puede ser susceptible de formación radical o autoformación, de planificación, de autoevaluación, etc. Es más, en la medida en que un S. E. F. o partes y elementos de un S. E. F. puedan asumirse como centros de la educación o como sujetos educativos objetos de sí mismos, la educación del niño mejorará cualitativamente de una forma muy significativa.

8.3.-Algunos parámetros descriptivos de un s.e.f.

Se pueden tener en cuenta los siguientes parámetros descriptivos de un S. E. F.:

- *Núcleo de un S. E. F.:* Un S. E. F. puede existir alrededor de una conciencia, por ejemplo, de un alumno hospitalizado, de un órgano, de una unidad organizativa, por ejemplo, un aula hospitalaria, etc. Podría hablarse, así, del S. E. F. de Ana o del S. E. F. de Juanjo, donde estos nombres representan al niño o a la niña hospitalizados, o del S. E. F. de un aula hospitalaria. El núcleo de un S. E. F. es el epicentro de la identidad funcional de otros elementos y partes constituyentes.
- *Elementos de un S. E. F.:* Son sus componentes, tanto personales, materiales, formales, etc.
- *Partes de un S. E. F.:* Son secciones, divisiones, subconjuntos definidos funcional, natural o arbitrariamente.
- *Contexto de un S. E. F.:* El S. E. F. es, en sí mismo, un sistema comunicativo contextual. Puede ser tan amplio y complejo como se quiera, siempre y cuando tenga sentido funcional y significativo para su núcleo. Su contexto depende de su amplitud, complejidad y estado. Se puede definir como entorno físico, social o situacional o de cualquier otra índole, en el que se considera incluido el S. E. F.
- *Claves de un S. E. F.:* Las claves de un S. E. F. radican en la formación esencial de sus educadores, luego en sus conciencias. Cuando el sistema está compuesto por personas y subsistemas lúcidos y maduros, el conjunto puede apuntar a cotas educativas más elevadas en complejidad-conciencia.

En cambio, cuando en sus agentes claves, sean educadores o no, predomina el egocentrismo, el S. E. F. tendrá dificultades para formarse, para evolucionar en equilibrio y tenderá a romperse o disgregarse.

- *Pertinencia de un S. E. F.:* La razón de ser de un S. E. F. surge, en este contexto, cuando el niño es hospitalizado y durante un tiempo relativamente largo un hospital y un aula hospitalaria y domiciliaria se convierte, a la vez, en hogar y en escuela. Por tanto, se observa un fenómeno de cambio brusco y relativamente permanente de contextos de vida naturales, para el niño o el menor. Desde las realidades diversas, un S. E. F. puede ser permanente, puede ser temporal, puede desaparecer y reaparecer, etc.
- *Identidad de un S. E. F.:* Es clave que todos los elementos y partes de un S. E. F., que voluntaria y conscientemente decidan componerlo, tengan conciencia de sí, como elementos y partes, de otras, como otros elementos y partes formalmente comparables, y del S. E. F. como sistema individual que es referencia para una identidad pedagógica útil y con un sentido o razón de ser, de naturaleza educativa.
- *Apertura y sensibilidad:* Todos los centros educativos, aulas hospitalarias, familias y amistades del niño deberían estar abiertos a esta posibilidad, que desde el punto de vista del ego humano se sintetizan en no creerse el centro, sino partes de un sistema comunicativo y educativo mayor.
- *Atención a la planificación amplia:* Por desgracia, casi ninguna de las enfermedades mortales infantiles, y particularmente los cánceres, se pueden prevenir. Para el caso del alumno hospitalizado que puede morir, la prevención equivale a apertura a la planificación profesional, promovido y ahormado, desde sus directores y/o líderes, desde el tándem centro ordinario-aula hospitalaria.
- *Planificación educativa basada en clima social favorable y en la complejidad-conciencia:* Una clave del fluir comunicativo y del sentirse parte de un sistema educativo es la fluencia de las relaciones, tanto desde su eficacia como desde su madurez, bajo egocentrismo y complejidad de conciencia. A la hora de incluir la muerte en la planificación educativa –tanto previa como del periodo de duelo– podrían contemplarse alusiones a estas y otras situaciones educativas normalmente excluidas o menos frecuentes, para orientar con fineza y alcance la comprensión pedagógica actual y posible.

Entonces, adquiere sentido una planificación de la acción educativa y del periodo de duelo del S. E. F.

- *Protagonismo del tutor funcional*: En todos los casos, los profesionales de referencia son los directores, tutores funcionales, tanto de la escuela como del aula hospitalaria. Tutor funcional es el profesor o el profesional no docente elegido por el alumno como orientador, que podría no coincidir con el tutor adscrito o profesional. Podría ser otro docente del mismo u otro curso, una enfermera, una auxiliar de enfermería, un celador, un cocinero, un abuelo, etc.
- *Secreto profesional, discreción y tacto*: Más allá de las leyes de protección de datos, el acompañante educativo profesional debería considerar guardar secreto del contenido del diálogo y mantener la privacidad completa del menor, salvo excepciones, si así lo deseara. Desde esa privacidad y secreto, pudiera pedir, algún asesoramiento técnico o apoyo discreto a otra compañero o profesional.
- *Protagonismo natural de los padres*: En todos los casos, los protagonistas naturales son los padres. La actitud ideal es la de formación desde la apertura, de todos, entre todos y para todos, motivada por la situación y por lo que pudiera ser otro nivel de naturalidad, definido por el sistema relacional, comunicativo y educativo que rodea al niño.
- *Importancia de los amigos*: Dentro del S. E. F., los amigos de la escuela y del aula hospitalaria pueden parecer una sección secundaria para padres y profesionales, pero son o pueden ser muy importantes en la vida del menor. Por tanto, puede y debe incluirseles, de manera adecuada, en este sistema pedagógico funcional y en su enfoque educativo, tanto como participantes de cara al menor hospitalizado, como educadores y como educandos.

8.4.-Planificar desde el sustrato del s.e.f.: complejidad-conciencia y clima social

Se puede planificar desde la semilla y/o desde el sustrato. De cualquier modo, si el sustrato no se incluye en primer plano en la planificación, el fenómeno quedará huero y el conjunto, o no se iniciará o degenerará.

El cultivo del sustrato como fenómeno tiene que ver con la luz, con la lluvia, con la temperatura, con la tierra... Su equivalente en el del S. E. F. es la conciencia, la

sinergia, el afecto, el cuidado, la eficacia por separado y en unicidad, la fiabilidad. La variable pedagógica que sintetiza, estructura, orienta y dinamiza el sustrato de un S. E. F. es su clima social y su cuidado. Este clima es como la sangre, como el aire o el oxígeno que lo satura y predispone equitativamente.

El clima crea comunidad donde antes había, quizá, grupos yuxtapuestos, genera una identidad definida y evolutiva, por su sentido sistémico amplio, y puede verse muy favorecido por un liderazgo consciente, democrático y ético. Este liderazgo puede ser más complaciente, más coordinador o más director. No tiene por qué radicar en una persona. Puede hacerlo en un equipo delegado y representativo de todas las secciones y partes del S. E. F.

Un liderazgo inadecuado, bien por falta de formación técnica y/o por egocentrismo, puede lastrar e inhabilitar un S. E. F., impedir su dinamismo, romperlo como sistema amplio, empobrecer su evaluación, taponar su potencial, sesgarlo... De ahí la conveniencia de la pauta general de trabajar en equipo y democráticamente, aunque anteponiendo la conciencia y la ausencia de ego personal y colectivo a aquellas modalidades de trabajo.

El clima social del S. E. F. es resultado y causa de biografías, herencias, inercias, formaciones, canales, relaciones y realizaciones entre los miembros de la comunidad educativa en todas sus instancias. Sintetiza bien el contexto deseable para el desarrollo de un enfoque previo o normalizador y paliativo o de acompañamiento educativo tras una pérdida de un ser querido o relevante. En cuanto a sus características, puede describirse, inicialmente, con dos dimensiones:

- La primera es el signo del clima social, que podría oscilar de muy negativo a muy positivo.
- La segunda es la característica definitoria del clima social, que pudiera ser deseable o indeseable. Por ejemplo, la actividad, el amor, la colaboración, la innovación, la apertura, el estrés, la participación democrática, el autoritarismo, la apertura al conocimiento, la normalidad, la excepcionalidad, etc.

Un buen clima social del S. E. F. no se improvisa, no surge de un día para otro, va madurando, generándose y, como se ha dicho, realimentando al sistema mismo. Se cultiva, inicialmente, desde la conciencia personal de su relevancia, así como de su

dependencia causal de cada miembro de la comunidad educativa. Es una base de la que depende la empresa común, el barco en que todos viven, se comunican, trabajan, disfrutan, intercambian experiencias, innovan, etc.

Requiere de un cuidado y mantenimiento que puede hacerse desde las personas, los órganos, los equipos, las partes o subsistemas, los proyectos, las personas y, siempre, desde la evaluación formativa, orientada tanto al *desempeoramiento* como a la mejora continua de todos y de todo. Puede fomentarse, específicamente, desde:

- Equipos directivos democráticos, competentes, empáticos, abiertos a su propia formación y a la innovación didáctica y organizativa de su centro, que apoyen a sus docentes y favorezcan el desarrollo personal y profesional de sus profesores.
- La comunicación *intra* para la participación en proyectos y actividades comunes que asocien resultados satisfactorios (estimulante, formativo, beneficioso, etc.).
- La escucha y el respeto mutuo, a la sazón, molécula de la democracia y de la comprensión.
- La flexibilidad y apertura a otras formas de ver la realidad diferentes y complementarias a la propia.
- La confianza mutua, tanto personal como profesional.
- La seguridad emocional y profesional.
- La expectativa de logro positiva.
- La anticipación consciente de todo tipo de escenarios.
- El reconocimiento de las realizaciones entre todos.
- La coherencia y fiabilidad en las relaciones.
- La coordinación eficaz familia-centro-aula hospitalaria y con otras instancias externas.
- La autenticidad, naturalidad.
- La transparencia y claridad.
- La capacidad de autocrítica y de rectificación.
- La apertura a aprender de otros, a descondicionarse y cambiar.
- La humildad y evitación del egocentrismo y narcisismo colectivos, etc.

El clima social del S. E. F., si es intenso y está subjetivamente definido, acaba penetrando en los climas sociales menores, bien del aula hospitalaria, bien del aula

del centro educativo, bien de la familia o de las amistades del menor hospitalizado, como por ósmosis, condicionándolos en su mismo sentido. Esto significa que, atendiendo el clima social del centro, se puede influir en la calidad de las relaciones y acciones didácticas que afectan la comunicación, enseñanza y la educación de todas las personas de los contextos cercanos.

Además del clima social del S. E. F., algunas variables importantes del clima social de las aulas hospitalaria y del centro educativo que pueden nutrirlo y mejorarlo son:

- Desde el profesorado y los tutores:
 - la posibilidad de que quien actúe como tutor sea una figura formada y funcional –no necesariamente designada-, es decir, elegida por el alumno y la familia;
 - su autenticidad, naturalidad;
 - su liderazgo consciente y democrático y ético;
 - su capacidad de escucha;
 - su claridad comunicativa;
 - su madurez personal y profesional;
 - su humildad y evitación del ego docente;
 - su carácter equilibrado, sereno y reflexivo;
 - su coherencia y fiabilidad en acciones y reacciones;
 - la variedad y adecuación de su metodología didáctica;
 - su grado de exigencia adecuado;
 - su capacidad para favorecer la motivación del alumno, desde técnicas didácticas adecuadas, incluida la expectativa y el reconocimiento de los alumnos (sobre todo ante realizaciones difíciles, que han requerido mucho tiempo, realizadas por primera vez, etc.), etc.

- Desde el alumnado:
 - su experiencia de éxito de todos los estudiantes, previo esfuerzo adecuado;
 - su participación satisfactoria en las actividades cotidianas y educativas;
 - su apertura y receptividad;

- su humildad y evitación del ego de algunos alumnos, en su caso, etc.

- Desde el tándem profesorado-alumnado:
 - la escucha y el respeto mutuo;
 - la convergencia en la formación de ambos, como proyecto pedagógico compartido;
 - la confianza mutua y la seguridad emocional;
 - la capacidad de autocrítica y de rectificación del conjunta;
 - la apertura a aprender de otros y a *descondicionarse* y cambiar, etc.

- Desde el tándem tutor/a-familia:
 - la coordinación eficaz entre ambos;
 - la orientación eficaz del tutor a los padres, sobre pautas para evitar errores y apoyar y ayudar al hijo/a, etc.

8.5.-Doble autoevaluación de un s.e.f., como sistema rentable y maduro, y como sistema egocéntrico y consciente

Un S.E.F. es un sistema educativo, es decir, un conjunto de elementos y partes, con un fin común. Análogamente, una persona, un equipo, un órgano, una institución, etc., además de un sistema educativo nacional o supranacional, son o pueden ser sistemas educativos. También cualquiera de ellos puede ser lo opuesto a un sistema educativo, es decir, un sistema egocéntrico o inmaduro. Por tanto, hay sistemas educativos por designación (nacionales o supranacionales) y los hay por conciencia y por potencial.

Además, un sistema puede ser saludable, eficaz y rentable, e incluso tener un clima social propicio. Pero pudiera no ser un sistema maduro. Un sistema inmaduro es egocéntrico. Si un sistema es egocéntrico, la mala práctica y la acción no educativa están aseguradas. Desde el enfoque radical e inclusivo de la formación, la educación se observa y define como proceso vectorial que transcurre del egocentrismo a la conciencia.

Lo idóneo es que un sistema educativo como un S. E. F. y cualquiera de sus subsistemas, partes y elementos (personas) sean saludables y eficaces, dispongan de un clima social cuidado y, además, sean sistemas maduros o evolucionados (Herrán, 1999), además de lo menos egocéntricos y lo más conscientes posible. Además, caben observarse sistemas egocéntricos o inmaduros y sistemas conscientes que, por su propia evolución, trascienden su condición de sistema, esto es, deja de ser sistemas normales, pasando a ser una suerte de sistemas con conciencia extraordinaria o autoconscientes.

Un sistema es rentable o maduro cuando, con flexibilidad, cumple las características que definen la “rentabilidad sistémica, organizacional o institucional” y la “madurez sistémica, organizacional o institucional” (Herrán, 2011a, 2011b).

En un trabajo posterior (Herrán, 2014, p. 242), sendas características se cruzaron con las de “sistemas egocéntricos” y “sistemas conscientes”, proponiéndose el PAEC (“Protoinstrumento para la autoevaluación de estados de conciencia”). El PAEC es un cuadro de doble entrada generado como fuente para el diseño de instrumentos de autoevaluación o de evaluación, aplicables a cualquier sistema educativo (individuo, grupo, centro, institución, sistema social, sistema nacional, supranacional...). Pretendía desplegar ordenadamente características sucesivas válidas para estimar su rentabilidad y su madurez, su egocentrismo y su conciencia, su cerrazón y su grado de universalidad, así como la interacción entre características.

Se ha entendido que algunas de las características del PAEC podrían servir como referencias autoevaluativas para que el S.E.F. pueda avanzar en dos sentidos compatibles: de la rentabilidad a la madurez sistémica, organizacional o institucional, y del egocentrismo a una mayor conciencia sistémica, organizacional o institucional.

Se incluyen sus dos dimensiones, con sendos conjuntos de características o capacidades, listadas a continuación, sin descripción de cada una, por falta de espacio:

- Primera dimensión: Eje X: Características, capacidades o procesos de conciencia propios de sistemas gradualmente eficaces y gradualmente maduros. La

consigna es: un sistema es rentable y además maduro cuando, con flexibilidad, incorpora, sucesivamente, características de ambos.

1. Características o capacidades propias de sistemas gradualmente eficaces:

- Relativa totalidad;
- Finalidad común o equifinalidad;
- Homeostasis o capacidad para permanecer como tal sistema;
- Dinamicidad o capacidad de cambio;
- Autorregulación entre la homeostasis y la dinamicidad;
- Autoevaluación de disfunciones;
- Cálculo de rendimiento;
- Rendimiento expandido (entorno).

2. Características o capacidades propias de sistemas gradualmente maduros: procesos básicos de conciencia asociados:

- Distanciamiento;
- Descondicionamiento;
- Centración dialéctica;
- Perspectiva amplia;
- Reconocimiento comparado de la autoimagen;
- Empatía madura;
- Humildad y autocrítica;
- Rectificación y transformación autoevaluativa;
- Intervención en el propio egocentrismo;
- Generosidad y solidaridad;
- Renuncia o desprendimiento;
- Autoanulación o 'suicidio' sistémico;
- Coherencia consecuente o responsabilidad total;
- Autoconciencia;
- Unidad o universalidad.

- Segunda dimensión: Eje Y: Estadios decrecientemente egocéntricos y progresivamente conscientes). La consigna es: un sistema es menos egocéntrico

y más consciente cuando, con flexibilidad, bien no verifica, bien deja atrás características de mentalidades o estadios interiores propios de sistemas decrecientemente egocéntricos, y cumple cualidades de estadios crecientemente conscientes:

1. Estadios decrecientemente egocéntricos:

- a. Destrucción (de personas, proyectos, etc.).
- b. Negatividad.
- c. Hostilidad sumergida, autoanálisis (neurótico).
- d. Ambición insensible por medrar.
- e. Eficacia narcisista.
- f. Defensiva-adaptativa.
- g. Aburrimiento.
- h. Indiferencia.
- i. *Modus vivendi*.

2. Estadios progresivamente conscientes:

- Buena intención.
- Artesanía didáctica, voluntad.
- Instrucción.
- Conocimiento didáctico.
- Implicación.
- Buena docencia, eficacia didáctica.
- Innovación ajena (ecos).
- Investigación-innovación propia. Creatividad.
- Buena docencia, excelencia didáctica.
- 'Plus' experto.
- Autorrealización narcisista.
- Crítica.
- Transformación social.
- Fundamentación de la Didáctica.
- Arte de enseñar.

- Transformación autocrítica.
- Interiorización, rebeldía, autoformación.
- Maestría objetiva.
- Autoconocimiento-Universalidad.

Como se ha dicho, en la fuente original (Herrán, 2014, p. 242), las dos dimensiones anteriores y sus conjuntos de indicadores se constituían en ejes de un cuadro de doble entrada (Eje X y Eje Y), desde los que cada sistema puede autoevaluar su estado de conciencia aplicada desde uno o varios cruces, y situarse en un conjunto de casillas desde las que ser consciente de procesos de mejora o evolución sistémica, en sucesivos lapsos, desde la rentabilidad a la madurez y del ego a la conciencia.

9.-Un caso complejo y difícil

9.1.-Pedagogía de la muerte del alumno hospitalizado que, finalmente, fallece, en el marco del s.e.f.

El alumno enfermo que va a morir es un caso especial en Pedagogía de la muerte, junto a otros, como el suicidio, el aborto y las desapariciones (Herrán, Rodríguez, Pedregal & Collado, 2021). De este trabajo se incluyen, a continuación, algunas orientaciones contextualizadas en la propuesta del S. E. F., para el caso del alumno enfermo que, finalmente, fallece.

Es un ejemplo de necesidad educativa que surge del cruce epistemológico y profesional de la Pedagogía Hospitalaria y de la Pedagogía de la muerte, situable en un cuadrante relativo al tutor-profesor-familia, poco atendido desde la planificación, y desatendido desde la perspectiva del S. E. F. o equivalente.

Una acción educativa coordinada desde el SEF tiene en cuenta la complejidad del sistema funcional. Dentro de la excepcionalidad, la muerte de un alumno por enfermedad grave es, por desgracia, un caso relativamente frecuente. Las siguientes consideraciones son técnicas. No parten de creencias, sesgos o parcialidades, del tipo que sean. Intenta observar el fenómeno en su complejidad, para construir y proponer justificadamente, de manera compatible con cualquier opción doctrinaria o sistema de creencias.

Lo que sigue supone un conocimiento previamente disponible. A saber, el relativo a las consideraciones genéricas o polivalentes, tanto previas como, sobre todo, posteriores o centradas en el acompañamiento educativo, para estas situaciones.

La recomendación anterior es una exhortación especial para el equipo directivo del centro docente, para el tutor o tutora a oficial y/o funcional de referencia, para el departamento de orientación y para el equipo docente hospitalario.

¿Cómo plantear la acción educativa desde el S. E. F., si el alumno fallece? Consideramos a continuación esta eventualidad, porque, como las demás, ocurre en el S. E. F. Consideremos un caso de alta dificultad y dureza de Pedagogía de la muerte en contexto a la vez escolar y hospitalario es aquel en el que un alumno es ingresado en el hospital, puede volver a la escuela, considerando errores en las respuestas de su tutor, recae y finalmente fallece.

La adecuada coordinación y comunicación entre S. E. F. es objetivamente conveniente. Puede estar planificada de antemano desde el centro docente. Puede preverse la acción mínima, la naturalidad, la inacción, etc.

Esa comunicación puede concretarse estableciendo un vínculo profesional y personal múltiple y relativamente independiente, entre tutor-familia, tutor-coordinador o docentes de aula hospitalaria y/o domiciliaria, tutor-niño, niño-compañeros del aula, compañeros del aula-amigos hospitalizados-amigos del barrio, en su caso, etc.

Estos vínculos se pueden favorecer desde la perspectiva de diferentes momentos:

- a) Durante la hospitalización, se puede prever y promover, con el conocimiento y apoyo de la familia:
 - Que todos los compañeros de clase o de otras clases dispongan, vía tutor, de la información básica adecuada, concisa y suficiente, sobre la enfermedad del compañero y su alcance. Aprovechar para dejar claro que, sobre temas de enfermedades, es conveniente evitar búsquedas indiscriminadas y no contrastadas por internet.
 - Reuniones de apoyo mutuo entre el tutor oficial y el coordinador o docentes del aula hospitalaria y/o domiciliaria, sobre todo orientadas al inicio, durante la estancia y a la salida del hospital.

- Encuentros virtuales y comunicación (por WhatsApp y otras redes sociales, así como por el correo electrónico, etc.) entre el niño y los compañeros, para sentirse apoyado permanentemente por sus amistades.
- Encuentros virtuales y comunicación con el tutor, para estar informado de alguna actividad de clase o para realizar conjuntamente con un subgrupo alguna tarea sencilla y grata, en la medida en que pueda participar, etc., siempre en coordinación con el aula hospitalaria y/o domiciliaria.
- Encuentros virtuales y comunicación, catalizados por el tutor, entre los compañeros del aula ordinaria y algunos compañeros hospitalizados –del aula hospitalaria–, de diferentes edades y problemáticas, para intercambiar experiencias y aumentar la red de amistades y apoyos mutuos.
- Desarrollar algunas propuestas didácticas preparatorias de una visita presencial o virtual al hospital o informativas: charla-coloquio, entrevista pública colectiva, etc. con personal sanitario; inmersiones temáticas sobre la enfermedad; dramatizaciones para ponerse en el lugar del compañero (adolescentes); sondeo y prevención, en su caso, de comportamientos negativos o indeseables de algún miembro o grupo del aula, y definir alguna estrategia orientadora para evitarlos, etc.
- Visitas al hospital de los amigos más cercanos, que pueden organizarse por el centro, para ver al compañero y a alguna otra nueva amistad también hospitalizada.
- Intercambios de tareas escolares con compañeros, tutor, etc., las visitas del tutor y amigos, principalmente: Para favorecer la motivación y evitar el aislamiento afectivo y escolar, pueden realizarse intercambios de objetos: juguetes, dibujos, programas, revistas, música, películas..., imágenes: vídeo, fotos, etc.

b) Si el estudiante se incorpora al aula:

- Puede ser clave que la comunicación didáctica con el niño en el aula hospitalaria se actualice, de manera adecuada, sobre todo cerca del momento de la salida, para favorecer la mutua adaptación de todos, antes de su reincorporación.
- El intercambio informativo y de imágenes con los compañeros de clase de la escuela ordinaria será especialmente conveniente, sobre todo si el niño o el

adolescente ha experimentado cambios físicos, psíquicos, operaciones graves, etc.

- Es importante el intercambio de información precisa familia-escuela-hospital-compañeros del aula, para conocer, en su caso, los requerimientos terapéuticos, el interés de las familias y las adaptaciones didácticas necesarias. En este nivel de información, puede ser idónea la comunicación técnica entre coordinador y docentes de aula hospitalaria y tutor, y entre docentes y orientador del centro escolar.
- Es necesaria una evaluación psicopedagógica del niño por el departamento de orientación, así como la definición de directrices para la planificación, desarrollo y evaluación de las correspondientes adaptaciones curriculares o medidas de educación inclusiva, en su caso, a sabiendas de sus posibilidades y limitaciones. Deben tenerse en cuenta, en su caso, los cambios que puede asociar su enfermedad. Por ejemplo, en el caso de un cáncer infantil (Federación Española de Padres de Niños con Cáncer, 2005): amputaciones, prótesis, trastornos sensoriales, alteraciones de la visión, alteraciones motrices, alteraciones del lenguaje, alteraciones de la movilidad y la coordinación óculomanual, déficits de atención o de memoria producidos por la radiación craneal, trastornos afectivos y sociales, alteración en su autoimagen, autoidentidad, autoconcepto y, desde ahí, en su autoestima, etc.
- Será clave adecuar la escuela, los espacios comunes, el aula, los recursos, etc., mediante el “diseño universal de la enseñanza” (Rodríguez & Herrán, 2020) lo necesario para evitar barreras, disponer de espacios, contar con los apoyos profesionales necesarios, etc.
- Puede ser necesario aportar información a otros padres y madres, para evitar, en su caso, que se desaten prejuicios, bulos, chismes, creencias infundadas, tergiversaciones, etc., que a su vez puedan ser transmitidas a sus hijos y, de ellos, a otros compañeros del aula o de otras aulas o niveles de enseñanza. Por ejemplo, “que cáncer es igual a muerte”, “que es contagioso” o “que lo cogió por esto o lo otro”.
- Todos –compañeros, tutor, profesores...– pueden intentar hacerse conscientes de posibles cambios, algunos de los cuales ya se han apuntado, y que pueden requerir adaptaciones de todos.

- Una puede ser el vacío emocional con que el compañero llega a clase. ¿Por qué? Porque el personal sanitario y del aula hospitalaria le hayan dado tal calidad, calidez, seguridad y amor, que el alumno eche de menos, de algún modo, su entorno hospitalario.
 - Otra puede ser que el niño que se reincorpora tenga miedo a volver, resistencia a la readaptación y miedo a morir. La labor del tutor consciente, vía naturalidad y serenidad, orientada al cultivo de la conciencia de muerte y de finitud de todos puede ser educativa.
 - De cualquier modo, el día de la reincorporación debe procurarse un buen recibimiento, quizá una fiesta de bienvenida, amorosa y grata para todos.
 - A partir de aquí y si es necesario, puede optarse por una reincorporación gradual o por un periodo de readaptación –comparable al periodo de adaptación de los niños más pequeños apegados a sus padres–. Es decir: pocas horas, pocos días, con la mirada puesta en la normalización, de acuerdo con las prescripciones médicas.
 - La normalización debe comenzar con las actividades que pueda hacer bien, y a través de las cuales pueda sentirse competente; o bien con actividades que le agraden especialmente.
 - El centro escolar ha de considerar, en su caso, ausencias a clases académicamente relevantes y las medidas realistas que, dentro de la circunstancia, las posibilidades y límites del alumno y la familia, puedan compensarlas, parcial o completamente.
 - Así mismo, la escuela debe incluir la eventualidad de recaídas e incluso de reingresos hospitalarios. En esos casos, se han de definir, como anteriormente, reuniones, encuentros, visitas e intercambios, protagonizadas por la figura del tutor oficial o funcional, con quien el alumno se encuentre más a gusto.
- c) Es preciso evitar respuestas inadecuadas del tutor, por egocentrismo y/o por falta de formación técnica en Pedagogía de la muerte, en la reincorporación de un alumno que ha estado enfermo, como, por ejemplo:

- Otorgamiento de validez y comunicación de informaciones no contrastadas obtenidas por internet, vengan de alumnos, profesores, orientadores, padres...
 - Deficiente intercambio de información con el equipo educativo, el docente hospitalario, el responsable sanitario, etc.
 - Indiscreción.
 - Interés desmedido o inadecuado por el niño y por su enfermedad, incluidos los interrogatorios o las “ruedas de prensa” no deseadas, productos de una empatía distorsionada por el ego.
 - Actitudes positivas exageradas y salidas de tono.
 - Comunicación (verbal y no verbal) de expectativas fatalistas.
 - Compadecimiento, sobreprotección, consentimiento al alumno y al grupo: caprichos, manipulaciones, antojos, ridiculeces, irregularidades, transgresiones...
 - Acción reactiva –injustificable u orientada a la normalización desde el ego–, en sentido contrario a lo planificado, lo dictado por los médicos, lo deseado por el niño y por sus familias, etc.
 - Normalización rígida, insensible y egocéntrica: normalizar tanto, que se llega a hacer como si nada hubiera pasado. Puede incluir frialdad educativa e instructiva, desatención de la comunicación didáctica inclusiva, falta de apoyo afectivo y didáctico, desatención por el aprendizaje y desarrollo de actitudes, valores, de la motivación (en especial la autoestima), etc.
- d) Si el alumno vuelve a recaer y se prevé un agravamiento terminal de su enfermedad: en la muy lamentable situación de recidiva, es muy posible que la asistencia a clase del alumno decaiga significativamente, hasta acudir apenas una parte del tiempo escolar. En estos momentos, puede ser importante:
- Favorecer su participación normalizada, en la medida de lo posible.
 - Educar para la comprensión y para el amor de todos.
 - Designar a una persona del centro –idealmente, el tutor funcional–, a la que recurrir para la comunicación centro docente-familia, sobre todo cuando el niño se sienta psíquica o físicamente mal.
 - Intensificar la comunicación familia-tutor o tutor funcional-hospital, para tener siempre información actualizada y fiable.

- Mantener adecuadamente informados a los compañeros y amigos, con calidez y precisión.

9.2.-¿Qué hacer si el alumno/a fallece?

Si, desgraciadamente, el alumno/a fallece, una respuesta pedagógica desde el S. E. F. con sentido, pudiera ser la más coherente con el proceso educativo anterior. Es decir, se caracterizaría por:

- la comunicación familia-escuela, familia-aula hospitalaria como referentes contextuales;
- caminar con la información veraz y adecuada y el respeto didáctico, por delante;
- continuar apoyando la vivencia y la elaboración del grupo, de los amigos, considerando a todos sus participantes, tanto del centro como del hospital;
- acompañar el proceso desde atrás, orientándolo siempre a la adquisición de una mayor conciencia, comprensión y amor.

Si es posible, el tutor más informado y vinculado a la familia puede proponer a los más amigos –bien directamente, bien, además, a través de una pequeña nota a sus padres–, asistir al tanatorio o al entierro del compañero o compañera fallecido, bien presencialmente los amigos del aula ordinaria y, quizá, algún antiguo alumno del aula hospitalaria, bien virtualmente, bajo su responsabilidad y con la autorización de la familia del niño fallecido, aunque sea por un momento.

Dependiendo de la edad de los amigos, es una oportunidad de explicar lo que es y de preguntar si desearían asistir voluntariamente, si sus padres y madres lo autorizan o quieren acompañarlos.

Puede ser conveniente aclarar a los alumnos asistentes que no tienen por qué ver el cadáver, y que la asistencia al tanatorio, que puede ser breve, puede ser útil no solo para despedirse, sino para mostrar el cariño y apoyo que agradecerán los padres y hermanos del alumno/a fallecido. Si el tutor ha tomado imágenes o vídeos del niño fallecido y de otros participantes, debería destruirlas, una vez cumplida su función.

Sería preferible, en su caso, que los padres de este sepan que algunos compañeros van a asistir presencialmente, y que puede ser bueno quedar juntos y acompañarse.

El tutor con formación en Pedagogía y Didáctica de la muerte podría favorecer que sus alumnos propongan ideas sencillas, proyectos o acciones que pudieran actuar como recursos didácticos colectivos –compatibles con los personales– útiles para elaborar el duelo. También podría proponerlo el propio tutor o tutora, si lo advirtiese necesario o conveniente.

A continuación, se presentan ejemplos de propuestas metodológicas sencillas, que podrían realizarse con naturalidad y la mayor espontaneidad posible:

- Organizar breves asambleas o diálogos de aula, desde una información previa y precisa, para expresarse, escucharse y apoyarse en la elaboración cooperativa del duelo de aula.
- Compartir un cuento adecuado a la edad y circunstancia, que ayude a avanzar en conciencia y a elaborar la pérdida, conjuntamente.
- Traer a clase fotografías, recuerdos; elaborar dibujos y textos sentidos, realizados por sus compañeros y amigos, dedicados al alumno/a fallecido, y elaborar un panel dedicado a su memoria.
- Preparar un rincón dedicado al compañero/a fallecido. Los elementos básicos del rincón podrían ser una fotografía y una vela, de modo que, cada día, un niño de la clase le tocara encenderla, hasta que, al cabo de un tiempo relativo, naturalmente, espontáneamente, el grupo decidiera que ya no hace falta, o que no es necesario o incluso que no es positivo seguir haciéndolo.
- Escribir poemas y mensajes de despedida, que también podrían ser de agradecimiento, de disculpa, de amistad, de amor, de memoria...
- Organizar una salida a la naturaleza o a otro lugar, para plantar un árbol o compartir un rito colectivo, organizado por los compañeros/as de clase, en recuerdo del alumno/a.
- Crear un sitio, página, blog u otro recurso web que permita expresar las condolencias para que así puedan participar personas que conoció y que no están cerca. Por ejemplo, amigos de otras clases, del hospital, del barrio, del lugar de vacaciones, etc.

- Más adelante puede invitarse a los papás del niño para celebrar con toda la clase el día de su cumpleaños, etc. Esta propuesta sólo se podría hacer con unos papás muy maduros, pertenecientes a una comunidad educativa unida y/o familiar, capaces de pensar en todos, desde la perspectiva de la educación, es decir, del amor y la conciencia.

10.-Conclusiones

Se han atendido los tres ejes de trabajo del seminario indicados en la introducción, pero accediendo a ellos desde sus partes de atrás; es decir, desde su crítica esencial y alternativa, desde la que se ha intentado responder en el escrito. Así:

- a) Desde la perspectiva del eje N° 3, “Tensiones epistemológicas e investigativas en el campo de la Pedagogía Hospitalaria”, la observación más destacada ha sido que hay una llamativa falta de tensión o abandono epistemológico entre constructos claves, altamente educativos y prácticamente inéditos que nos impiden, de momento, caminar con otra comprensión, con otra mirada, para fortalecer los fundamentos y la orientación del sentido educativo normal.

Expresado sintéticamente, se detecta una distensión o una negligencia de la Pedagogía y, por ende, de la Pedagogía Hospitalaria, por un doble motivo:

- De un lado, vertical o intensivo, por la epidérmica interpretación del concepto y fenómeno de la educación, desconsiderada en su dimensión esencial o radical, a la que los currículos ordinarios no llegan, ni pretenden llegar, por estar condicionados por adoctrinamientos inevitables y por fines de la educación sesgados hacia la superficie de la formación e incompletos.
- Y de otro, horizontal o epistemológicamente, por su distancia con la Pedagogía de la muerte, disciplina que, en sus cuarenta años de existencia y recorrido dispone de suficiente fundamentación y acervo científicos como para converger, sintetizarse con la Pedagogía Hospitalaria y enriquecerla, así como para mejorar a la Pedagogía, en general. El sistema pedagógico radical e inclusivo contribuye a ello desde observaciones orientadas a una educación para una vida más consciente para todos.

- b) Sobre el 7, “Identificación de nuevos escenarios, sujetos y ejes de tematización de la Pedagogía Hospitalaria”, se ha podido colegir que uno de los problemas epistemológicos más claros no depende, ni de escenarios variados, ni de nuevos sujetos, sino de una mirada diferente a los viejos personajes, con total independencia de sus escenarios.

Así, el cambio del cambio pudiera no consistir en nuevos escenarios, sino en una redefinición de los viejos escenarios, personajes y su comunicación educativa posible, basada en la complejidad de conciencia y fundamentada en un enfoque radical e inclusivo de la educación.

Así, surge el S. E. F. como justificación y alternativa pedagógica, especialmente aplicable en los casos de niños hospitalizados un tiempo relativamente extenso. Un S.E.F. es un ser posible; un constructo susceptible de investigación; una lógica unidad de planificación educativa; un fundamento de metodología didáctica asociada, centrada en la complejidad de la conciencia, el clima social, el amor, la identidad funcional de sus elementos y partes, etc.

Tomando un S. E. F. como instrumento y unidad de análisis hermenéutico, su conciencia aplicada puede incrementar la comprensión del fenómeno, acortando distancias con el fenómeno objeto de conciencia. De otro modo: un S. E. F. asociado a un niño o a un aula hospitalaria o varios S. E. F. de varios niños hospitalizados puede generar nuevos escenarios comprensivos, contruidos desde su conciencia y reconocibles, así mismo, desde la conciencia profesional y familiar.

- c) Desde el 9, “Enfoques emergentes de investigación en Pedagogía Hospitalaria”, se puede deducir que la clave epistemológica no radica tanto en orientaciones nuevas en Pedagogía Hospitalaria, cuanto en otras rutas compatibles: por un lado, la posibilidad de cuestionar inercias epistemológicas o desidentificarse de modos de interpretar la acción educativa en las aulas hospitalarias tradicionales o habituales, y de considerar, planificar y actuar sobre alternativas más complejas, como la síntesis entre la Pedagogía Hospitalaria y la Pedagogía de la muerte, generada desde el enfoque radical e inclusivo de la formación, y ahormadas por los S. E. F.

De otro lado, la posibilidad de que algunas de las preguntas y las respuestas más pertinentes no se encuentren en la ciencia y las profesiones futuras, sino en los maestros de conciencia del pasado, que están fuera del tiempo, concretamente desde la mirada taoísta de Lao Tse (1983) y e Zhuan zi (1999) (o Chuang Tse) y de Siddhartha Gautama (Buda, 1997), que permiten redefiniciones epistemológicas significativas de la Pedagogía en su conjunto.

Se deduce la posibilidad de, con una mirada radical, se pueda observar que las causas y posibilidades del cambio educativo profundo no sean dualmente asimilables a “enfoques emergentes de investigación en Pedagogía Hospitalaria”, sino a la autoformación esencial o con base en el binomio ego-conciencia de profesionales, investigadores y observadores participantes.

Se trata, pues, de interpretar que el futuro evolutivo radical de la Pedagogía, de la Pedagogía Hospitalaria, de la Pedagogía de la muerte y de la Pedagogía radical e inclusiva y de la educación depende, casi en su totalidad, de la autoformación con base en la conciencia de cada uno de nosotros, aquí y ahora. Esto tiene que ver, aparentemente, con la mitad inferior de la Figura 1, aunque más tendría que ver con el punto de intersección de sus dos ejes. Por tanto, se colige que lo esencial del discurso anterior se reduce a un punto. Sin área, es vacío.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arriano, L. F. (2018). *Enquiridion, o manual de Epicteto*. New York: Wentworth Press.
- Aspinall, S. (1996). Educating children to cope with death: a preventive model. *Psychology in the schools*, 33(4), 341-349.
- Aurelio, Marco (2008). *Meditaciones*. Barcelona: RBA.
- Berg, C.D. (1982). Helping children accept death and dying through group counseling. *Personal and guidance journal*, 57(3), 169-172.
- Birkholz, G., Clements, P., Cox, R. & Gaume, A. (2004). Students' self-identified learning needs: a case study of baccalaureate students designing their own death and dying course curriculum. *Journal of nursing education*, 43(1), 36-39.

- Bos, P. (2014). Empathy, sympathy, simulation? Resisting a holocaust Pedagogy of identification. *Review of education, Pedagogy, and cultural studies*, 26(5), 403-421.
- Buda (1997). *Dhammapada o las enseñanzas de Buda*. Ciudad de México: FCE.
- Colomo, E. (2016). Pedagogía de la muerte y proceso de duelo. Cuentos como recurso didáctico. *Revista iberoamericana sobre calidad, eficacia y cambio en educación*, 14(2), 63-77.
- Colomo, E. & Oña, J. M. de (2014). Pedagogía de la muerte. Las canciones como recurso didáctico. *Revista iberoamericana sobre calidad, eficacia y cambio en educación*, 13(3), 109-121.
- Corr, Ch., Corr, D. & Doka, K. (2019). *Death and dying, Life and living*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Company.
- Cortina, M., & Herrán, A. (2011). *Pedagogía de la muerte a través del cine*. Madrid: Humanitas.
- Dennis, D. (2009). *Living, dying, grieving*. Burlington, MA: Jones and Barlett Publishers.
- Dyregrov, A., Dyregrov, K. & Idsoe, T. (2013). Teachers' perceptions of their role facing children in grief. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 18(2), 125-134.
- Glass, J. C. (1990). Changing death anxiety through *death education* in the public schools. *Death studies*, 14(1), 31-52.
- Harrawood, L., Doughty, E. & Wilde, B. (2013). *death education* and attitudes of counselors-in-training toward death: an exploratory study. *Counseling and values* (56), 83-95.
- Herrán, A. (1993). *La educación del siglo XXI: Cambio y evolución humana*. Madrid: Ciencia 3.
- Herrán, A. (1995). *Ego, autoconocimiento y conciencia. Tres ámbitos en la formación básica y la evolución personal de los profesores*. Tesis doctoral. Departamento de Didáctica y Organización Escolar. Facultad de Educación. Centro de Formación de Profesorado. Universidad Complutense de Madrid, Madrid. Recuperado el día 13 de diciembre de 2020 de: <https://eprints.ucm.es/3794/1/T20136.pdf>
- Herrán, A. (1996). Hacia otra nueva educación. *Boletín del Ilustre Colegio Oficial de Doctores y Licenciados en Filosofía y Letras y en Ciencias de Madrid* (75), 24-25.
- Herrán, A. (1997a). *El ego humano. Del yo existencial al ser esencial*. Madrid: San Pablo.

- Herrán, A. (1997b). *El ser y la muerte. Didáctica, claves, respuestas*. Barcelona: Humanitas.
- Herrán, A. (1998). *La conciencia humana. Hacia una educación transpersonal*. Madrid: San Pablo.
- Herrán, A. (1999). "Teoría de los sistemas evolucionados. Aplicación a la Organización de instituciones educativas"; en: Lorenzo, M. (Comp.). *Actas del IV Jornadas Andaluzas sobre Organización y Dirección de Instituciones Educativas*. Granada: Universidad de Granada.
- Herrán, A. (2003). El nuevo paradigma complejo-evolucionista en educación. *Revista Complutense de Educación*, 14 (2), 499-562.
- Herrán, A. (2005). "El nuevo "paradigma" complejo-evolucionista en educación"; en: Herrán, A., Hashimoto, E. & Machado, E. *Investigar en Educación: Fundamentos, aplicación y nuevas perspectivas*. (pp.481-571). Madrid: Dilex.
- Herrán, A. (2006). Seis retos éticos para una reforma educativa con los medios de comunicación. *Revista Electrónica Étí@net* (5), 1-29.
- Herrán, A. (2011a). "La madurez institucional como constructo pedagógico"; en: Heredero, S. & Martin Bris, M. (Comp.). *Transferencia del conocimiento a partir de prácticas educativas en los contextos español y brasileño*. (pp.145-163). Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá.
- Herrán, A. (2011b). Indicadores de madurez institucional. *Revista Iberoamericana de Estudos em Educaçao*, 6 (1), 51-88.
- Herrán, A. (2014). Enfoque radical e inclusivo de la formación. *REICE. Revista iberoamericana sobre calidad, eficacia y cambio en educación*, 12(2), 163-264.
- Herrán, A. (2015). *Pedagogía radical e inclusiva y educación para la muerte*. Salamanca: Fahrenhouse. Recuperado el 05 de enero de 2021 de: www.fahrenhouse.com/omp/index.php/fh/catalog/book/19
- Herrán, A. (2016). *Reflexiones pedagógicas desde el enfoque radical e inclusivo de la formación*. Salamanca: Fahrenhouse.
- Herrán, A. (2017a). "¿Y si nuestra educación estuviese radicalmente equivocada?"; en: Medina, A., Herrán, A. & Domínguez, M.C. (Coords.). *Nuevas perspectivas en la formación de profesores*. (pp.457-520). Madrid: UNED.
- Herrán, A. (2017b). Para una Pedagogía radical e inclusiva. *Editorial Revista Virtual Redipe* (7), 24-32.
- Herrán, A. (2017c). "Pedagogía radical e inclusiva. Primera parte: Problemas radicales de la educación y la formación"; en: Herrán, A. Domínguez, M.C.,

- Garrido, R. Ferreiro Gravié, M, Medina Domínguez, M. & Medina Rivilla, A. (Comp.). *Hacia una Didáctica del siglo XXI*. (pp.13-100). Jalisco: Editorial Universidad Santander (UNISAN).
- Herrán, A. (2017d). "Pedagogía radical e inclusiva. Segunda parte: Alternativas radicales de la educación y la formación"; en: Herrán, A., M. C. Domínguez Garrido, R. Ferreiro Gravié, M. Medina Domínguez, M. & Medina Rivilla, A. (Comp.). *Hacia una Didáctica del siglo XXI*. (pp.101-173). Jalisco: Editorial Universidad Santander (UNISAN).
- Herrán, A. (2017e). Sin meditación no hay educación. *Boletín del Ilustre Colegio Oficial de Doctores y Licenciados en Filosofía y Letras y el Ciencias de Madrid. Apuntes de Pedagogía* (269), 24-26.
- Herrán, A. (2018). *Fundamentos para una Pedagogía del saber y del no saber*. São Paulo: Edições Hipótese. Recuperado el 27 de diciembre de 2021 de: <https://goo.gl/owwaW4>
- Herrán, A. (2019). "¿Qué hacemos jugando mal con las cartas de la educación, mientras vamos en un camarote del Titanic?"; en: Herrán, A., Valle, J.M. & Villena, J.L. (Coords.). *¿Qué estamos haciendo mal en la educación? Reflexiones pedagógicas para la investigación, la enseñanza y la formación* (pp.331-391). Barcelona: Octaedro.
- Herrán, A. (2020). ¿Por qué los currícula no pueden educar? Una mirada radical inclusiva. *Revista de la Red Iberoamericana de Pedagogía REDIPE*, 9(6), 42-50.
- Herrán, A. & Rodríguez, P. (2020). Algunas bases de la Pedagogía de la muerte. *Práctica docente. Revista de investigación educativa*, 2(4), 35-141.
- Herrán, A., González, I., Navarro, M. J., Freire, M. V. & Bravo, S. (1998). "La educación para la muerte como tema transversal de transversales. Consideraciones para la educación infantil"; en: Asociación Mundial de Educadores Infantiles. (Comp.). *IV Congreso Mundial de Educación Infantil*. Madrid: Consejería de Educación y Cultura de la Comunidad de Madrid, Ayuntamiento de Madrid y otras instituciones.
- Herrán, A., González, I., Navarro, M. J., Freire, M. V. & Bravo, S. (2000). *¿Todos los caracoles se mueren siempre? Como tratar la muerte en educación infantil*. Madrid: De la Torre.
- Herrán, A., González, I., Navarro, M.J., Freire, M.V. & Bravo, S. (1999). La Muerte, un Tabú en la Educación. *Revista Escuela Española* (3410), 17-18.

- Herrán, A., González, I., Navarro, M.J., Freire, M.V. & Bravo, S. (2001a). ¿Cómo Educar para la Muerte? Un Andamiaje. *Cuadernos de Pedagogía* (310), 22-25.
- Herrán, A., González, I., Navarro, M.J., Freire, M.V. & Bravo, S. (2001b). La Muerte: ¿Tabú o Imperativo? *Aula de innovación educativa* (106), 62-64.
- Herrán, A., González, I., Navarro, M.J., Freire, M.V. & Bravo, S. (2003a). La Educación para la Muerte: Selección de Propuestas. *Aula de infantil* (12), 14-18.
- Herrán, A., González, I., Navarro, M.J., Freire, M.V. & Bravo, S. (2003b). L'Educació per a la Mort a L'Etapa Infantil. Selecció de Propostes. *Guix d'infantil* (12), 14-18.
- Herrán, A., Rodríguez, P. & Miguel, V. (2019). ¿Está la muerte en el currículo español? *Revista de educación*, 385 (8), 201-217
- Herrán, A., Rodríguez, P. & Serrano, B. F. (2020). Do parents want death to be included in their children's education? *Journal of family studies*.
- Herrán, A., Rodríguez, P., Pedregal, M. & Collado, P. (2021). *Pedagogía de la muerte. Maletas pedagógicas*. Madrid: SM.
- Holland, J. (2008). How schools can support children who experience loss and death. *British journal of guidance and counselling*, 36(4), 411-424.
- James, S. (2015). *The nature of informed bereavement support and death education in selected English primary schools*. PhD diss. Yorkshire: University of Hull.
- Jones, C., Hodges, M., & Slate, J. (1995). Parental support for death education programs in the schools. *School counselor* (42), 370-376
- Krishnamurti, J. (1994). *La libertad interior*. Barcelona: Kairós.
- Laercio, D. (2008). *Vidas, opiniones y sentencias de los filósofos más ilustres*. Madrid: Maxtor.
- Lao tse (1983). *Tao te ching*. Barcelona: Orbis.
- Lee, H., Jo, K., Chee, K. & Lee, Y. (2008). The perception of good death among human service students in South Korea: A Q-Methodological approach. *Death studies* (32), 870-890.
- Lie zi (1989). *Lao zi. El libro de la perfecta vacuidad*. Barcelona: Kairós.
- Lindquist, D. H. (2007). Avoiding inappropriate pedagogy in middle school teaching of the Holocaust. *Middle School Journal* (39), 24-31.
- Mantegazza, R. (2004). *Pedagogia della morte*. Milano: Città Aperta.
- McGovern, M., & Barry, B. (2000). *death education: Knowledge, attitudes, and perspectives of Irish parents and teachers*. *Death Studies* (24), 325-333.

- Mèlich, J. C. (1989). *Situaciones-límite y educación. Estudio sobre el problema de las finalidades educativas*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias.
- Monarca, H. (2009). *Los fines de la educación. Sobre la necesidad de recuperar y revisar el debate teleológico*. Madrid: Narcea.
- Nietzsche, F. (1972). *Así habló Zaratustra*. Madrid: Alianza.
- Petitfils, B. (2016). Encountering mortality: A decade later, the pedagogical necessity of six feet unter. *Journal of curriculum and Pedagogy*, 13(3), 249-260.
- Rodríguez, P. Herrán, A. & Cortina, M. (2012). Antecedentes de Pedagogía de la muerte en España. *Enseñanza & Teaching. Revista interuniversitaria de Didáctica*, 30 (2), 175-195.
- Rodríguez, P., Herrán, A. & Cortina, M. (2015). Pedagogía de la muerte mediante aprendizaje servicio. *Educación XX1*, 18(1), 189-212.
- Rodríguez, P. Herrán, A. & Cortina, M. (2019). Antecedentes internacionales de Pedagogía de la muerte. *Foro de la educación*, 17 (26), 259-276.
- Rodríguez, P. & Herrán A. de la (2020). "Del 'diseño universal del aprendizaje' al 'diseño universal de la enseñanza formativa': Críticas y propuestas desde la Pedagogía y la Didáctica"; en: Medina Rivilla, A., Herrán, A. & Domínguez Garrido, C. (Comp.). *Hacia una Didáctica humanista*. (pp.461-480). Madrid: UNED.
- Rodríguez, P., Herrán, A. de la, Pérez, G. & Sánchez, J. C. (2020). What do teachers think of death education? *Journal of death studies*.
- Rodríguez, P., Izuzquiza, D. & Herrán, A. (2015). Concept of death in young people with intellectual disability: a contribution to the Pedagogy on death. *Siglo 0. Revista española sobre discapacidad intelectual*, 46(1), 67-80.
- Shackelford, T. (2003). Assessing Individual Differences in Death Threat: A Brief Theoretical and Psychometric Review of the Threat Index. *Omega: Journal of Death and Dying* (46), 323-333.
- Stylianou, P. & Zembylas, M. (2016). Dealing with concepts of 'grief' and 'grieving' in the classroom: Children's perceptions, emotions and behaviour. *OMEGA. Journal of death and dying*, 77(3), 240-266.
- Vlok, M. & Witt, M. W. (2012). Naive theory of Biology: The pre-school child's explanation of death. *Early child development and care*, 182(12), 1645-1659.
- Willis, C. (2002). The Grieving Process in Children: Strategies for Understanding, Educating, and Reconciling Children's Perceptions of Death. *Early childhood education journal*, 29(4), 221-226.

- Yang, S. & Chen, S. F. (2009). Content analysis of free-response narratives to personal meanings of death among chinese children and adolescents. *Death studies*, 30(3), 217-241.
- Yang, S. & Chen, S. F. (2010). The study of personal constructs of death and fear of death among taiwanese adolescents. *Death studies*, 33(10), 913-940.
- Zembylas, M. (2011). Personal narratives of loss and the exhumation of missing persons in the aftermath of war: In search of public and school pedagogies of mourning. *International journal of qualitative studies in education*, 24 (7), 767-784.
- Zembylas, M., Loukaidis, L. & Antoniou, P. (2020). Teachers' understandings of empathy in teaching about the holocaust in Cyprus: The emotional risks of identification and the disruptive potential of 'empathic unsettlement'. *Teaching and teacher education*, 89, 103007.
- Zhuang zi (1999). *Zhuang zi: maestro Chuang tse*. Barcelona: Kairós.

CAPÍTULO V

SALUD MENTAL INFANTIL: ENTRE DESARROLLO Y RESILIENCIA

Viana Ángela Bustos Arcón
Universidad San Buenaventura, Colombia

Leonardo Rafael Mass Torres
Universidad San Buenaventura, Colombia

1.-Introducción

La salud mental, es un tema relevante y actual de diversas disciplinas, no solo desde una perspectiva epidemiológica, sino en virtud de su naturaleza comprensiva y explicativa. La psiquiatría, la psicología, el psicoanálisis, la educación, la pedagogía hospitalaria, entre otras disciplinas y aristas, se han permitido describir, caracterizar, teorizar y explicar la salud y la enfermedad mental en sus dimensiones, consecuencias, afectaciones y posibilidades, generado sólidas estrategias de entendimiento, de intervención; programas y proyectos de acompañamiento y/o atención en salud mental.

Romo y Patiño (2014), sostienen que comprender la salud mental “debe ir más allá del conteo de frecuencias y de la descripción detallada de síndromes y trastornos en las etapas discretas de la vida” (p.68), es decir, que debe centrarse en su comprensión causal, en su atención primordial y en su restablecimiento sustancial, más que su enunciación sintomática. Esto, afín, a la Organización Mundial de la Salud- OMS (2013) y su definición de salud mental como “un estado de bienestar en el que la persona materializa sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir al desarrollo de su comunidad” (p.42).

Mientras, Oblitas (2004), afirma que, la salud mental, no solo está más allá de las estadísticas, sino que concierne a un elemento determinante como la subjetividad:

[...] El bienestar físico, psicológico y social, que va más allá del esquema biomédico, donde abarca la esfera subjetiva y del comportamiento del ser humano. No es la ausencia de alteraciones y de enfermedad, sino un concepto positivo que implica distintos grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo (p.3).

De igual modo, Bustos (2017a), sostiene que la dimensión psíquica confiere a la salud mental su carácter singular:

[...] la salud mental de una forma actualizada y aportar a una comprensión más amplia de los procesos psíquicos, esto es, concebirlo no en una función lineal, sino como la confluencia de diversas fuerzas que propenden hacia una permanente adaptación: el individuo no puede ser entendido en un estado estático (p.5)

En virtud de lo anterior, y sin desconocer “el impacto que ejerce la enfermedad en la persona afectada, sus familias y la sociedad.” (OMS, 2004, p.17), la salud mental hasta la fecha, parece entenderse privilegiadamente desde un modelo hegemonicamente estadístico, desconociendo las condiciones singulares, históricas y subjetivas de quienes padecen problemas o trastornos mentales. Mass (2011), afirma que “Del psicoanálisis se desprende la alternativa de elaboración investigativa a partir de fenómenos que obedezcan a la tramitación de incidencias psíquicas” (p.28), en otras palabras, al lugar que ocupa la singularidad como modo de elaboración y expresión de los individuos en lo que concierne al desarrollo de fenómenos que, incluso, definen de un modo específico la sociedad en la que estos individuos hacen parte.

Ahora bien, pensar la salud mental, convoca sus cimientos, y esto es, la infancia. Entendiendo que, los periodos tempranos de la vida y sus complejidades, determinan las condiciones para la *buena salud* o la *mala salud* (Winnicott, 1967). Es decir, la infancia, no es solo un periodo, una etapa, o una fase evolutiva, es preciso entender que la infancia, es una conjunción de procesos, relaciones, vínculos y constitución psíquica. Esto implica que, “la infancia es una etapa crítica del desarrollo humano en la cual se siembran las semillas de la salud mental y el bienestar del futuro” (Benjet, 2009, p.234), así, todos los acontecimientos que tienen lugar durante la infancia, son fundantes y constitucionales, de modo que sus

efectos generaran las bases para la salud mental, la resiliencia o los problemas mentales.

En este sentido, cuando se afirma que los problemas de salud mental ocurren antes de los 14 años (OMS, 2018), y que el 20% de niños, niñas y adolescentes en el mundo padecen de problemas mentales (OMS, 2004), se sostiene que la salud mental es un efecto temprano, es decir, que sus cimientos, organización u origen, se determina de modo infantil.

[...] A nivel mundial, existe suficiente evidencia respecto a la asociación entre eventos adversos de Depresión y trauma temprano: hacia una caracterización clínica de perfiles de consulta la infancia (EAI) y cuadros depresivos en la vida adulta. A este respecto, una de las evidencias más consistentes surge del Adverse Childhood Experiences Study (ACES). Este estudio, realizado en una extensa cohorte de pacientes adultos en EE.UU., demostró una relación directa entre mayor número de eventos adversos de la infancia y mayor riesgo de depresión, suicidalidad y uso de antidepresivos (Vitrol, Cancino, Ballesteros, Núñez & Navarrete, 2017, p.125).

Habitualmente, se presenta al desarrollo humano fragmentado en dimensiones, lo cual facilita su comprensión teórica e incipiente para quienes incursionan en el tema, pero resulta una dislocación, cuando se trata de comprender seres humanos, historias de vida y complejidades humanas. Los seres humanos no son fragmentos de procesos. Los seres humanos son procesos en sí mismo, y en esta medida requiere atenderse su integralidad.

[...] El desarrollo infantil integral suele definirse a través de los cambios que los niños atraviesan en términos físicos, cognitivos, emocionales y sociales que los habilitan a una vida autónoma y plena. Muchas de estas dimensiones son por todos reconocidas y solemos encontrar abundante literatura sobre la mayoría de éstas (salud en primera infancia, desarrollo cognitivo, físico, entre otros). Sin embargo, es menos habitual contar con información relevante sobre un pilar del desarrollo infantil como lo es el desarrollo emocional (Duro, 2012, p.5).

El desarrollo infantil es una conjunción de las relaciones posibles entre el organismo (lo biológico, lo innato) y el ambiente (familia, la cultura, la sociedad, etc.), es en esta conjunción que lo más esencial de la vida psíquica, emocional, psicológica y afectiva tiene lugar, y su impacto se traza en etapas posteriores de la

vida y en dimensiones paralelas del desarrollo humano (Bustos, Mass & Russo, 2019; Freud, 1979; Spitz, 1969).

[...] Si en cualquier época del desarrollo de la persona la presencia de acontecimientos estresantes o situaciones vitales adversas es importante en relación a la salud física y psicológica, durante la infancia su impacto puede ser dramáticamente significativo, ya que no va a afectar a un ser humano biológica, psicológica y socialmente maduro, sino a un ser humano en una fase de desarrollo que requiere ciertas condiciones externas de estabilidad y protección (López, 2008, p.159)

Entonces, si “lo que sucede en las etapas tempranas del desarrollo de la personalidad (...) es integración, aplicable a casi todas las tareas evolutivas” (Winnicott, 1967a, p.35), implica que, los acontecimientos siempre son fundantes, y cualquier alteración o adversidad produciría daños en el proceso madurativo-constitucional (Greenspan, 1992). A todas luces, la “Salud Mental sería la capacidad potencial de realizarnos en nuestra propia vida, y esta capacidad no nos es dada de una vez por todas, sino que debemos conquistarla permanentemente a través del ciclo vital.” (Cortese, 2004, p.106). En definitiva, la salud mental es un efecto del desarrollo, y su constitución es singular, histórica y dinámica (Bustos y Russo, 2018), que implica ser comprendida desde los cimientos infantiles que caracterizan el desarrollo temprano del ser humano. Esto indica que la salud mental supone un asunto más complejo porque no surge solo con las condiciones vitales y progresivas de la adultez; es también un complejo de factores intervinientes que, desde periodos anteriores, ya comprometen, de un modo singular, las capacidades humanas de afrontamiento bio-psico-sociales.

2.-Salud mental: relación dialéctica entre el individuo y el contexto

Para entender la salud mental, y posibilitar su intervención, es innegable conocer la relación dialéctica entre el individuo y el contexto, esto implica que, a los seres humanos se les comprende solo en el encuentro con su realidad, sus roles, sus afectos, su familia, su escuela, etc., es decir, el entendimiento habitual de lo bio-psico-social, es insuficiente cuando ello no alcanza a representar las particularidades humanas, contextuales, familiares e individuales de cada persona. Mass (2014), sostiene que “El análisis de los fenómenos humanos, desde el campo de la subjetividad, ha permitido reconocer el sentido de los trazos históricos particulares del sujeto, así como los modos en que este se inserta en la cultura”

(p.156). Así, los seres humanos, están al tiempo determinados por circunstancias sociales y culturales que se integran a la personalidad, y que fundan características singulares e intrínsecas.

Pensar en la actualidad, implica pensar la relación dialéctica entre el individuo y el contexto. Requiere no dejar de considerar el panorama que el COVID-19 nos ha impuesto. La Pandemia, ha puesto sobre la mesa las dificultades políticas, económicas, y sociales de los países, sobretodo aquellas relacionadas con el carácter más humano y solidario de nuestras sociedades.

La Pandemia por COVID-19 ha generado múltiples desafíos, relacionados con la salud, la economía, la sociedad y la educación. Ha obligado a los países, a los ministerios, a las empresas y a las personas a desarrollar estrategias para atender las necesidades que corresponden a cada ámbito. En temas de salud, además, se ha visto la necesidad de atender la salud mental, y diversas formas sintomáticas producto del desconocimiento, el estrés y el temor al contagio, junto con problemáticas como la depresión, la ansiedad derivados del confinamiento inicial, y el aislamiento físico, y el duelo, por la pérdida de seres queridos en medio de la emergencia sanitaria. En la actualidad, las decenas de vacunas potenciales, y algunas ya en distribución e inoculación de sociedades, advierte de nuevos retos en salud: la producción en masa de vacunas, el acceso de los países a las vacunas, el cuidado de la cadena de frío, la educación a la población, la inmunidad a escala mundial y la preocupación por los efectos a corto, mediano y largo aun desconocidos.

Sobre la educación, escuelas, colegios y universidades, han transformado sus habituales rutinas y formas tradicionales de enseñanza-aprendizaje, a formas menos ortodoxas y más tecnológicas, mediadas por TIC'S o remotas, auxiliando a docentes y estudiantes en recursos técnicos y tecnológicos, de modo que todas las comunidades educativas (privilegiadas o no) se han movilizad o a mantener vivo el espíritu de la formación. Al mismo tiempo, han acompañado las necesidades de estudiantes y sus padres, que, en escuelas y colegios, han obligado a los padres/tutores/responsables legales de ser también artífices del proceso escolar desde casa. Las escuelas, colegios y universidades enfrentan el desafío de la educación virtual: estudiantes y docentes, aprenden a la par, y donde el desafío

ahora se centra en una educación en alternancia, mientras los logros paulatinos de la vacunación global toman lugar.

Las economías mundiales, nacionales, regionales y locales se ven afectadas en su forma tradicional de realizar las actividades laborales. El confinamiento mundial, obligó al enlentecimiento de procesos, transporte, carga y distribución de materias primas, y actividades económicas no esenciales. Asimismo, obligó al resguardo en casas a millones de familias y sus labores. Algunas empresas cerraron sus puertas, y personas perdieron sus trabajos producto de estos cambios, en general insospechados. Nuevos confinamientos amenazan la estabilidad económica, mientras problemas de salud y problemáticas sociales se suman como nuevos desafíos.

Es imposible negar que todos los gobiernos del mundo enfrentan crisis en sus sistemas sanitarios, y crisis sociales, ante las necesidades básicas de familias y comunidades enteras. Luego de un año de esta emergencia sanitaria, diversos programas, proyectos, estrategias y campañas han facilitado la atención de necesidades de salud, sociales, económicas y políticas en medio de las dificultades que han quedado en evidencia. Es paradójico que, frente a los grandes desarrollos tecnológicos, técnicos y científicos, un virus, haya evidenciado las más profundas inequidades, y carencias de sus ciudadanos.

Aquí es justo preguntarse ¿Por qué es preciso entender el panorama del COVID 19? Justamente, porque al individuo no es posible pensarlo por fuera de su contexto o su realidad, es decir, que, para entender hoy, en medio de la emergencia, al individuo, habrá que pesquisar su realidad total, y cualquiera sea la disciplina que pretenda su abordaje, debe apelar a comprender dicha realidad.

Esta condición, *individuo-contexto*, nos confronta como profesionales, y es necesaria su comprensión, toda vez que, a partir de ella, se juega no solo un contexto humano, psicológico y social, sino incluso, la posibilidad de educarse y de tener salud. Entender la diversidad, pensar a los niños, niñas, adolescentes, las familias (porque son diversas), los adultos jóvenes, a los adultos mayores, a las comunidades y los pueblos, de modo que sea el paradigma de la diversidad, la que conduzca a acciones profesionales de atención en salud: políticas, sociales, humanas, clínicas, pedagogías, etc., el entendimiento del otro, el reconocimiento de la diferencia, es en el fondo la comprensión de la relación *individuo-contexto*.

A propósito de la psicología, los desafíos clínicos en el campo de la salud mental, implica superar el reduccionismo de la salud a partir de la enfermedad. De modo que la práctica clínica debe estar acorde a los hechos históricos contemporáneos. Comprender que la clínica opera en individuos determinados por sus condiciones psíquicas particulares, históricas y ambientales. Para Winnicott (1967) "la salud social depende de la salud individual, dado que la sociedad no es sino una multiplicación" (p.27-28). O sea, el individuo y su contexto constituyen una relación dialéctica. Bajo esta premisa entonces, se es un "sujeto psíquico y (un) sujeto social en permanente construcción" (Moise, 2001, p.90), por lo que la experiencia individual y social están entrelazadas.

3.-La singularidad de la salud mental

Habitualmente, se nos presenta la salud mental como un "molde", es decir, como una forma predeterminada en la que cualquier ser humano debe "ser". Para los concedores de la salud mental y para quienes no, se sostiene que, en temas concernientes al malestar humano y al sentir emocional, se hace indispensable, retornar a la premisa fundamental de la escucha, apelando a entender las diferencias y los efectos psíquicos de cualquier circunstancia pueda representar a los individuos. Bleichmar (2005), sostiene que, "el psiquismo humano depende de varios sistemas que trabajan al unísono a través de diversos niveles de organización y no de un único sistema, (...) paralelos en su desarrollo y operatividad" (p.13), de tal modo que la idea del "molde" o de una "generalización" de la salud mental, es insostenible, toda vez que su naturaleza es psíquica, histórica y singular a la experiencia infantil y constitucional.

[...] Que la salud y la salud mental no son finitas y que no constituyen esquemas específicos de ser, o esquemas "saludables" en los que se pueda someter a las personas, sino que está determinada por patrones individuales, la salud mental es particular y responde a la experiencia subjetiva, no a las generalidades de la estadística. Que la vida psíquica o la vida anímica se encuentra por encima de los factores biopsicosociales, y que para ello la subjetividad de los individuos deberá primar en la elaboración psíquica de la adversidad social (Bustos, 2016, p.43).

La clínica está llamada a pensar en sociedad el valor vital de la escucha. Implica esto que, deberá construir la atención clínica desde el malestar humano y social. Es

decir, la situación actual nos lleva a interrogarnos como clínicos por el desafío de escuchar tanto al individuo como a la sociedad que lo conforma. Y desde esta perspectiva, comprender y prepararse en un diálogo permanente e interdisciplinario por el lugar del profesional y sus implicaciones en la salud mental.

Si bien, la medicina, la pedagogía, la sociedad, la escuela, etc., parece presentarnos siempre un “molde”, es cierto también, que cada uno de nosotros responde y elabora de distinto modo cada acontecimiento (vital o no). De modo concreto, Fiorentino (2015), señala que, “los seres humanos no pueden clasificarse simplemente como sanos y enfermos, pues no se trata de un asunto dicotómico, sino que el estado de salud es un proceso continuo, que va desde un estado mínimo hasta uno óptimo” (p.47). Así, hay quienes responden con ansiedades, miedos, temores, angustias, tristeza, rabia, estrés, resiliencia, entre otros modos, ante los acontecimientos. Es de reiterar que la salud mental, no obedece a patrones específicos de los individuos, pues sus condiciones dependen de factores biológicos, factores innatos y circunstancias vitales e históricas de cada uno. Es decir, si se afirma que la salud mental es un efecto del desarrollo, esto implica que los procesos psíquicos y el desarrollo mismo no ocurren en “una función lineal, sino como la confluencia de diversas fuerzas que propenden hacia una permanente adaptación: el individuo no puede ser entendido en un estado estático” (Bustos, 2017a, p.5).

A una atención posible en salud mental, es preciso entender que el malestar humano, ocupa un lugar determinado por las singulares experiencias individuales, es innegable entonces que la salud mental posee características únicas de individuo en individuo. Esto es, como afirma Winnicott (1967) que, “no estamos de acuerdo con que la salud es simplemente la ausencia de trastornos psiconeuróticos” (p.34), es decir, que la salud mental es mucho más compleja que la mera enunciación de síntomas. A esta advertencia también cabe decir que, una perspectiva más actualizada de la salud mental es aquella que atiende “los fenómenos de la personalidad humana, los sentimientos y los conflictos humanos” (Winnicott, 1970, p.18-19), o sea, la subjetividad y la singularidad del binomio *salud-enfermedad*, y su contenido.

A este punto, se afirma que la salud mental es imperfecta, y por imperfecto se refiere a lo singular, “la salud es un estado y al mismo tiempo, un proceso dinámico cambiante” (Mebarak, De Castro & Salamanca, 2009, p.3). En definitiva, se determina por las condiciones humanas individuales y las condiciones históricas particulares, es decir, procesos dialécticos, dinámicos y permanentes entre el psiquismo, el desarrollo y el contexto.

4.-La salud mental como responsabilidad de la sociedad

Con frecuencia se presenta que la salud mental, es terreno exclusivo de los psicólogos y psiquiatras. Nada más desacertado que esto, en la medida en que, la salud, tal y como la define la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) es un terreno biopsicosocial, de modo que, la salud y la salud mental, es “exclusivo” de todos. Esto implica, a los padres, madres, docentes, cuidadores, profesionales, el Estado, etc., que forma directa o indirecta. En tanto que sus acciones, decisiones u omisiones, impactan la naturaleza constituyente de la salud mental y el desarrollo emocional de niños, niñas, adolescentes y adultos. Así, es obligación de la sociedad, “la plena expresión de su desarrollo humano y el más alto nivel de salud posible” (Fiorentino, 2015, p.47).

Si bien es cierto que hay compromisos políticos, sociales y científicos en favor del desarrollo humano desde la infancia, no son suficientes, cuando se justifica la importancia esencial de los “afectos” que comportan los vínculos humanos. Y tal como afirma Winnicott (1963), “la fuente de estos desarrollos es el proceso madurativo innato del individuo, facilitado por el ambiente. El ambiente facilitador es necesario, y si no es suficientemente bueno, el proceso madurativo se debilita o decae” (p.86). En este sentido, es menester de todos, como sociedad procurar la satisfacción de necesidades básicas, por un lado, y el cubrimiento de necesidades emocionales, afectivas, cognitivas, etc., por otro, de modo que aún en situaciones potencialmente traumáticas, o de índole adversa, puedan ser oportunamente atendidas e intervenidas, especialmente aquellos que implican la salud, la calidad de vida y la vivencia emocional. De un modo práctico, la sociedad debe presentarse a la manera de un ambiente suficientemente bueno:

[...] Un ambiente facilitador debe tener calidad humana, no perfección mecánica. Por eso creo que la frase “madre suficientemente buena” describe en forma adecuada lo que el niño necesita para que los procesos de

crecimiento hereditario se actualicen en su desarrollo. [...] En caso contrario, la línea de vida se interrumpe y las poderosas tendencias hereditarias no pueden encaminar al niño a la relación personal (Winnicott, 1968, p.166)

La Organización Mundial de la Salud- OMS (2013), invita a facilitar entornos que permitan “(...) afrontar obstáculos [...] en cuanto a su situación socioeconómica, los medios de apoyo social y las condiciones de vida” (p.44), pues la evidencia sostiene que “Las experiencias infantiles adversas aumentan la posibilidad de factores de riesgos sociales, problemas de salud mental, abuso de sustancias, violencia doméstica y adopción de estilos de vida riesgosos en la vida adulta” (American Academy of Pediatrics, 2015, p.5). Es decir, las experiencias adversas no ocurren en el seno de la psicoterapia o en procesos psiquiátricos, sino, acciones de atención clínica necesaria ante tales eventos. Con ello se afirma que, la salud mental se juega en todos los escenarios de la vida, y, por tanto, existe una corresponsabilidad de la sociedad en sus distintos roles (familia, escuela, trabajo, etc.) en procura de las condiciones mínimas necesarias para su favorecimiento.

[...] Los derechos del niño constituyen un reto para crear y sostener condiciones necesarias y suficientes para que todos los niños y niñas, sin excepción, puedan disfrutar a plenitud de buenas condiciones de salud, estar bien nutridos, con un óptimo desarrollo psicosocial, y respetados por y protegidos por sus padres, adultos y [...] por las leyes de cada país. (Amar, Madariaga & Macías, 2014, p.29)

Ávila (2009), refiere que “La habilidad que tiene la persona saludable para lograr un balance óptimo entre el mantenimiento de su organización psicológica, por un lado, y su apertura por otro a nuevas formas de experiencia” (p. 4) es una tarea diaria, en la que la sociedad desde sus diversos roles contribuye (Grotberg, 2003, 2000 & 1995). Esto implica que padres, madres, maestros, políticos e instituciones deben formarse en temas de salud mental infantil, fortaleciendo los medios y estrategias que garanticen sus cuidados y generar políticas públicas del cuidado de la infancia, la adolescencia, la mujer, la escuela y la familia, toda vez que son los espacios primordiales de desarrollo humano y de la personalidad.

Entendiendo que la vida en si misma contiene contradicciones, conflictos relacionales, dificultades generales, y situaciones diversas que una forma u otra permanentemente obligan a los individuos a la resignificación de las condiciones vitales, pulsionales y relaciones. Es decir, que interesa comprender del ser humano

es que “es, siente, actúa, se relaciona y medita” (Winnicott, 1965, p.201), y cuyas motivaciones inconscientes, se determinan por sus historias particulares.

Desde esta perspectiva se reitera que la salud mental va más allá de la epidemiología, y que su quehacer radica en comprender sus implicaciones y en intervenir sus dificultades. No se puede “obturar los contenidos humanos detrás de los diagnósticos. Es necesario abogar por la subjetividad, el verdadero interés es la particularidad” (Bustos, 2017a, p.13). Entonces, el conocimiento de las frecuencias, síndromes y trastornos, son importantes en la medida en que permitan entender las complejidades humanas y contribuir a través de estrategias (profesionales, clínicas, y/o educativa a la mejoría del bienestar individual y comunitario.

[...] El desarrollo de los niños y las niñas depende, en gran parte, del contexto en que crecen: una adecuada nutrición, el acceso oportuno a servicios de salud, una constante estimulación educativa y un ambiente de diálogo, afecto y participación desde los primeros años de vida, son factores que influyen notoriamente en el desarrollo de sus capacidades y habilidades y se traducen en mejores condiciones de vida futura a niveles individual y social (Boletín 7, 2013, p.13).

Así, la escuela, la familia, el hospital, la universidad, la empresa, entre otros escenarios, al hacer parte de la sociedad, al tener una responsabilidad con la sociedad, deben también, no solo pensar la salud mental, sino atenderla. Esto es, generar acciones, estrategias, medios, métodos, y alianzas, que favorezcan el desarrollo de habilidades humanas, emocionales, afectivas y resilientes conforme a su contexto y a los desafíos diarios de la familia, los pares y la sociedad en general.

5.-Desarrollo infantil y resiliencia

El desarrollo humano se ha presentado como algo más que un suceder evolutivo, ello en virtud de que éste confiere a los individuos su condición humana, como aquello que los hace únicos. De tal forma que, del desarrollo humano interesan “las etapas de crecimiento y desarrollo” (Freud, 1979, p.11), y todas “las expectativas e influencias normativas del medio [que] constituyen un estímulo para el crecimiento” (Blos, 2011, p.49). Esto implica que, contrario a lo que se piensa, el desarrollo humano es indeterminado- no tiene molde-, aunque no fortuito, pues se somete a las peculiaridades de los individuos, sus circunstancias y sus historias.

La infancia entonces “constituye un campo obligado y representativo del desarrollo humano; su convergencia con la significación biológica, psicológica y social del ser humano ha sido más que fundamentada por diversos estudios” (Mass, 2019, p.26). El desarrollo infantil, se forja en particular a través de vínculos afectivos, es decir, que el componente afectivo se constituye en un componente fundamental del desarrollo humano y la personalidad. Todo desarrollo es en definitiva desarrollo emocional, y este último se comprende como el “conjunto vital de los procesos psíquicos que tendrían lugar durante los primeros años de vida, y conjuga las condiciones biológicas y del ambiente” (Bustos, 2017a, p.2), donde las emociones juegan un papel organizador (Dolto, 2005).

[...] La infancia (momento amplio y complejo del desarrollo), implica comprender el sentido holístico y complementario que deparan sus contenidos, funciones, procesos, etc., puede decirse al respecto que sus componentes guardan entre si relaciones determinantes e inherentes con la disposición y predisposición de la personalidad: la fijación libidinal (endógena) que trae consigo el individuo, presenta fijaciones de modo marcado con las experiencias infantiles que le singularizan; al tiempo que las influencias ambientales, cumplen también un rol primordial (Mass, 2019, p.31)

El curso esperado del desarrollo permite al niño afrontar los conflictos propios de éste, en principio de modo incipiente y paulatinamente de modo complejo, el proceso evolutivo fortalece y capacita al niño para lidiar con sus necesidades, deseos, frustraciones, angustias y emociones propias del crecimiento; esto, atravesado por el vínculo afectivo con figuras primordiales.

[...] Si bien es cierto, que el niño nace en estado de indefensión biológica, no por ello, el restante de todos sus procesos desarrollistas tenga que obedecer a este patrón; la dependencia del niño a sus padres o cuidadores confirma el apoyo que el ser humano requiere por el vínculo afectivo, que lo determina como ser portador de emociones, pensamientos, deseos, etc. (Mass, 2019, p.36)

El desarrollo entonces, proporciona al niño las potencialidades, cualidades y recursos para superar las dificultades propias de tal acontecimiento, “las experiencias en la infancia temprana determinan (...) características de los sujetos para identificar y desarrollar sus mecanismos de equilibrio en condiciones de afrontamiento o escape frente a las situaciones estresantes” (Bonilla, González & Bonilla, 2017, p.258), es decir, que el desarrollo dota a los individuos de los

cimientos no solo del crecer, sino de la salud mental y la capacidad resiliente. En otras palabras, “la salud mental es un proceso, así, también la resiliencia” (Bustos, 2019, p.71).

Ahora bien, la adversidad de acuerdo con Grotberg (2013), puede presentarse de múltiples formas (Ver tabla 1), esto implica que, la naturaleza de la adversidad es otorgada por la experiencia singular del afectado, y que su potencial traumático se determina de modo particular.

Tabla 1. Tipo de adversidad según Grotberg (2003)

Tipo de adversidad	Descripción
Adversidades experimentadas dentro del ámbito familiar	La muerte de uno de los padres o abuelos; el divorcio o la separación; la enfermedad de uno de los padres o de un hermano; la pobreza; la mudanza; un accidente que deja secuelas en la persona; el maltrato; el abuso sexual; el abandono; el suicidio; los segundos matrimonios; el abandono; una salud frágil y la hospitalización; incendios que produzcan daños en la persona; una repatriación forzada de la familia; miembros de la familia discapacitados; padres que pierden trabajos o sus fuentes de ingreso; etc.
Adversidades experimentadas fuera del ámbito familiar	Los robos; la guerra; los incendios; los terremotos; las inundaciones; los accidentes de automóviles; las condiciones económicas adversas; ser refugiado ilegal; ser inmigrante; los daños provocados por tormentas, inundaciones o el frío; ser encarcelado por motivos políticos; hambruna; ser abusado por un extraño; los asesinatos en el vecindario; los gobiernos inestables; la sequía.

Tabla: De los autores

La adversidad podría definirse como aquellos eventos, circunstancias o acontecimientos que no son propios del desarrollo humano, y que, en virtud de ello, se constituyen en factores de riesgo en salud mental (Grotberg, 2003). Laplanche y Pontalis (1996), entienden el trauma como un “acontecimiento de la vida del sujeto caracterizado por su intensidad, la incapacidad del sujeto de responder a él adecuadamente y el trastorno y los efectos patógenos duraderos que provoca en la organización psíquica” (p.447). La vivencia de experiencias adversas, potencia el surgimiento de traumas, que evidencian entonces condiciones

vulnerables. Y con ello, que el individuo no posee recursos biológicos, psíquicos, afectivos, sociales, o de cualquier índole de modo pretérito, para afrontar las exigencias internas y externas que el evento adverso requiere (Bustos, Mass & Russo, 2019).

[...] la vulnerabilidad se expresa por una imposibilidad de defensa frente a los hechos traumatizantes o dañinos debido a la insuficiencia de recursos psicológicos defensivos personales o/y a merced a la ausencia de apoyo externo, además de una incapacidad o inhabilidad para adaptarse al nuevo escenario generado por los efectos de la situación riesgosa o peligrosa (Giberti, Garaventa & Lamberti, 2005, p.28)

El trauma derivado de experiencias adversas, es un riesgo a la salud mental en tanto, “más bien la restringe y la limita, tanto en su comprensión como en su intervención” (Lecannelier, 2018, p.41). Por otro lado, la adversidad como el trauma, no han de considerarse condenas a la salud mental de los individuos.

[...] Si en cualquier época del desarrollo de la persona la presencia de acontecimientos estresantes o situaciones vitales adversas es importante en relación a la salud física y psicológica, durante la infancia su impacto puede ser dramáticamente significativo, ya que no va a afectar a un ser humano biológica, psicológica y socialmente maduro, sino a un ser humano en una fase de desarrollo que requiere ciertas condiciones externas de estabilidad y protección. (López, 2008, p.159)

Aquí, aunque el panorama entre adversidad y trauma, aparentemente resulta poca favorable, la resiliencia cobra un papel significativo, pues, el carácter madurativo-constitucional (Greenspan, 1992), y la inmadurez estructural infantil, emergen como oportunidad:

[...] Sin embargo, durante la infancia, la fragilidad expuesta por el acontecimiento traumático abre la posibilidad para la resiliencia, y la inmadurez se convierte en una oportunidad para que los efectos negativos causados por el trauma sean elaborados y superados bajo las mismas condiciones que los conflictos madurativos, o sea, el trauma es relativo a la resiliencia. (Bustos, 2019, p.66)

Se afirma entonces que la resiliencia no posee un carácter innato, en tanto que su emergencia es singular y pertenece a las relaciones posibles entre lo biológico y lo ambiental, tanto como el desarrollo mismo. Como tal, puede decirse que comporta la integración compleja de los factores participantes del desarrollo humano, además, deriva de la intimidad que concierne con la vida de cada ser humano. De

acuerdo con Cyrulnik (2010), la resiliencia “Se trata de un proceso, de un conjunto de fenómenos armonizados en el que el sujeto se cuele en un contexto afectivo, social y cultural.” (p.212), dicha armonía está determinada por la singularidad del desarrollo y la salud mental como su efecto.

[...] Solo es posible hablar de resiliencia si se ha producido un trauma que se haya visto seguido por la recuperación de algún tipo de desarrollo, es decir, si se verifica la recomposición del desgarró. No se trata de un desarrollo normal, ya que, a partir de ese momento, el trauma inscrito en la memoria forma parte de la historia del sujeto y le acompaña como un fantasma. La persona herida en el alma podrá retomar el desarrollo, un desarrollo que en lo sucesivo se verá modificado por la fractura de su personalidad anterior (Cyrulnik, 2003, p.29)

La resiliencia opera en la dimensión psíquica, por ende, individual-particular-, o sea, “nuestra perspectiva psicoanalítica enfatiza la idea de ‘transformación’ que se produciría a partir de la condición adversa para definir estrictamente la resiliencia” (Zukerfeld & Zonis, 2011, p.108), habitualmente se entiende que la resiliencia emerge a propósito de acontecimientos traumáticos, o sea, se anuda, a eventos que sobrepasan la capacidad de respuesta de los individuos y no meramente situaciones adversas o problemáticas, empero, en un plano más amplio, resiliencia es en sí mismo el desarrollo. O sea, el buen transcurrir del desarrollo, es resiliencia. El favorecimiento del desarrollo, es en suma resiliencia.

[...] un hombre no puede desarrollarse más que tejiéndose con otro, entonces la actitud que mejor contribuiría a que los heridos reanuden su desarrollo será aquella que se afane por descubrir los recursos internos que impregnan al individuo, y, del mismo modo, la que analice los recursos externos que se despliegan a su alrededor (Cyrulnik, 2010, p.36)

Lo que resulta interesante es que el aparato anímico es un todo, y es el carácter unitario (no integral) el que se corresponde con el desarrollo, aunque ocasionalmente sea fragmentado-a propósitos comprensivos-, donde se enfatizan “las funciones y no el sujeto” (Jerusalinsky et al., 2000, p.18). Es decir, donde se problematiza, se diagnostica, pero no se escucha o se atiende la singularidad, el contexto o la vivencia subjetiva. La resiliencia no es una ocupación per se de los individuos, en particular, infantes; es más bien, el efecto de la conjunción del desarrollo y sus dimensiones, por lo que su contenido y posibilidades, son una “unidad del desarrollo humano, pues sus factores no son de naturaleza aislada,

sino más bien una conjunción que representa infinitas posibilidades a los individuos” (Bustos, 2019, p.71).

En este sentido, interesa la afectación psíquica y sus consecuencias, aquellas que precisamente dan pie para promover con el desarrollo todo aquello de lo que es capaz el individuo; más aún, el individuo resiliente demuestra con toda su expresión que la afectividad (es decir, las emociones, los afectos, los prejuicios, etc.) es algo que no puede anticiparse ni evaluarse, como algo que pueda someterse a un criterio a priori de “este si es resiliente” “este no es resiliente”; en este orden de ideas, la resiliencia es tan auténtica y única que solo puede saberse de ella cuando surge con sus propios medios, sin embargo es posible suponer su correspondencia con los vínculos humanos.

La resiliencia es entonces “la acción interna de resignificar los acontecimientos, y ocuparse de los efectos traumáticos de forma singular” (Bustos & Russo, 2019a, p.78), y para que pueda tener lugar, se hacen necesarias condiciones que faciliten la transformación, la resignificación, la adaptación y la autonomía. Para Cyrulnik (2010) esto es, generar ambientes de cambio, y sostiene que “lo primero que hay que hacer es afrontar las cosas y adaptarse, a cualquier precio” (Cyrulnik, 2010, p.123). Se requiere entonces:

a.-Vínculo afectivo: El acompañamiento seguro es fundamental para conceder estabilidad emocional frente a los acontecimientos traumáticos. Los padres, madres, maestros, entre otros, son responsables de activar las potencialidades de los menores en condiciones de interferencias en el desarrollo.

b.-Otorgar sentido: Es importante dar sentido, permitir las palabras, favorecer el relato (verbal o escrito), ese que se alimenta del medio (padres, sociedad y cultura) que legitima los acontecimientos traumáticos y las emociones asociadas (bilaterales).

c.-Simbolización: Los acontecimientos traumáticos carecen de simbolización, por ello la compulsión de la repetición, y la sintomatología corporal, la ansiedad o depresión que suele caracterizar a los niños/as en estos casos. El juego, las expresiones artísticas, los deportes permiten favorecer “la conciliación de lo real con su representación” (Cyrulnik, 2010, p.122).

d.-Contexto: Entre los padres, la escuela, la sociedad y la cultura es necesaria una sola voz, que legitime los acontecimientos traumáticos, las emociones asociadas y las consecuencias ocasionadas. Al tiempo que exista una unidad que favorezca la adaptación, para ello es importante la comprensión de la infancia en términos evolutivos, emocionales y psíquicos (Bustos, 2017b, p.12-13).

Por otro lado, Bustos & Russo (2019b), sostienen que los programas de atención en infancia en contextos vulnerables o adversidad, deben contemplar:

a.-Comprender de las condiciones madurativo-constitucionales y relacionales derivadas del ciclo vital humano.

b.-Conocer las consecuencias biopsicosociales de las interferencias en el desarrollo en los afectados.

c.-Estar basados en técnicas lúdico-educativas y su relación con el ciclo vital.

d.-Fomentar el despliegue del desarrollo psicoafectivo a través de acciones, estrategias y actividades que permitan el reconocimiento y elaboración de las interferencias en el desarrollo.

e.-Propiciar la expresión emocional de los niños/as, y su resignificación.

f.-Incluir a los padres y maestros en las actividades del programa, de modo que se fortalezcan vínculos afectivos saludables (p. 33).

En definitiva, la resiliencia es una transformación, pero para que pueda tener lugar es necesario proveer el escenario a tal transformación, pues los recursos individuales, se reorganizan a la resiliencia dependiendo de los factores biológicos y ambientales (edad, las relaciones afectivas, la escolaridad, etc.), pero ninguna es un determinante de la resiliencia en sí mismo.

La resiliencia (Cyrułnik, 2003 & 2010) se presenta como concepto y estrategia que bien puede favorecer el desarrollo y la atención en salud mental desde los diversos escenarios en los que se desenvuelve el ser humano en sus distintos momentos evolutivos, o en situaciones que impliquen el restablecimiento de la salud biopsicosocial.

Bajo estas premisas, es importante considerar algunos elementos que se constituyen en directrices esenciales de atención en salud mental desde una perspectiva ampliada, al tiempo comprensiva y centrada en la dimensión subjetiva, experiencial y emocional de los seres humanos. De este modo, el contexto, la singularidad, la resiliencia y la atención clínica profesional, son pilares de una atención humanizada, y significativa frente al malestar.

6.-Conclusiones

La salud mental, no es *per se* una responsabilidad de la psicología clínica o la psiquiatría, por el contrario, es un compromiso ético de la sociedad (Cyrulnik, 2010 & 2003), esto implica que la vida mental necesita ser pensada por fuera de lo patológico y las estadísticas, se precisa comprender las enfermedades mentales por fuera del consultorio, en tanto que no son producidas por eventos específicos, sino desencadenadas por diversos factores que implican ya un compromiso anterior en la salud mental, es decir, una historia particular, un cúmulo de vivencias, de sentimientos, entre otros, por lo tanto, es importante “conocer las tensiones que son inherentes a la vida y los medios que se emplean para hacerles frente” (Winnicott, 1961a, p.20), para poder diferenciar los embates comunes de la vida, de los antecedentes de la enfermedad mental.

[...]todo el mundo debe participar en la resiliencia. El vecino debe inquietarse por la ausencia de la señora mayor, el joven deportista debe ponerse a jugar con los chavales del barrio, la cantante debe reunir un coro, el actor debe poner sobre el escenario un problema actual, y el filósofo ha de engendrar un concepto y compartirlo. Solo entonces podremos considerar que cada personalidad avanza en el transcurso de la vida, siguiendo su propio camino, que es único. (Cyrulnik, 2010, p.37)

Sobre la salud mental infantil, es vital entonces, como sostiene UNICEF (2014): “Ofrecer a todos los niños y niñas el mejor comienzo en la vida” (p.1), esto obliga a toda la sociedad a favorecer todas las condiciones en materia de desarrollo biopsicosocial, emocional, educativo, de salud y demás sistemas necesarios para garantizar los procesos madurativo-constitucionales del niño, su familia y su contexto, de modo que sus potencialidades humanas puedan ser desplegadas y fortalecidas en los entornos sanos y a través de vínculos afectivos significativos.

[...] Son reconocidos los logros alcanzados por las naciones en el mundo en materia de protección de los derechos en la infancia, empero, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef, 2012) expresa su preocupación por la población infantil, debido a las adversas circunstancias que los niños y niñas enfrenta alrededor del mundo, particularmente los referidos al acceso a servicios de salud, agua potable, educación y al trabajo al que son sometidos (...) (Bustos & Russo, 2019b, p.17).

Así, advierten Bustos y Russo (2019b) se requieren “programas de intervención para la recuperación psicoafectiva dirigidos a la población infantil que permitan favorecer el curso normal del desarrollo de sus potencialidades, maduración, adaptación, y desarrollo emocional” (p.18), especialmente en contextos vulnerables, o derivados de experiencias traumáticas.

[...] Ningún niño está exento de conflictos y obstáculos que debe afrontar a lo largo de su desarrollo, pero es posible, que, con su maduración y desarrollo, frente a ellos logre afianzar mecanismos psíquicos, que le permitan asumir y tramitar su historia (Bustos y Russo, 2019b, p.24).

Frente a este panorama, la psicología clínica debe comprometerse en tres directrices fundamentales que favorezcan la salud mental: 1. Fortalecer la formación clínica, técnica y terapéutica del profesional en psicología clínica, 2. Favorecer estrategias dirigidas a la no estigmatización de trastornos mentales, enfermos mentales y profesionales en salud mental, y 3. Una perspectiva de salud mental que reconozca el carácter histórico, particular y psíquico de los individuos, pues un modelo biopsicosocial, como paradigma de atención en salud mental parece insuficiente para atender los problemas mentales en el mundo después de más de 70 años de su aplicación los malestares mentales siguen en incremento.

En este sentido, el principal reto de la psicología clínica, en materia de salud mental es trascender el consultorio, y con ello contribuir al *bien-estar* de los individuos, desde una perspectiva evolutiva, dinámica y psíquica, esto implica que contextos educativos, de formación pedagógica, universitarios hospitalarios, políticos, etc., deberán preocuparse, transformarse y atender la salud mental conforme a la subjetividad y las condiciones sociales, en una relación dialéctica entre el individuo y su cultura, fomentar la resiliencia y estar a la altura de los fenómenos contemporáneos.

Lo anterior debe conducir a pensar cuestiones tales: ¿Cómo puede atenderse la salud mental desde las escuelas, los colegios o las universidades, en los trabajos? ¿Cómo pensar la salud mental en los niños, niñas, adolescentes, familias, y empresas? ¿Pensemos la telepsicología? ¿Pensemos la psicoterapia? ¿Pensemos el diálogo con otras disciplinas? ¿Se afectarán las relaciones sociales? ¿Atención en salud mental en hospitales? Entre muchas otras preguntas, que, deberán conducir nuestro quehacer clínico hoy.

Apelar a la capacidad creativa de los individuos y la comunidad, solo debe partir de la capacidad de quienes, en su saber, pueden permitirse una co-construcción que se medie entre el poder escuchar, y el poder expresar, de ahí en más, la creatividad solo emerge.

La apuesta por una escucha al individuo es fundamental, pues, solo a partir de las experiencias propias de cada individuo es posible reconocer el sentir y padecer de nuestra sociedad. Son las poblaciones las que expresan el modo en que se definen las relaciones sociales; lo humano sería precisamente eso, aquello que se construye subjetivamente de individuo a individuo (ciudadano a ciudadano), al tiempo que interviene, junto con las condiciones sociales, en el modo de estar, pensar y actuar de una época que, como la nuestra.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amar, J., Madariaga, C. & Macías A. (2014). *Infancia, familia y derechos humanos*. Barranquilla: Editorial Universidad del Norte.
- American Academy of Pediatrics (2015). Las experiencias infantiles adversas y las consecuencias del trauma para toda la vida. Recuperado el 16 de enero de 2021 de: https://www.aap.org/en-us/Documents/ttb_aces_consequences_spanish.pdf
- Ávila Espada, A. (2009). *La psicoterapia psicoanalítica relacional: Conceptos fundamentales y perspectivas*. Recuperado el 13 de diciembre de 2021 de: http://www.psicoterapiarelacional.es/Portals/0/Documentacion/AAvila/A_Avila_Psicoterapia-psicoanalitica-relacional_Interpsiquis_2009.pdf
- Benjet, C. (2009). Salud mental de la niñez y la adolescencia en América Latina y el Caribe. En *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*.

- Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 22 de enero de 2021: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/166275/1/9789275316320.pdf?ua=1>
- Bleichmar, E. (2005). *Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Blos, P. (2011). *Los comienzos de la adolescencia*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Boletín 7. (2013). Violencias en la primera infancia en Colombia. Recuperado el 26 de enero de 2021 de: <http://www.deceroasiempre.gov.co/Prensa/CDocumentacionDocs/Bolet%C3%ADn%20No.%207%20Violencias%20en%20la%20primera%20infancia%20en%20Colombia.pdf>
- Bonilla, J., Gonzáles, A. & Bonilla, G. (2017). Características Neuroendocrinas del Trauma Temprano y su Relación con el Bullying. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 26(3), 258-265. Recuperado el 17 de diciembre de 2020 de: <http://scielo.senescyt.gob.ec/pdf/rneuro/v26n3/2631-2581-rneuro-26-03-00258.pdf>
- Bustos Arcón, V. Ángela, & Russo de Sánchez, A. R. (2018). Salud mental como efecto del desarrollo psicoafectivo en la infancia: Mental Health as an effect on Childhood emotional development. *Psicogente*, 21(39), 183-202.
- Bustos, V. (2016). Reflexiones para un modelo de intervención en salud mental en el escenario de postconflicto. *Revista Sanus Viventium*, 1(2), 41-47.
- Bustos, V. (2017a). *Perspectiva analítica de la angustia y el desarrollo emocional. Aportes a la comprensión de la infancia*. Alemania: Editorial Académica Española.
- Bustos, V. (2017b). "Infancia y recuperación psicoafectiva en Colombia"; en: Congresos PI. (Comp.). VI Congreso Internacional de Psicología y Educación. (pp.1-19). Lima: Editorial Congresos PI.
- Bustos, V. (2019). "Interferencias en el desarrollo: Un problema de salud mental"; en: Bustos, et. al. (Comp.). *Recuperación psicoafectiva: Una infancia resiliente*. (pp.59-72). Barranquilla: Ediciones Uninorte.

- Bustos, V. & Russo, A. (2019b). "Desarrollo psicoafectivo y salud mental infantil"; en: Romero, K. (Edit.). *Ocho estudios de la salud mental*. (pp.11-38). Sincelejo: Editorial CECAR.
- Bustos, V., Mass, L. & Russo, A. (2019). *Recuperación psicoafectiva: Una infancia resiliente*. Barranquilla: Ediciones Uninorte.
- Bustos, V. & Russo, A. (2019c). "Recuperación psicoafectiva como estrategia de prevención en salud mental"; en: Bustos, et. al., (2019). *Recuperación psicoafectiva: Una infancia resiliente*. (pp.73-106). Barranquilla: Ediciones Uninorte.
- Cortese, E. (2004). "Los conceptos de normalidad-anormalidad, salud-enfermedad"; en: *Psicología médica salud mental*. (pp.101-109). Buenos Aires: Nobuko.
- Cyrulnik, B. (2003). *El murmullo de los fantasmas*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Cyrulnik, B. (2010). *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Dolto, F. (2005). *La causa de los niños*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Duro, E. (2012). "Prólogo"; en: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (Comp.). *Desarrollo emocional. Clave para la primera infancia*. (pp.5). UNICEF & KALEIDOS. Recuperado de: https://www.unicef.org/ecuador/Desarrollo_emocional_0a3_simples.pdf
- Fiorentino, M. (2015). "Conductas de la salud. En *Psicología de la salud y calidad de vida*"; en: Oblitas, L. (Comp.). (pp.47-67). México: Cengage Learning.
- Freud, A. (1979). *Normalidad y patología en la niñez*. Argentina: Editorial Paidós.
- Giberti, E., Garaventa, J. & Lamberti, S. (2005). *Vulnerabilidad, Desvalimiento y Maltrato Infantil En Las Organizaciones Familiares*. Buenos Aires: Editorial nuveduc.
- Greenspan, S. (1992). *Infancy and Early childhood: The practice of clinical assessment and intervention with emotional and developmental challenges*. Madison: International University Press.

- Grotberg, E. (1995). *A guide to promoting resilience in children: strengthening the human spirit*. La Haya: The Bernard Van Leer Foundation.
- Grotberg, E. (2000). "International resilience research project"; en: Comunian, A., & Gielen, U. (comp.). *International perspectives on human development*. (pp.379-399). Viena: Pabst Science Publisher.
- Grotberg, E. (2003). *La resiliencia en el mundo de hoy. Cómo superar las adversidades*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- Jerusalinsky, A., Arias, M., Brandao, P., Bruckman, S., Coriat, E., Coriat, L. & Tkach, C. (2000). *Psicoanálisis en problemas del desarrollo infantil. Una clínica transdisciplinaria*. Buenos Aires: Editorial Nueva Visión.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Lecannelier, F. (2018). *El trauma oculto en la infancia. Guía científicamente informada para padres, educadores y profesionales*. Santiago: Penguin Random House Group Editorial.
- López, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: el trauma complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 13(3),159-174.
- Mass, L. (2011). *Familia contemporánea y maltrato infantil. Una lectura desde la teoría psicoanalítica*. Alemania: Editorial Académica Española.
- Mass, L. (2014). El sujeto y la estética corporal en la sociedad contemporánea (algunas relaciones teóricas con el capitalismo y plus de gozar). *Revista Psicogente*, 17(31), 155-162.
- Mass, L. (2019). "Base freudiana para la concepción dinámica del infante"; en: Bustos, et. al. (Edit.). *Recuperación psicoafectiva: Una infancia resiliente*. (pp.26-41). Barranquilla: Ediciones Uninorte.
- Mebarak, M., De Castro, A. & Salamanca, M. (2009). Salud mental: un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud. *Revista Psicología desde el Caribe*. N. 23.
- Ministerio de salud y protección social-PDSP. (2012). Plan Decenal De Salud Pública 2012-2021. Recuperado el 21 de enero de 2021 de: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>

- Minsalud. (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental. Tomo I. Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado el 18 de enero de 2021 de: https://www.javerianacali.edu.co/sites/ujc/files/node/field-documents/field_document_file/saludmental_final_tomoi_color.pdf
- Moise, C. (2001). *Prevención y psicoanálisis. Propuestas en salud comunitaria*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Oblitas, L. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thompson. Recuperado el 21 de enero de 2021 de: <http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/psicologiasalud.pdf>
- OMS (2004). Prevención de los Trastornos Mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas. Informe compendiado. Un Informe del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud, en colaboración con el Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. Recuperado el 11 de enero de 2021 de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78545/1/924159215X_spa.pdf
- OMS (2017). Trastornos mentales. Nota descriptiva, abril de 2017. Recuperado el 21 de enero de 2021 de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
- OMS. (2013). Plan de acción para la salud mental 2013- 2020. Recuperado el 21 de enero de 2021 de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf
- OMS. (2018). Temas de salud. Atención primaria de salud. Recuperado el 21 de enero de 2021 de: http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/
- Romo, F. & Patiño, L. (2014). "Ciclo vital y salud mental"; en: De la Fuente, J. (Comp.). *Salud mental y medicina psicológica*. (pp.2-5). Ciudad de México: McGraw-Hill.
- Spitz, R. (1969). *El primer año de vida del niño*. Ciudad de México: Fondo de cultura económica.
- Vitriol, V., Cancino, A., Ballesteros, S., Núñez, C., & Navarrete, A. (2017). Depresión y trauma temprano: hacia una caracterización clínica de perfiles de consulta en un servicio de salud secundario. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 55(2), 123-134.
- Winnicott, D. (1961). "Psicoanálisis y ciencia: ¿amigos o parientes?"; en: Winnicott, D. (Edit.). *El hogar, nuestro punto de partida. Ensayos de un psicoanalista*. (pp.17-23). Buenos Aires: Editorial Paidós.

- Winnicott, D. (1963). "El valor de la depresión"; en: Winnicott, D. (Comp.). *El hogar, nuestro punto de partida. Ensayos de un psicoanalista.* (pp.84-93). Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Winnicott, D. (1965). "El precio de desentenderse de la investigación psicoanalítica"; en: Winnicott, D. (Comp.). *El hogar, nuestro punto de partida. Ensayos de un psicoanalista.* (pp.198-210). Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Winnicott, D. (1967). "El concepto de individuo sano"; en: Winnicott, D. (Comp.). *El hogar, nuestro punto de partida. Ensayos de un psicoanalista.* (pp.27-47). Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Winnicott, D. (1968). "Aprendizaje infantil"; en: Winnicott, D. (Comp.). *El hogar, nuestro punto de partida. Ensayos de un psicoanalista.* (pp.164-172). Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Winnicott, D. (1970). *Processus de maturation chez l 'enfant.* Paris: Payot.
- Zukerfeld, R. & Zonis R. (2011). Sobre el desarrollo resiliente: perspectiva psicoanalítica. *Revista Clínica Contemporánea.* 2(2). 105-120.

CAPÍTULO VI

HOSPITALIZACIÓN Y VULNERABILIDAD EN LA INFANCIA: UNA MIRADA ANTROPOLÓGICA DEL CUIDAR

Manuel Moreno Preciado
Universidad Camilo José Cela, España

"Las clases deben ser conversación familiar e informal entre maestros y alumnos, llevados por un espíritu de descubrimiento, diálogo socrático, el aula debe ser un taller, el maestro un director, los alumnos una familia". Residencia de Estudiantes en Madrid, 1910 (Institución Libre de Enseñanza).

1.-Introducción

El objetivo de este trabajo es el de describir y analizar cómo se manifiesta la vulnerabilidad en contextos de hospitalización infantil. Cómo desde la Antropología del Cuidar (Torralba, 1998) y, más concretamente, desde la Enfermería Cultural (Moreno Preciado, 2018) se puede contribuir a favorecer el proceso de hospitalización infantil. Constituye también un esfuerzo para comprender una demanda muy extendida, aunque poco concretada de superar los límites de los compartimentos epistemológicos y de los dualismos antagónicos frutos de los intereses disciplinares y corporativos. Esto implica en mi caso una incursión en el "territorio ignoto" de la Pedagogía Hospitalaria que, como apuntan los organizadores del Workshop Internacional "Tendencias sobre investigación en Pedagogía Hospitalaria": "...no es mitad pedagogía, ni mitad medicina, es el *deseo*-

de-otra-cosa"²². Desde mi experiencia investigadora quisiera contribuir en la búsqueda de ese "deseo-de-otra-cosa".

El análisis partirá de dos preguntas. La primera es ¿cómo favorecer el proceso de hospitalización infantil? Y la segunda ¿cómo superar las barreras instrumentales y simbólicas que impiden el desarrollo del niño hospitalizado, tanto a nivel intelectual, como social y afectivo? Desde mi experiencia investigadora en el campo de la Antropología del Cuidar y de la Enfermería Cultural las preguntas planteadas requieren el análisis de importantes factores, tales como: el reconocimiento de la vulnerabilidad humana asociada a la enfermedad, la naturaleza de la biomedicina y sus consecuencias en el contexto hospitalario y la necesidad de un proceso de cambio que instaure un nuevo paradigma que armonice tecnología y humanización, promueva el cuidado holístico.

Con motivo de la Covid-19 se ha dicho en numerosas ocasiones que se trata de una pandemia "democrática" porque golpea a todos por igual; sin embargo, en todas las desgracias y catástrofes, hay grupos y sectores más afectados que otros: pobres, minorías raciales, extranjeros, enfermos, ancianos, mujeres y niños, etc. El mapa de la vulnerabilidad humana es muy amplio. Un ejemplo claro es el de las personas hospitalizadas y particularmente, cuando se trata de niños hospitalizados. Se puede hablar de una triple vulnerabilidad: niño, enfermo, hospitalización.

El análisis se centrará en la aproximación a dos importantes elementos teóricos: la hospitalización desde el paradigma biomédico hegemónico y el proceso de cambio que implican las perspectivas holísticas del cuidar.

2.-La vulnerabilidad humana asociada a la enfermedad

Vulnerabilidad es un término de origen latino que proviene de *vulneratis*: algo que causa lesión. La RAE habla del vulnerable como "Que puede ser herido o recibir lesión, física o moralmente". El término, de forma general, hace referencia a la propia naturaleza del ser humano como algo frágil, débil, finito. El concepto ha interesado desde siempre a la filosofía y a la ética: "Al reconocerse como vulnerables, las personas comprenden la vulnerabilidad del otro, así como la

²² Ocampo González, A. (2020). Instructivo para la preparación de las conferencias centrales del Workshop Internacional "Tendencias sobre investigación en Pedagogía Hospitalaria". Santiago de Chile. Celebrado de forma online entre los días 10 y 11 de diciembre de 2020.

necesidad del cuidado, de la responsabilidad y de la solidaridad, y no la explotación de esa condición por parte de otros” (Cavalcante y Sadi, 2017). El reconocimiento de la vulnerabilidad lleva aparejada la toma de conciencia de la dimensión del riesgo. La consistencia del ser humano, biológica, psicológica y sociocultural está constantemente amenazada tanto por influjos internos como externos: enfermedad, vejez, exclusión, marginación, pobreza, violencia, agresiones del medio, etc. Ante esas amenazas debe protegerse, tejer lazos, crear moradas.

La vulnerabilidad se presenta bajo dos formas: una (interna) de carácter individual, relacionada con la consistencia humana biológica y psicológica (desde el nacimiento a la muerte) y otra (externa) de carácter social que tiene que ver con la pertenencia a una comunidad o grupo social. Evidentemente, ambas formas están estrechamente relacionadas por la tridimensionalidad bio-psico-social del ser humano. El grado de vulnerabilidad viene determinado por factores como la edad, el género, el estado de salud, las condiciones socioeconómicas, el nivel educativo, la pertenencia a determinados grupos étnicos, grupos de riesgo, etc. Por tanto, entenderemos aquí la vulnerabilidad en un sentido amplio que afecta a personas y grupos por muy diferentes razones.

En este sentido, cabe entender al niño hospitalizado como persona vulnerable y en situación de riesgo. Así lo reconocen los organismos internacionales como UNICEF, la OMS o el Parlamento Europeo (Resolución del Parlamento Europeo de 13 de mayo de 1986²³), entre otros, consagrando los derechos del niño y la niña hospitalizados a una protección especial que incluya, por ejemplo, evitar tratamientos médicos inútiles que le expongan a sufrimientos físicos y morales evitables, garantizar el respeto de la intimidad, a mantener la relación y presencia de los padres y el derecho a seguir estudiando durante su permanencia en el hospital.

La hospitalización supone para todo paciente, independientemente del motivo de ingreso, un conjunto de riesgos y de efectos psicosociales: impacto del medio físico; pérdida de la intimidad; dependencia; despersonalización –pérdida parcial de la

²³ Diario Oficial de las Comunidades Europeas. (1986). Carta Europea de los niños hospitalizados. Recuperado de: http://webs01.santpau.es/collage/images/potter/tempFiles/potterTmpFile_uuid_227220/Carta%2Beuropea%2Bde%2Blos%2Bni%C3%B1os%2Bhospitalizados.pdf

identidad-; interrupción de los roles habituales; exigencia de adopción del rol de paciente hospitalizado. La enfermedad y la hospitalización son momentos trascendentes marcados por la fragilidad física, psíquica y social de las personas y por la presencia de un entorno extraño que obliga al paciente a realizar un importante esfuerzo de adaptación. En el caso de los niños y niñas hospitalizados es previsible que sus necesidades biopsicosociales y sus representaciones simbólicas se vean fuertemente alteradas: alimentación, higiene, reposo/sueño, intimidad, comunicación, desarrollo personal; relación con madre y padre, etc.

Un ejemplo de vulnerabilidad asociada a la enfermedad y la hospitalización tiene que ver con la corporalidad. La preservación del cuerpo y de la intimidad tiene un carácter invisible donde lo que se ve es el aspecto técnico del cuidado, sin embargo, subyacen la fragilidad, la vulnerabilidad y las emociones de la persona cuidada. La persona enferma se siente siempre desnuda y desnudada. El filósofo y teólogo Francesc Torralba (1998), lo expresa así: “la persona doliente se descubre ante el mundo, se manifiesta en su más completa desnudez. En la enfermedad no hay representación alguna, pues en el dolor no hay lugar para el disimulo ni la comedia. La persona enferma se muestra desnuda, completamente transparente en el mundo” (Torralba, 1998, p.340). Así es. En la vida corriente utilizamos máscaras que nos permiten mostrar nuestro cuerpo de la forma más deseable (Goffman, 2001); por ejemplo, mediante el maquillaje, la indumentaria o incluso ocultándonos de los demás si fuera necesario. Sin embargo, el paciente no dispone de máscaras para ocultar o maquillar su cuerpo enfermo y tiene que mostrarse tal como está ante sus cuidadores; éstos disponen de un acceso directo a lo más íntimo de la persona cuidada. Consideremos que en un hospital no hay nada menos íntimo que la habitación del paciente; por allí entra todo el mundo y, a menudo, sin molestarse en llamar a la puerta.

La acción enfermera en los cuidados corporales requiere garantizar el derecho del paciente a su intimidad. Ha constituido una preocupación constante en el quehacer de las enfermeras ya que esta actividad considerada, de forma superficial, como sencilla, no lo es tanto en realidad, porque prestar cuidados estrechamente relacionados con el cuerpo exige, no sólo la posesión de conocimientos y habilidades técnicas, sino también valores éticos. Lamentablemente, los cuidados corporales, al igual cualquier otra actividad cuidadora que no esté acompañada de la tecnología, están desvalorizados, hasta tal punto que las enfermeras las

consideran actividades delegables. Veán, a modo de ejemplo, lo que me escribía una alumna en prácticas a través del diario reflexivo²⁴: “Hola Manuel, hoy he tenido un día agotador: he hecho camas, he aseado y levantado a pacientes, he hablado con la familia destrozada de un niño fallecido... ¡uf, cuánto trabajo!... ¡desgraciadamente no he podido en toda la mañana hacer nada de Enfermería!”. Les gusta cuidar, pero no le dan importancia. Naturalmente esto es el reflejo de la imagen social de la profesión, ligada a una medicina reparadora y mecanicista fascinada por la tecnología. ¿Por qué a los profesores nos cuesta tanto transmitir a los estudiantes el valor del cuidado? ¿En qué fallamos? ¿Quizás sea porque no nos lo creemos?

3.-El contexto hospitalario y la naturaleza de la biomedicina

Detengámonos un momento en examinar la naturaleza de la biomedicina y sus consecuencias en el contexto hospitalario.

La enfermedad y la hospitalización son momentos trascendentes marcados por la fragilidad física, psíquica y social de las personas y por la presencia de un entorno extraño que obliga al paciente a realizar un importante esfuerzo de adaptación. Es el caso de las niñas y niños hospitalizados que tienen que adaptarse a los cambios obligados en la vida familiar y escolar.

Los nuevos conceptos de salud y enfermedad, definidos e impulsados desde las grandes instituciones sanitarias, persiguen el desarrollo del cuidado de la salud desde una perspectiva holística, que tenga en cuenta las dimensiones psicológicas, sociales y culturales de las personas. No obstante, en la práctica, aun predominan los enfoques biologicistas. El actual modelo de medicina es un obstáculo para desarrollar en el ámbito hospitalario un cuidado de carácter holístico que tenga en cuenta las necesidades señaladas. La medicina dominante en Occidente desde la Ilustración se caracteriza por asumir la distinción cartesiana entre cuerpo y mente, y por su comprensión de las enfermedades en tanto que entidades definidas, producidas por causas únicas. Enfatiza este modelo en el carácter biológico de las enfermedades, relega a un segundo plano la perspectiva psicológica, dejando fuera de su análisis los factores socioculturales. La biomedicina establece una relación

²⁴ Los diarios reflexivos son instrumentos para facilitar que el estudiante recoja sus reflexiones sobre su propio proceso de aprendizaje. En el caso mencionado servía también para facilitar la comunicación del estudiante con el profesor durante el periodo de prácticas.

entre saber y poder, como señala el antropólogo argentino Eduardo Menéndez (2002). Así, el que sabe, generalmente el médico o cuerpo médico, es el que tiene el poder, mientras que el enfermo se reduce a un objeto pasivo del tratamiento. Es reduccionista, porque minusvalora los conocimientos externos a la medicina, y es jerárquico, tanto en su relación con las demás disciplinas que intervienen en el proceso sanitario como en relación a pacientes y familiares; promueve el conocimiento segmentado fruto del cual es la actual superespecialización médica; se centra en la curación en detrimento de la prevención concibiendo el hospital como un taller de reparación que absorbe la mayor parte de los recursos: es lo que se denomina “hospitalocentrismo”.

La biomedicina está estrechamente vinculada al uso de tecnologías, cada vez más sofisticadas que, más allá de los incuestionables logros en la detección y tratamiento de las enfermedades, están en la base de una cierta deshumanización y despersonalización en la asistencia hospitalaria, como recogen los estudios de percepción de pacientes y usuarios. Este modelo, a pesar de que conserva, de forma global, un gran prestigio social, está siendo cuestionado actualmente por amplios sectores científicos, profesionales y sociales. Entre las críticas más señaladas cabe destacar las siguientes (Illich, 1976; Menéndez, 2002): iatrogenia, medicalización y dependencia, mercantilismo, jerarquización en detrimento de otros grupos profesionales, falta de intimidad, etc.

Un ejemplo de la forma en que la biomedicina intenta subordinar los conocimientos de otras disciplinas lo tenemos en la Pedagogía Hospitalaria que, siguiendo a Monsalve (2020), es una reunión enriquecedora de lo pedagógico y lo terapéutico cuyo fruto es mejorar la humanización asistencial:

[...] En este sentido, y dándole a lo hospitalario una dimensión aún más profunda, este término quiere denotar hoy, al vincularse a lo educacional, “el desarrollo de una pedagogía de la hospitalidad, una pedagogía para el encuentro, para la humanización de los centros de salud, aun cuando ciertamente, la nota constante sigue siendo esta realidad dolorosa signada por la enfermedad y sus consecuencias (Monsalve, 2020, p.363).

No obstante, como señala la citada autora, esta convergencia disciplinar no está exenta de conflicto debido al poder hegemónico de la Medicina en relación a las otras disciplinas, lo que provoca en el caso de la Pedagogía Hospitalaria una invisibilidad externa:

[...] La Pedagogía Hospitalaria posee un conocimiento el cual debe considerarse como latente, es decir, poco evidente en muchas ocasiones, lo

que trae como consecuencia que todo el potencial heurístico en los múltiples saberes que encierra y que se tensionan dentro de las geografías disciplinares que intercepta, de algún modo se tergiversen, no se comprendan y difundan —y en ocasiones se invaliden desde esas mismas disciplinas convergentes... El coeficiente de poder que posee la Medicina impide, en la mayoría de los casos, desvelar y manifestar estas aportaciones, las cuales sí constituirían saberes propios de la Pedagogía Hospitalaria, pues en su práctica está generando conocimientos que desbordan el alcance mismo de lo pedagógico y sus implicaciones —visto desde los enfoques tradicionales— así como los conceptos de medicina y salud (Monsalve, 2020, p.367).

El potencial de las diferentes disciplinas que confluyen en el ámbito sanitario queda mermado por esta voluntad hegemónica del poder biomédico.

4.-Necesidad de un nuevo paradigma que armonice tecnología y humanización

La fascinación por la tecnología está muy anclada, no sólo en la medicina, sino en el conjunto de la sociedad. Además, viene de lejos. Hace tiempo algunos soñaron que en el futuro las máquinas sustituirían a las personas como en el famoso libro futurista *Un mundo feliz* de Aldous Huxley (1969), escrita en 1932, en plena era industrial, donde imaginaba que los niños y los ancianos podrían ser cuidados como en las cadenas de montajes o en los túneles de lavado de automóviles. Pero aquello era una ficción imposible. El cuidado necesita tiempo, demora, atención, cercanía, afecto, emoción, particularidad, artesanía e incluso arte y eso no lo proporcionan las máquinas. La realidad es que si eso llegase a ocurrir no sería un mundo feliz, sino “un mundo infeliz”.

Pero, hoy, con el desarrollo de las nuevas biotecnologías y de la Inteligencia Artificial, en prensa y en estudios serios hay quienes retoman esa posibilidad. Por ejemplo, Joseph Coughlin (2017), en su libro *The Longevity Economy* argumenta que la solución a los problemas de soledad y dependencia de mayores y crónicos es fácil: fabricar robot cuidadores. Dice que darán compañía y conversación y ¡hasta podremos tomarnos una cerveza con él! Pero yo me planteo: un cuidado privado de su esencia que es el humanismo ¿Qué clase de cuidado sería?

Albert Jovell (2008), un médico español fallecido hace unos años después de luchar heroicamente contra el cáncer, cuestionando el que ahora las enfermedades se vean más en reuniones y a través de ordenadores, dijo dirigiéndose a las enfermeras: “Vosotras tenéis una virtud que los médicos estamos perdiendo, podéis tocar a los

pacientes” (Jovell, 2008, p.54). Así es en efecto. Las enfermeras, aunque utilicen las más modernas tecnologías no pueden olvidar que su más preciada herramienta son sus manos. Con ellas apoyan, reconfortan, dan seguridad y transmiten afecto. En definitiva, la tecnología debe ser subsidiaria al cuidado y no al revés.

Una de las preguntas que yo solía hacer a quienes querían iniciar los estudios de enfermería era la siguiente: “¿por qué quieres ser enfermera?”. Las respuestas más habituales eran: “porque quiero trabajar en una uvi, porque quiero trabajar en un quirófano, en una ambulancia, etc.”; y yo les decía “¿y trabajar con ancianos?” “ah, pues ni se me había ocurrido”. La mayoría de ellos y de ellas venían con lo que yo llamo el síndrome de House, por analogía con la famosa serie de televisión americana cuyo personaje principal actuaba con la arrogancia del científico que se cree infalible: ¡querían acción, querían ver sangre! Cuando iban a las salas de simulación, nada les hacía más ilusión que se les permitiera ir con la bata blanca a cafetería y si además se les dejaba ir con el fonendoscopio colgado ya era el éxtasis. Naturalmente esto es el reflejo de la imagen social de la profesión, ligada a una medicina reparadora y mecanicista fascinada por la tecnología.

Hace unos años leí un reportaje de prensa titulado “El paciente se vuelve impaciente”²⁵; estaba basado en diferentes estudios internacionales que mostraban un cambio en la actitud de los pacientes; una cierta insatisfacción manifestada de diferentes formas. Aquel perfil de paciente tradicional que daba todo por bueno: “si doctor, lo que usted diga doctor” estaba dando paso a otro perfil de paciente más complejo, más informado, más activo, pero también más exigente que cuando le digan lo que le piensan hacer preguntará: ¿y por qué? ¿Y de qué forma lo van a hacer? o ¿No hay otras alternativas? Me interesé a esta problemática y en cada curso la planteaba a los estudiantes, no para alarmarlos, sino para que fuesen concedores de lo que estaba pasando en la relación profesional/paciente.

Fundamentalmente, lo que estaba pasando, era el cambio en el tipo de sociedad. La sociedad tradicional que basaba su estabilidad en la asignación jerárquica de roles ha dado paso a una sociedad inestable, incierta, compleja, líquida, caótica, competitiva, conflictiva. Así la analizan diferentes autores como Popper (1994), Morín (2003) o Bauman (2004). En este contexto la relación profesional/paciente se hace más compleja.

²⁵ Milagros Pérez Oliva. El País (5 de julio de 2005). Recuperado de: https://elpais.com/diario/2005/07/05/salud/1120514401_850215.html

Escuché hace unos años al gran sociólogo y pensador Zygmunt Bauman, pronunciar una conferencia e ilustrar el significado de su concepto de sociedad líquida. Encima de la mesa había un vaso con agua y dijo: Ven ustedes, el contenido de este vaso podría ser sólido, por ejemplo, hielo. En ese caso sería algo tangible, aprehensible, seguro: así era, dijo, la sociedad tradicional. Pero se trata de agua y vean ustedes que, al mover el vaso, el líquido cambia de forma y si lo vierto sobre la mesa se extenderá creando una fina película incontrolable, el líquido se hace inaprehensible, escurridizo, movedizo: así es la actual sociedad postmoderna, desbordada, inaprehensible, sin anclaje, sin certezas y tenemos que aprender a vivir en ella: tiene más riesgos, pero también más oportunidades.

Estos nuevos tiempos de modernidad y globalización han traído nuevos estilos de vida y nuevos problemas de salud: un aumento de la cronicidad y la dependencia, estrés, depresión, soledad, trastornos alimentarios y todo tipo de adicciones; a las adicciones tradicionales se han añadido otras nuevas basadas, no en sustancias, sino en conductas compulsivas. Los estudios de percepción de salud (por ejemplo, la última Encuesta Europea de Salud. España, 2014-2017)²⁶ evidencian que hoy los principales problemas de salud de la población tienen una etiología sociocultural.

Este escenario nos lleva a las siguientes preguntas: ¿Cómo están afrontando estos cambios los profesionales de la salud? ...diríamos que con dificultad. ¿Qué hacer? La respuesta sería: ¡ante los cambios, hay que cambiar!

5.-Cambios sociales versus cambios profesionales: a modo de propuestas finales

Una vez planteados los dilemas y contingencias asociados al proceso de hospitalización, pasamos en éste último tramo del análisis, a exponer algunas propuestas que sirvan, no como respuestas definitivas, sino, sencillamente, como ideas para avanzar en el necesario debate.

5.1.-Utilizar el enfoque antropológico y la mirada cercana al paciente

La perspectiva antropológica consiste, siguiendo a la enfermera y antropóloga francesa Marie Françoise Collière (2001), en tener en cuenta al paciente partiendo

²⁶ Encuesta Europea de Salud. España, 2014-2017). Recuperado de: <https://www.ine.es/prensa/np937.pdf>

de su proceso de enfermedad y relacionarlo con su edad, género y contexto particular, es decir, con su situación social y cultural, lo cual requiere una cercanía a la persona cuidada para poder aprehender los lazos de significación. Para Collière la aproximación antropológica es “un reencuentro con las personas. Parte de ellas, de lo que ellas son, tal como se expresan. Obliga a distanciarse de lo que sabe a priori. Se trata de captar en el desorden lo que es el orden del otro. Se trata de captar aquello a lo que la persona que requiere cuidados le concede importancia” (Collière, 2001, p.153). Un enfoque antropológico del cuidado consiste en una aproximación global que sitúe al paciente en su contexto y permita conocer sus hábitos y costumbres de tal forma que los consejos e intervenciones que se realicen tengan por base ese conocimiento concreto.

En el cuidado de los pacientes la cercanía es un valor esencial. No se puede cuidar desde la frialdad de la distancia, porque cuidar es interrelacionarse con la persona cuidada. Evidentemente, se pueden aplicar tratamientos técnicos de igual forma que se aplican a los objetos inertes, pero el cuidado es otra cosa. Superar la lejanía no es sólo un aspecto físico, sino que conlleva una actitud de carácter ético:

[...] La superación de la lejanía espacial y de la distancia ética es fundamental en la acción de cuidar. No se puede cuidar de alguien desde la lejanía. Para cuidar de una persona enferma, de una persona anciana es preciso acercarse a ella, superar la lejanía, pero también y la distancia no es un concepto de tipo físico, sino de carácter ético (Torralba, 1998, p.342).

La cercanía es la que hace ver al individuo como es realmente y no virtualmente. De lejos vemos perfiles difusos que no pueden ser otros que aquellos que la cultura nos ha transmitido; vemos con gafas prestadas, que no están bien enfocadas. De cerca, sin embargo, vemos bien y podemos apreciar los valores reales de las personas y tolerar sus defectos, los que realmente tiene y nos los convencionalmente asignados. La mirada cercana ayuda a establecer con el paciente una Relación de Ayuda Terapéutica, proceso mediante el cual una persona ayuda a otra a solucionar problemas desde la dirección de la persona ayudada. Significa abandonar la mirada vertical del experto hacia el profano basada en la jerarquía y el paternalismo y pasar a una mirada horizontal que sitúe al paciente como un adulto que también tiene conocimientos.

5.2.-Superar las barreras disciplinares y corporativas

Se hace necesario un esfuerzo para derribar las barreras disciplinares y avanzar en la necesaria interdisciplinariedad que incluye no sólo a los colectivos convencionales como médicos, enfermeras, dietistas, psicólogos, fisioterapeutas, etc., sino también a todos aquellos perfiles que de una forma u otra intervienen en el proceso salud/enfermedad. Aquí es fundamental integrar la perspectiva del maestro hospitalario.

5.3.-Educar en la diversidad

En estos tiempos complejos y de grandes cambios se hace necesaria una educación basada en la tolerancia y en el respeto a la diversidad. Estos valores deben atravesar todas las materias dirigidas a la formación de las profesiones sanitarias, sean de grado, postgrado o doctorado, así como en la formación continua de carácter clínico-profesional. Me gustaría en este punto traer a colación la obra de Edgar Morin (2001), *Los siete saberes fundamentales para la educación del futuro*. Sus reflexiones sobre el tipo de educación que necesitamos en estos tiempos de complejidad e incertidumbre son de gran actualidad. Estos son los siete conocimientos necesarios planteados por Morin: 1) Las cegueras del conocimiento: el error y la ilusión; 2) Los principios de un conocimiento pertinente; 3) Enseñar la condición humana; 4) Enseñar la identidad terrenal; 5) Afrontar las incertidumbres; 6) Enseñar a comprender; 7) La ética del ser humano.

Cada uno de ellos nos aporta luz sobre asuntos esenciales. El primero nos alerta sobre la necesidad conocer qué es conocer, es decir, de dónde procede el conocimiento, lo que llamamos epistemología. El segundo, nos sitúa sobre los riesgos del conocimiento fragmentado, algo sumamente importante en un modelo sanitario superespecializado, donde cuanto más se conoce de lo particular o específico, más se ignora lo general o global. El tercero, advierte del riesgo de una educación establecida en base a disciplinas donde se ignora el significado del ser humano. La condición humana debería ser el objeto esencial de cualquier enseñanza. El cuarto, llama a comprender el carácter planetario del ser humano; en la era de la globalización es fundamental entender que todos los seres humanos estamos enfrentados a los mismos problemas de vida y de muerte ya que viven en una única comunidad de destino. El quinto, plantea la necesidad de enseñar estrategias que permitan afrontar los riesgos, lo inesperado y lo incierto, tan propio de las actuales sociedades abiertas y complejas. El sexto, nos sitúa ante una

carencia de nuestras enseñanzas: la educación para comprender. Comprender al “otro” es vital para las relaciones humanas. Estudiar la incompreensión desde sus raíces, modalidades y efectos nos ayudaría a conocer no sólo las causas de la intolerancia, el racismo y el rechazo, sino también sus causas. Es una apuesta por la educación de la paz. El séptimo, nos orienta hacia una “antropología” basada en el carácter ternario del ser humano que es individuo-sociedad-especie. Cada uno de nosotros lleva consigo esa triple realidad. Nos invita a concebir la Humanidad como una comunidad planetaria. La educación debe contribuir a tomar conciencia de la Tierra-Patria y de la voluntad de avanzar hacia una ciudadanía terrenal. La siguiente frase resume bien el pensamiento de Morín:

[...] La educación del futuro debe ser una enseñanza fundamental y universal centrada en la condición humana. Estamos en la era planetaria y los seres humanos, dondequiera que estén, están embarcados en una aventura común. Es preciso que se reconozcan en su humanidad común y, al mismo tiempo, reconozcan la diversidad cultural inherente a todo lo humano (Morín, 2001, p.57).

Creo que estas reflexiones de Morin (2001), dan en el clavo sobre hacia donde orientar la formación y la enseñanza. Aunque son numerosos los desafíos a los que la humanidad tendrá que hacer frente a lo largo de este siglo, quizás el más importante sea el de aprender a vivir en la diferencia, lo cual implica superar el pensamiento moderno, basado en la creencia de una jerarquía de las culturas, donde la occidental se sitúa en la cima.

El tipo de educación que necesitamos no requiere la formación de especialistas en diversidad cultural, sino una formación donde la tolerancia y el respeto a la diversidad estén en el centro de todas las materias. En este sentido, el papel del profesor debe considerarse como el de la persona que dialoga, dirige, guía, acompaña y apoya al estudiante. Una educación basada en la horizontalidad, para captar los conocimientos tanto de profesores, como de estudiantes; que priorice los aspectos humanos sobre los técnicos y la cooperación por encima de la competición.

6.-Promover la ética del cuidado para tender un puente entre la ciencia y las humanidades

Aunque hemos apostado por el mantenimiento de la cercanía al paciente como valor central del cuidado, es necesario reconocer, no obstante, la necesidad de

garantizar el funcionamiento de la institución hospitalaria, lo que obliga al mantenimiento de determinadas normas y reglas. Se trata, entonces, de establecer una relación terapéutica basada en el equilibrio entre la Ética del Cuidado y la Ética de la Justicia. Tal como propone Carol Gilligan (Benhabib, 1990) ambas éticas son compatibles.

Van Rensselaer Potter (1971), con su libro *Bioethics bridge to the future*, pretendía unir el campo de la ética y el de la biología, o lo que es igual, el necesario diálogo cultural entre la ciencia y las humanidades, con la intención de dar respuesta a lamentables acontecimientos históricos donde la práctica médica había abandonado su deontología para colaborar en experiencias inhumanas.

La apuesta por la excelencia es el principal lema de una profesión; y esa excelencia viene normalmente definida por la adquisición de unos conocimientos científicos y técnicos apropiados para cumplir los objetivos profesionales. Sin embargo, siendo éste el primer deber moral del profesional, no debe ser el único. Así lo afirma la filósofa española Victoria Camps (2007), para quien la responsabilidad profesional exige algo más, sobre todo en las profesiones sanitarias. Para Camps el cuidado “se encuentra entre los valores más potenciados en el ámbito de las virtudes en general y, especialmente, de las propias de las profesiones sanitarias” (Camps, 2007). Considera la citada autora que, para conseguir la excelencia, los profesionales sanitarios tendrían que adquirir las siguientes virtudes: benevolencia, respeto, cuidado, sinceridad, amabilidad, justicia, compasión, integridad, olvido de uno mismo y prudencia: “Ni las leyes ni las normas de los códigos deontológicos son operativas cuando falta la voluntad del sujeto de recoger el auténtico espíritu de los mismos y aplicarlos adecuadamente en cada caso” (Camps, 2007).

Es una invitación a profundizar en la ética del cuidado. Lo que significa, entre otras cosas, reconocer los errores y aprender a decir: “perdón, lo siento, me equivoqué”. Los errores son humanos, todo el mundo los comete, pero ocultarlos forma parte de la mala praxis. Debemos ejercer con humildad y desmarcarnos de la arrogancia que caracteriza al científico que mira por encima del hombro a los demás. El pensamiento científico debe ir impregnado de la virtud de la humildad y de la sencillez, sabedor de que es infinitamente más grande lo que se desconoce, que lo que se conoce. Es necesario desmarcarse de las prácticas deshonestas basadas en el mercantilismo y la búsqueda de prebendas. Prevenirse ante las

intenciones de determinados sectores que buscan la complicidad del profesional para “el negocio de la salud”. También es necesario combatir los abusos del modelo biomédico. Por ejemplo, cuestionando prácticas como el encarnizamiento terapéutico o la excesiva medicalización. Más allá de la necesaria amabilidad y buen trato hacia el paciente, se requiere en circunstancias de vulnerabilidad y de dolor una actitud compasiva por parte de la enfermera; compasión debe entenderse como “con-pasión”, es decir, lo contrario de indiferencia. Y, finalmente, favorecer el desarrollo de la interdisciplinariedad. Abandonar las tendencias endogámicas y potenciar el trabajo en equipo. Sin complejos hacia unos colectivos y sin arrogancia hacia otros: trabajar en pie de igualdad porque nadie es más que nadie.

6.1.-Pasar del modelo monológico al modelo dialógico

La relación profesional/paciente en el actual modelo sanitario se enmarca en una comunicación vertical de carácter unidireccional, del experto al profano fundada en una representación pasiva y paternalista del paciente: todo por el paciente, pero sin el paciente. Siguiendo al antropólogo italiano Paolo Bartoli (1989), al paciente se le considera como un recipiente que o bien está vacío de conocimientos que el profesional debe rellenar o bien está lleno de prejuicios e ignorancia que los profesionales deben erradicar. De ahí la poca importancia que se presta a su relato: sus síntomas sólo interesan cuando son susceptibles de ser transformados en signos: hable, respire, tosa, le duele, no le duele, etc.

Así hay estudios que señalan que cuando un médico pide al paciente que cuente lo que le pasa lo interrumpe a los 15 segundos: ¡vale, vale, ya está! Por eso en la cultura profesional se valora más la capacidad de hablar que la de escuchar. Vean cuantos cursos hay para aprender a hablar y qué pocos hay para aprender a escuchar. Pasar del modelo monológico al modelo dialógico significa establecer una alianza con el paciente, basada en un intercambio de saberes, en beneficio de todos.

7.-Conclusiones. Visibilizar la pedagogía hospitalaria

La Pedagogía Hospitalaria es una nueva forma de entender lo pedagógico y lo terapéutico protagonizado por el encuentro entre diferentes ramas disciplinares en el terreno común de la hospitalización y del cual resulta un enriquecimiento de

dichos campos del conocimiento y, también una mejora de la humanización asistencial. En este sentido, y dándole a lo hospitalario una dimensión aún más profunda, este término quiere denotar, según apunta Monsalve (2020), “el desarrollo de una pedagogía de la hospitalidad, una pedagogía para el encuentro, para la humanización de los centros de salud, aun cuando ciertamente, la nota constante sigue siendo esta realidad dolorosa signada por la enfermedad y sus consecuencias” (p.370). No, obstante, siguiendo a esta autora, el poder médico hegemónico impone una relación de poder con las otras disciplinas, lo que, a su vez, se traduce en una invisibilidad externa de la Pedagogía Hospitalaria.

Sin embargo, es esencial reconocer la labor del maestro hospitalario como parte integral del proceso asistencial. He tenido recientemente la oportunidad de conocer de cerca la actividad de un Colegio integrado en un hospital. Se trata del Colegio del Hospital Infantil Niño Jesús de Madrid. Allí la interdisciplinariedad lo tienen claro. Los maestros trabajan codo con codo con médicos y enfermeras considerando que el maestro hace un trabajo de continuidad en el proceso clínico. Me dice el director del colegio Miguel Pérez: “Hemos conseguido que haya reuniones semanales con médicos y enfermeras para que no sólo sea importante la visión del clínico o del enfermero, sino que todas las visiones del chico o la chica se recojan...trabajamos todos en plan piña, de forma interdisciplinar...a lo bestia”. Esta experiencia tan positiva quizá sea debida a la característica de este hospital como un centro hospitalario exclusivamente infantil, donde hay una gran toma de conciencia sobre la importancia del trabajo en equipo, incluyendo en él también a los familiares de los niños y niñas hospitalizados. Seguramente, tal como el propio director señala, en los centros hospitalarios de carácter general esta integración sea más difícil de conseguir. Sin embargo, es un beneficio evidente. Un documental televisivo²⁷ recoge diferentes testimonios de la experiencia positiva de este Colegio hospitalario; citaré a continuación algunos de ellos. Una supervisora del citado hospital refiere: “Cuando los niños están en el Colegio experimentan menos dolor, piden menos calmantes, están menos irritables, les sientan mejor los tratamientos complejos como la quimioterapia...están siguiendo la quimioterapia y al mismo tiempo están en el colegio con clases igual de duras que haya considerado el

²⁷ RTVE (2020). “De seda y hierro”. Documental dirigido por María García Gómez-Recuerdo. Recuperado de: <https://www.rtve.es/m/alicarta/videos/de-seda-y-hierro/seda-hiero-dar-salto/5693902/>

profesor...si tenemos que adelantar el tratamiento para que no pierdan sus horas de clase, se lo adelantamos...no pueden perder el tiempo". En este hospital han sabido unir los dos planos, el pedagógico y el clínico: ambos forman parte del tratamiento. Los familiares y pacientes también lo reconocen. Un niño hospitalizado decía: "Yo creo que sin Miguel no habría sido posible mejorar tanto en tan poco tiempo". Y sus padres "Cuando a Lucas le dio el ictus lo primero que dijo el médico de la ambulancia, que tenía daño cerebral...al llegar al hospital y encontrar una persona con esa sonrisa, con esa disposición...para nosotros fue fundamental". Se referían a Miguel, su maestro hospitalario.

Las enfermeras tienen una situación privilegiada para convertirse en "mediadoras/tradectoras" entre el paciente y el proceso institucional hospitalario. Debido a la pretensión holística de la Enfermería, ellas son las especialistas de ser humano "biopsicosocial" y se encuentran en el *carrefour* de las distintas disciplinas que confluyen en el espacio hospitalario y pueden servir, por tanto, de puente entre ellas. En este sentido pueden favorecer la actividad de los maestros hospitalarios y contribuir a integrar dichas actividades en los objetivos generales del proceso hospitalario.

Agradecimientos

Debo mostrar mi agradecimiento, en primer lugar, a Clargina Monsalve Labrador y Aldo Ocampo González, investigadora y director, respectivamente, del Centro de Estudios Latinoamericanos de Educación inclusiva (CELEI) de Chile, quienes, al invitarme a participar en el mencionado Workshop Internacional "Tendencias sobre Investigación en Pedagogía Hospitalaria", me abrieron las puertas del para mí desconocido mundo de la Pedagogía Hospitalaria. También quiero dar las gracias a Miguel Pérez González director del Colegio Hospital Niño Jesús de Madrid por todas las informaciones imprescindibles que me ha facilitado sobre la actividad de los maestros hospitalarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bartoli, P. (1989). Antropología en la educación sanitaria. *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, 7, 17-24.
- Bauman, Z. (2004). *Modernidad líquida*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Benhabib, S. (1990). "El otro generalizado y el otro concreto: la controversia Kohlberg-Gilligan y la teoría feminista"; en: Benhabib, S. & Cornell, D. (Eds.), *Teoría feminista y crítica* (pp.119-149). Valencia: Ed. Alfons el Magnánim, Generalitat Valenciana.
- Camps, V. (2007). La excelencia de las profesiones sanitarias. *Humanitas. Humanidades médicas*, 21, 1-13.
- Cavalcante, T. & Sadi, P. (2017). Los conceptos de vulnerabilidad humana y la Integridad individual para la bioética. *Rev. Bioét*, 25 (2), 311-9.
- Collière, M.F. (2001). *Soigner...Le premier art de la vie*. Paris: Masson.
- Coughlin, J. (2017). *The Longevity Economy*. New York: Public Affairs.
- Goffman, E. (2001). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Huxley, A. (1969). *Un mundo feliz*. Barcelona: Plaza&Janes Editores.
- Illich, I. (1976). *Némesis médica. La expropiación de la salud*: Cuernavaca: Barral.
- Jovell, A. (2008). *Cáncer. Biografía de una supervivencia*. Barcelona: Planeta.
- Menéndez, E. (2002). *La parte negada de la cultura*. Barcelona: Bellaterra.
- Monsalve, C. (2020). (Re)pensar la pedagogía hospitalaria desde sus fundamentos epistemológicos. *REVISTA INTERSABERES*, 15(35), 342-362.
- Moreno, M. (2018). *Enfermería cultural. Una mirada antropológica del cuidado*. Madrid: Garceta.
- Morin, E. (2003). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.
- Morin, E. (2001). *Los siete saberes fundamentales para la educación del futuro*. Barcelona: Paídos.
- Popper, K. R. (1994). *La sociedad abierta y sus enemigos*. Barcelona: Paidós.
- Potter, V.R. (1971). *Bioethics bridge to the future*. New York: Prentice-Hall.
- Torralba, F. (1998). *Antropología del cuidar*. Madrid: Fundación Mapfre.

CAPÍTULO VII

POROSIDADES Y TENSIONES ENTRE LA PSICOPEDAGOGÍA CLÍNICA Y LA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA

Silvia Schlemenson

Universidad de Buenos Aires, Argentina

Débora Grunberg

Universidad de Buenos Aires, Argentina

1.-Introducción

La pedagogía hospitalaria puede ser definida como una rama diferencial de la pedagogía que se encarga de la educación del niño/a enfermo y hospitalizado/a de manera que no se retrase en su desarrollo personal ni en sus aprendizajes, a la vez que procura atender a las necesidades psicológicas y sociales generadas como consecuencia de la hospitalización que dicho niño/a o adolescente padece. Puede ser entendida entonces, como una intersección entre la pedagogía y la salud, a cargo de la educación del niño/a enfermo, aislado y/o hospitalizado, de modo que no pierda el derecho a su inclusión ciudadana, expresado en el respeto a los procesos educativos de los niños/as durante la infancia y la adolescencia. Se trataría entonces de ampliar las condiciones necesarias para que un niño/a o adolescente hospitalizado o en situación de aislamiento pueda mantener activo su deseo de participación escolar y social como uno de los nutrientes necesarios en su desarrollo.

La situación de aislamiento que atraviesa un sujeto cuando requiere de intervenciones médicas que lo aíslan, depende humanamente de la apertura y la hospitalidad de quienes lo reciben a cargo de abrir desde la pedagogía

hospitalaria, un campo potencialmente fructífero o amenazadoramente restrictivo de relación con el niño/a internado.

Si bien el ámbito descrito por este tipo de pedagogía se circunscribe al hospital, no siempre el aislamiento necesario se concreta en ese espacio, sino que puede hacerse extensivo a toda indicación que requiera de una normatividad estricta en relación a los contactos sociales. En cualquiera de estas situaciones, se tratará de resguardar condiciones multidisciplinarias que preserven la supervivencia de manera integral e inclusiva, de los aspectos biológicos, pedagógicos, psíquicos y subjetivantes.

La pedagogía, en este caso, incorpora al aislamiento médico, elementos de hospitalidad que promuevan proyectos de superación de las limitaciones impuestas por la medicina. Comprendida de este modo, la pedagogía hospitalaria constituye un ámbito educativo, referido a una práctica pedagógica que se despliega en espacios que mantienen como eje el aislamiento y la renuncia a la peculiaridad del proceso de enseñanza en una institución dedicada al aprendizaje. Para que esto se concrete, la situación de *encuentro* educativo pasa a ser solidaria con las estrategias médicas en un tiempo estable de relaciones confiables.

La pedagogía hospitalaria coordina con el equipo multidisciplinar *la hospitalidad* (Derrida, 1997) que despliega, en un campo de tensión entre la medicina, la productividad psíquica, la circulación del afecto y el campo social en el cual enraiza.

La dinámica de la relación entre los distintos miembros del equipo multidisciplinar, enriquecido por la calidad de las relaciones hospitalarias que promueve, motiva un proceso de reflexión crítica permanente de estrategias que integran aspectos humanitarios a la asistencia de los pacientes.

El posicionamiento reflexivo, crítico y humanitario de parte del conjunto del equipo multidisciplinar, refiere a una actitud de *hospitalidad* inclusiva, co-participada y permanente para cada uno de los pacientes, en cada momento de análisis de sus necesidades y prioridades asistenciales.

El concepto de *hospitalidad* remite a las elaboraciones de Jacques Derrida (1997), quien la propone como condición de recepción del extranjero en su incorporación a los poderes centrales, mediante intercambios dialógicos insoslayables. En este

libro, Derrida alude al diálogo como instrumento de transicionalidad inclusiva, que genera puentes entre la lengua de origen y aquella que habla el poder central (médico).

Durante la internación, el médico es quien sustenta el poder central, siendo el pedagogo hospitalario quien construye la hospitalidad necesaria para que dicho entramado dialógico pueda concretarse. Se hace necesario entonces, transitar lenguajes dialógicos complejos, de cierre y apertura interdisciplinarios que ponen de realce las necesidades de un tipo de intervención médica que permita preservar pedagógica, social y subjetivamente al niño/a aislado.

La pedagogía hospitalaria concreta una potencialidad de síntesis de cruces interdisciplinarios, que incorpora al aislamiento y/o hospitalización, formas y modos de intervención que enriquecen humanamente la participación activa del extranjero (el niño/a o sujeto hospitalizado), en el proceso de asistencia a las necesidades biológicas, (poder imperante) desde ámbitos que incluyen una "invitación, acogida, asilo, albergue, que pasan por la lengua" (Derrida, 1997, p.133).

La pedagogía hospitalaria, entonces, constituye una práctica multidisciplinaria ordenada por diferentes cuerpos interdisciplinarios que abre espacios, genera tensiones y marca territorios cuyas fronteras son porosas y entran en relaciones parciales que modifican los ejes centrales de dicha práctica alrededor de las estrategias médicas necesarias. Se delimita de este modo, un espacio dialógico y recursivo de entramados interdisciplinarios que situándose fuera de la escuela tiene como principal referente al espacio escolar y la sociedad, como el ámbito necesario para que el proceso de subjetivación se despliegue aún en situación de aislamiento. Si bien su modalidad de intervención es singular, se ordena alrededor de las necesidades biológicas e incluye el *aprendizaje*²⁸ de manera compleja.

Como todo fenómeno complejo (Morin, 2000) la pedagogía hospitalaria pone en tensión, recurrencia e intercambios dialógicos, a conceptualizaciones abiertas a

²⁸ Entendemos al aprendizaje (Schlemenson, 2004) desde una perspectiva psíquica, como un proceso dinámico que activa el deseo de investimento de objetos sociales, homologable a la actividad representativa y simbolizante, que se articula y enriquece por sentidos histórico-libidinales que lo direccionalizan.

transformaciones y enriquecimientos interdependientes. Sus aportes pueden considerarse transdisciplinarios, porque toman sus conceptualizaciones desde una síntesis incidente en cada una de las disciplinas con las cuales intenta indagar y generar nuevos saberes. Para que dicha complejidad se concrete, se requiere de un equipo multidisciplinario de intercambio dialógico entre los diferentes profesionales.

Los intercambios dialógicos multidisciplinarios, admiten el realce de la singularidad y la diferencia, y permiten focalizar en la confluencia hologramática de aspectos biológicos, psíquicos, pedagógicos y culturales, que encuentran en la pedagogía hospitalaria, una oportunidad de co-participación teórica alrededor del padecimiento que atraviesa un sujeto en aislamiento.

El concepto de la multidisciplinariedad requerida, alude a una metodología de la pedagogía hospitalaria que coloca en proceso reflexivo crítico las distintas investigaciones interdisciplinarias participantes y se maneja de manera hologramática con la urgencia y riesgos que cada paciente atraviesa y requiere en cada una de las intervenciones médicas que se concretan.

En el momento de la toma de decisiones, se juegan de manera tensa, las diferentes disciplinas que participan de la investigación específica de la problemática de cada paciente, que es el elemento que permite definir realces y estrategias para incorporar ejes inclusivos a la calidad de su asistencia. Se trata entonces, de una práctica que mantiene una relación dialéctica interdisciplinaria de controversias múltiples (entre diferentes interpretaciones de un mismo fenómeno desde la medicina, la pedagogía, la psicología, la clínica psicopedagógica y la educación) que dan paso a la toma de decisiones para asistir el aislamiento y la hospitalización de cada sujeto, en un abordaje integral, respetuoso, justo y digno hacia la persona que enfrenta una situación difícil.

El sistema complejo que caracteriza las intervenciones del equipo multidisciplinario; no se desarrolla de modo continuo y progresivo ni por saltos o discontinuidades, sino por *reorganizaciones sucesivas* que involucran procesos de estructuración y desestructuración (García, 2011, p.76) que admiten la contradicción y llevan a actualizar las estrategias de intervención.

En cada oportunidad, los requerimientos médicos son puestos en diálogo, reflexión y coordinación con los saberes psíquicos y pedagógicos que intervienen en la salud de cada uno de los pacientes. No se trata de mezclar todo con todo, sino de realzar en cada momento la singularidad, la diferencia y las necesidades pedagógicas y sociales de cada sujeto.

Una de las disciplinas que hace su aporte a la comprensión de los requerimientos psíquicos comprometidos en la situación de aislamiento en relación al aprendizaje, es la clínica psicopedagógica cuyo objeto de investigación se focaliza en la dinámica de la circulación del afecto en las diferentes modalidades que caracterizan el deseo de aprendizaje de un sujeto.

2.-Aspectos epistemológicos de la clínica psicopedagógica

Abonamos y acompañamos, las definiciones de Ocampo (2018), sobre los aportes de la clínica psicopedagógica a una lógica disciplinar inclusiva, en la cual la psicopedagogía se entrecruza con problemáticas, objetos y metodologías de otras disciplinas provocando y sosteniendo las tensiones que convergen en la teorización sobre la Inclusión, como un derecho ciudadano amparado por leyes incumplidas en la mayoría de los países del mundo.

Morin (1999), define a las disciplinas como categorías organizadoras dentro del conocimiento científico que tienden a la autonomía a partir de la construcción de sus propias fronteras; destaca la importancia del conocimiento especializado, coincide en la advertencia del riesgo de cierre de las disciplinas sobre sí y la consecuente “cosificación” de su objeto de estudio: “las migraciones de ideas, de concepciones, las simbiosis y transformaciones teóricas” son “un poderoso antídoto contra el enclaustramiento y la inmovilización de las disciplinas” (p.120). De allí la derivación del concepto de porosidad de fronteras.

Frigerio (2004), resalta la importancia de la actividad intelectual exploratoria que se habilita a transitar los espacios de extranjería disciplinar. Resulta necesario, desde esta perspectiva, construir diferentes capas o niveles de referencias, sin que sean excluyentes, al modo de un pensamiento hojaldrado (Frigerio et al, 2017).

En relación a los procesos de diferenciación disciplinar Najmanovich (2019), plantea que “nuestra cultura pretendió disolver las tensiones de la vida

imponiendo límites absolutos buscando garantías, anhelando definiciones prístinas y eternas, disciplinando el saber y estandarizando las prácticas” (p. 47).

Morin (1999), en cambio, sostenido en un pensamiento complejo, refiere que estamos atravesando una “revolución paradigmática” en la que surgen problemáticas que desde su planteo ya indican la imposibilidad de ser abordadas desde una única disciplina (interdisciplinariedad) y apunta a generar un nuevo abordaje superador de las disciplinas (transdisciplinariedad).

Los desarrollos de Morin (2000), expresados en la postulación del Paradigma de la Complejidad, nos orientan en un modo específico de lectura de la(s) realidad(es), que no pueden ser abordada(s) fragmentariamente, por la disociación que produciría con la complejidad de la trama. Compartimos entonces las siguientes conceptualizaciones referidas a la clínica psicopedagógica, entendiéndola como un territorio de sentidos o campo problemático (Najmanovich, 2019) que se configura en sus múltiples entramados dinámicos, reconocidos en su amplio y diverso interjuego dialógico de sentidos en tensión irresoluble.

La psicopedagogía clínica se nutre de la rigurosidad conceptual que aportan autores que se inscriben en el Psicoanálisis Contemporáneo, con la porosidad suficiente como para entablar diálogo con otras disciplinas.

Para referirnos especialmente a las incumbencias de la clínica psicopedagógica, haremos entonces lo que Najmanovich (2019), denomina “zoom” en una porción de la trama a focalizar. Y agrega: debemos considerar que somos parte de la red que pretendemos conocer y que el modo de nuestra interacción en y/con ella, es lo que hace emerger su interpretación y lectura de una manera específica alrededor de territorios entramados y compartidos.

Nos asumimos entonces como parte constitutiva de un campo de tensiones que desbordan a la Psicopedagogía Clínica, tanto como al resto de las disciplinas que también entran en juego en relaciones porosas y dinámicas con la clínica psicopedagógica en disponibilidad conceptual con diferentes marcos teóricos con los cuales se encuentra en tensión permanente.

El carácter interdisciplinar de la psicopedagogía clínica requiere estar disponibles a otros marcos conceptuales, e incluso a ser interpelada por otros y por la migración

de conceptos de otras disciplinas que transitan por nuestro territorio. Esto no significa perder la propia identidad disciplinar, sino, tal vez, modificar la manera de sostenerla, más bien a modo de memoria, de una trayectoria de legados cuidadosamente discutidos y seleccionados a la luz de una cadena de interrogantes compartidos entre quienes pensamos y ensayamos la clínica psicopedagógica (Grunberg & Maneffa, 2020) desde la cual, se tratará de “hacer lugar a la complejidad que supone abrirse a una actitud exploratoria” Najmanovich (2019).

A partir de la pregunta por las condiciones psíquicas para la simbolización, considerando tanto las transmisiones simbólicas, como los procesos subyacentes al deseo de investimento y/o desinvestimento de los objetos sociales, se sucedieron múltiples proyectos investigativos que focalizaron, y aún lo hacen, en aspectos psíquicos incidentes en la complejidad del proceso de aprendizaje durante la infancia y la adolescencia.

3.-La psicopedagogía clínica y su relación con la pedagogía hospitalaria: cruces investigativos

El grupo de investigación de la cátedra de Psicopedagogía Clínica de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, ha investigado de manera ininterrumpida desde 1986 hasta la fecha, los aspectos dinámicos que comprometen y restringen el aprendizaje en niños/as y adolescentes. En los treinta años de investigación, se alcanzaron algunos resultados que pueden resultar de interés para interpretar las restricciones afectivas que pueden incidir en cada uno de los niños/as o adolescentes hospitalizados.

Estas investigaciones integran el Programa de Investigación de la Cátedra Psicopedagogía Clínica de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, en el que se incluyen desde hace casi cuatro décadas, variados proyectos financiados por diferentes organismos de investigación (UBACyT, PICT, PDTs, Voluntariado) y Tesis de Maestrías y doctorados que indagan interrogantes acerca de la articulación de la subjetividad y el aprendizaje.

Actualmente se encuentran vigentes dos investigaciones:

*2018-2021: “Procesos subjetivos y simbólicos contemporáneos comprometidos en el aprendizaje escolar: nuevas conceptualizaciones e intervenciones” (UBACyT, 20020170100257BA). Directora: Dra. Patricia Álvarez

Este proyecto de investigación en curso se propone aportar conceptualizaciones sobre las relaciones entre los procesos psíquicos, las modalidades de producción simbólica y de aprendizaje en niños/as y adolescentes desde una perspectiva compleja, con la expectativa de conceptualizar acerca de las patologías de simbolización contemporáneas, detallando los procesos subjetivos y simbólicos en juego, para evitar la estigmatización y la homogeneización de las dificultades en el aprendizaje. A su vez, se espera proponer nuevas estrategias de intervención para la transformación de las dificultades subjetivas ligadas a la producción de conocimientos.

*2020-2021: “Problemas de aprendizaje: tratamiento de niñas y niños con problemáticas complejas” (UBACyT, 20720190200010BA). Directora: Dra. Analía Wald

En 2014 el equipo de investigación, con trayectoria clínica desde la década del '80 en el Servicio de Asistencia Psicopedagógica en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, se incorporó al Programa de la Facultad de Psicología en el Hospital de Clínicas “José de San Martín” (Ciudad Autónoma de Buenos Aires).

A diferencia del Servicio en la Universidad en donde recibimos derivaciones fundamentalmente de escuelas y Equipos de Orientación Escolar, en el marco del Programa Asistencial en el Hospital de Clínicas de la Universidad de Buenos Aires, trabajamos exclusivamente con derivaciones internas de diversos Servicios de la institución.

Médicos/as especialistas (particularmente en pediatría y neurología) solicitan la evaluación clínica de sus pacientes por parte de profesionales de nuestro Servicio, requiriendo la consideración de los aspectos subjetivos que podrían comprometer (también) el despliegue de los procesos de aprendizaje. Se trata de niños/as y adolescentes que presentan alguna condición neurológica y, que en general, requieren de un encuadre escolar con algún tipo de adaptación.

Se inauguraron durante esta investigación, fructíferos intercambios entre las disciplinas que asisten a un/a mismo/a paciente, favoreciendo el trabajo articulado entre los distintos Servicios del Hospital. Los aportes específicos puestos en consideración en encuentros de co-visión interdisciplinaria, realzan la lectura de los compromisos de las dificultades para el aprendizaje desde la complejidad, recuperando la dimensión subjetiva como transversal a las restricciones que se investigan.

Lo fecundo de estas supervisiones, que redundan a su vez en recomendaciones clínicas enriquecedoras para los/as pacientes, derivó en el diseño de un proyecto concursado y otorgado por UBACyT (2018-2020, 20720170200001BA), titulado “Problemas de aprendizaje: complejidad y abordaje interdisciplinario”. Este proyecto dirigido por la Dra. Analía Wald, se orientó a fundamentar un modelo de diagnóstico conjunto con la sección de Neuropediatría (el Dr. Rodolfo Benavente, jefe de la Sección de Neuropediatría integra el equipo de investigación). La Dra. Silvia Schlemenson comparte con la directora del proyecto la supervisión clínica de la actividad asistencial actualmente en curso.

El proceso investigativo, habilitó la enunciación de interrogantes en relación al trabajo conjunto con el equipo de neuropediatría y los efectores escolares, tendientes a la dinamización y adquisición de mayor plasticidad en las intervenciones psicopedagógicas durante el tratamiento de niños con problemáticas orgánicas y restricciones en sus aprendizajes.

El objetivo del proyecto actual es formalizar un modelo de intervención que refleje los procesos de fertilización recíproca con neurólogos/as, neurolinguistas y trabajadores/as sociales, en una zona con múltiples fronteras. Estos proyectos y sus resultados nos permitirán elaborar reflexivamente, diferentes maneras de diagnóstico y tratamiento de niños/as con problemas de aprendizaje en un contexto hospitalario.

Investigaciones anteriores han marcado también el derrotero de la dinámica del aprendizaje atravesada por aspectos de la subjetividad que incorporan plasticidad al deseo humano por el enriquecimiento del conocimiento.

Para ello se estudió:

*1991-1993: "La producción discursiva de niños con problemas de aprendizaje" (UBACyT, PS-033). Directora: Dra. Silvia Schlemenson

*1998-2000: "La Complejización de la producción simbólica en niños pequeños" (UBACyT, TP44) Directora: Dra. Silvia Schlemenson

*2001-2003: "Riesgos en la infancia: factores psíquicos que restringen los procesos de simbolización". (UBACyT, P060) Directora: Dra. Silvia Schlemenson

En esta ocasión se analizaron los procesos psíquicos que restringían el potencial simbólico de los/as niños/as.

El análisis se centró en la oferta de la significación parental, especialmente en la modalidad de tramitación por parte del/a niño/a y su efecto sobre su producción simbólica (particularmente en la producción simbólica gráfica y discursiva).

Se desarrollaron hipótesis acerca de los factores que favorecían y restringían el despliegue simbólico de los/as niños/as dentro y fuera de la institución escolar.

*2004-2007: "Problemas de aprendizaje: compromiso psíquico e intervenciones clínicas específicas". (UBACyT, P082) Directora: Dra. Silvia Schlemenson.

En este nuevo proyecto se profundizó el conocimiento de los ejes de organización psíquica comprometidos en los problemas de aprendizaje anteriormente investigados y las estrategias clínicas para su abordaje en un tratamiento específico en el marco del Programa de Asistencia de la Cátedra Psicopedagogía Clínica.

*2006-2009: "Nuevas tecnologías: compromiso psíquico y producción simbólica". (UBACyT, P812). Directora: Dra. Patricia Alvarez

Esta investigación tuvo como objetivo caracterizar las transformaciones en los procesos de subjetivación y producción simbólica de los jóvenes en relación al uso de nuevas tecnologías.

El material abarcó diversas producciones en el uso de distintos recursos tecnológicos y entrevistas dirigidas a indagar el posicionamiento y las interpretaciones que los sujetos hacían de su experiencia con la informática.

*2008-2010: "Procesos de simbolización y transformaciones psíquicas durante el tratamiento psicopedagógico". (UBACyT, P050) Directora: Dra. Silvia Schlemenson

Este proyecto tuvo por objeto caracterizar las transformaciones de los procesos de simbolización y los niveles de complejización psíquica durante el tratamiento psicopedagógico de niños/as y adolescentes.

Se realizó un estudio cualitativo longitudinal de las transformaciones de las modalidades de producción simbólica en el marco de estudios de casos de pacientes seleccionados/as.

*2011-2014: "Procesos imaginativos en la producción simbólica de niños y adolescentes con problemas de aprendizaje". (UBACyT, 20020100100211) Directora: Silvia Schlemenson

En esta ocasión se profundizó la investigación acerca de las características de los procesos imaginativos de niños/as y adolescentes con problemas de aprendizaje.

Se evaluaron las restricciones imaginativas de inicio y las transformaciones durante el proceso terapéutico que posibilitaron la complejización de las modalidades de simbolización y pensamiento.

Se definieron a los procesos imaginativos como un tipo de trabajo psíquico cuya función es la de crear novedades en los aspectos formales y de contenido en la producción simbólica (formas de dibujar, escribir, hablar y pensar) que fueron evaluados mediante el análisis de las producciones antes, durante y después del tratamiento

*2014-2015: "Procesos de simbolización y uso de nuevas tecnologías: estrategias de complejización del pensamiento en niños y adolescentes socialmente vulnerables". (UBACyT, PP02) Directora: Dra. Patricia Álvarez

Por el resultado de las investigaciones concretadas, podríamos considerar que la clínica psicopedagógica aporta algunos resultados necesarios para comprender la

dinámica de las modalidades de aprendizaje de un niño/a y puede entrelazarse con la pedagogía hospitalaria para la comprensión del afecto como propulsor del deseo del conocimiento en la infancia.

De este modo la pedagogía hospitalaria podría coparticipar, junto a la clínica psicopedagógica, de un cuerpo teórico específico, que, desde el psicoanálisis, pueda abrir nuevas oportunidades para comprender la incidencia de aspectos históricos y actuales que impulsan el deseo de aprendizaje.

4.-Experiencias hospitalarias y clínica psicopedagógica

Desde nuestra investigación, los enunciados epistemológicos de características dinámicas que inciden en las particularidades psíquicas del aprendizaje en un niño/a, son aquellos que tienen que ver con su historia de vida, la calidad de sus relaciones intersubjetivas atravesadas durante su crecimiento, los conflictos resueltos y no resueltos en su desarrollo y la experiencia subjetiva que haya tenido cada niño con sus aprendizajes anteriores.

La psicopedagogía clínica, abordada desde su complejidad, tiene su especificidad asociada a la dinámica psíquica comprometida en el aprendizaje, al tiempo que aporta la inclusión de las diferencias, como elemento enriquecedor del psiquismo.

Las teorías psicoanalíticas en las que nos referenciamos para sostener la clínica psicopedagógica en cruce con la pedagogía hospitalaria, entienden las diferentes modalidades de aprendizaje de un sujeto, como síntesis y resignificación de sus experiencias de simbolización del mundo, en distintos momentos de su historia vital; aportan elementos para el realce de los antecedentes parentales y sociales de cada niño, al conocimiento de maneras singulares, selectivas y significativas de las modalidades actuales de su aprendizaje en su relación con experiencias afectivas que no se inician en la escuela, o en la situación de internación, sino que se constituyen como producto de múltiples formas de circulación del deseo por el investimento de objetos novedosos alrededor de lo permitido, deseado o históricamente prohibido.

Las modalidades singulares distintivas de las particularidades del aprendizaje de un niño/a, no son lineales ni previsibles, sino que se transforman y circulan de acuerdo a la calidad de las experiencias amorosas atravesadas a lo largo de su

historia. Cabe aplicar aquí, las nociones de tensión, recursividad y ponderación de diferentes experiencias afectivas alrededor de las cuales se entrama la constitución de un tipo de actividad psíquica que probablemente se repite durante la internación. El psiquismo entonces, encuentra durante el aislamiento nuevas oportunidades para su expresión y para su transformación.

El aislamiento que padece un niño/a o adolescente durante su internación, suele fracturar la dinámica de un aprendizaje satisfactorio y puede actuar restrictivamente sobre el mismo. Para que esto no suceda, es necesario que el equipo que lo asiste, abra redes dialógicas de intercambio multidisciplinar, en la elección de las estrategias intersubjetivas que promuevan situaciones de enriquecimiento del psiquismo.

Desde los orígenes en la constitución del psiquismo de un niño, se establecen modalidades de relación vincular que marcan al pequeño y probablemente imprimen un tipo de requerimientos y seguridades que no son iguales para todos los niños/as, sino que distinguen a cada uno y ofrecen la estabilidad de los ejes de confianza-desconfianza que los caracterizan.

Algunos resultados de nuestras investigaciones en psicopedagogía clínica, permiten suponer que las características intersubjetivas²⁹ (relación con los adultos y los pares), que históricamente resultaron significativas en la crianza (modo de relación predominante reconocido y repetido para el niño/a), marcan modalidades de aprendizaje distintivas para cada sujeto que requieren ser respetadas para mantener vigente el deseo de *investimiento* del campo social de parte del niño internado.

Las experiencias intersubjetivas en los diferentes momentos en la constitución del psiquismo de un niño, así como los conflictos satisfactorios o traumáticos atravesados durante la crianza, permiten pensar el sentido histórico y el dinamismo incidente en sus modos actuales y anteriores de aprendizaje.

²⁹ Aludimos a la intersubjetividad como condición humanizante y fundante de la vida psíquica (Aulagnier, 1977; Bajtín, 2000). La dimensión intersubjetiva interesa no solo en los momentos iniciales, sino que se articula, en sus particularidades, a lo largo de toda la vida.

Las situaciones conflictivas anteriores a la internación y las diferentes maneras en las que fueron resueltas por el niño/a, son también interesantes para ser conocidas por el equipo multidisciplinar, con el objeto de no repetir acontecimientos amenazantes de características históricas no resueltas, que pudieran perturbar el deseo de curación y aprendizaje del niño/a aislado.

Conocer de parte del equipo médico el modo de ingresar del sujeto al mundo y las características de estabilidad que le permitieron superar experiencias psíquicas traumáticas, posibilitará adecuar las estrategias asistenciales a las particularidades de cada niño/a. Habrá algunos que necesitarán explicaciones muy detalladas de los diferentes momentos de ruptura de su estabilidad psíquica, otros que solo quieren estar resguardados por un médico en quien confiar, sin importarles las explicaciones de la intervención que se va a concretar u otros que se adhieren fácilmente a figuras sustitutivas que puedan acompañar al médico, para no dejar las decisiones en manos del poder. Se tratará entonces de no asistir a todos los niños/as o adolescentes de un mismo modo, sino respetar y resignificar sus relaciones originarias de sostén, para que no se pierdan ni violenten en momentos de aislamiento.

Durante la internación, cada sujeto vuelve a reencontrar en la soledad, una resonancia de sus relaciones duales de origen. Pensar en las maneras de elaboración de la soledad a lo largo de la vida de un niño/a, posibilita reflexionar en sus requerimientos psíquicos actuales que vuelven a jugarse en el aislamiento, resignificando modalidades anteriores.

El despliegue de la fantasía, la estabilidad en los vínculos y el respeto a las modalidades de origen, habilitan la confianza necesaria para interesarse por el mundo. La ilusión, el deseo y la actividad representativa imaginaria a través del juego, abren una disponibilidad psíquica de mayor productividad que la impuesta por el poder médico para cada una de las intervenciones necesarias³⁰. Se tratará de incluir producciones, que, con el juego o la fantasía, incluyan para el paciente, la aceptación de la legalidad médica de manera transicional en la elaboración de las situaciones desconocidas que se deben enfrentar durante la internación.

³⁰ Winnicott (1971), refiere a la transicionalidad como aquel espacio potencial de trabajo psíquico, en el que prevalecen instancias creativas, fecundas para la ilusión, el juego y la experiencia cultural, que enriquecerán las oportunidades de simbolización de un sujeto.

La pedagogía hospitalaria entonces, no es una transdisciplina que se aplica exclusivamente a las condiciones de transmisión y vigencia de los conocimientos escolares, sino que puede incorporar estrategias de la clínica psicopedagógica para respetar la dinámica de circulación del afecto en cada sujeto y potenciar su deseo de aprendizaje aún en situación de aislamiento. De este modo, fronteras porosas se deslizan sin marcar límites rígidos, sino abriendo territorios reflexivos y afectivos que intentan la creación de un nuevo escenario educativo para movilizar diferentes maneras de encuentro con el aprendizaje.

En situación de aislamiento, es imposible construir conocimientos escolares si no se establecen y aseguran relaciones intersubjetivas de confianza, ilusión y fantasía con el pedagogo hospitalario, quien durante la internación, arma un espacio estable y previsto (encuadre³¹) de aspectos reflexivos alrededor del afecto, que le permiten al niño/a o adolescente mantener activo el deseo de investimento del proceso de escolarización.

La existencia de “un Otro”, representado por el pedagogo hospitalario, tiene por objeto incluir oportunidades reflexivas insospechables en situación de aislamiento. Conociendo el encuadre en el cual el espacio pedagógico se desarrolla, el paciente adquiere la confianza necesaria para sortear sus experiencias médicas y mantener vivo el deseo de pronta inclusión en el espacio escolar a través de producciones cognitivas que respeten y promuevan sus modalidades previas y actuales de aprendizaje.

Incorporar una potencialidad representativa suficiente (leer, escribir, cuantificar, transmitir mensajes informáticos), de manos del pedagogo escolar, amplía significativamente el campo social de un sujeto, y mantiene vigente su deseo de contacto con el mundo.

La labor pedagógica hospitalaria durante el proceso de escolarización se asocia entonces a promover los procesos cognitivos que se entraman con el deseo de dominio de los códigos sociales y permite a su vez, compartir pensamientos con un universo más amplio que aquel en el cual discurre el aislamiento.

³¹ Green (2010), propone al encuadre en clave de función de sostén ejercida por adultos referentes. Opera como continente, envoltura y condición de posibilidad para el despliegue de la producción simbólica, en tanto matriz potencial que crea un campo psíquico promotor de procesos sustitutivos.

Aprender códigos, acercar novedades y estrategias sociales a las internaciones, concreta un proceso inclusivo a distancia y abre para el enfermo, promesas participativas enriquecedoras de su actividad psíquica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aulagnier, P. (1977). *La violencia de la Interpretación, del pictograma al enunciado*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bajtín, M. (2000). *Yo también soy (fragmentos sobre el otro)*. México: Editorial Taurus.
- Castoriadis, C. (1993). "Lógica, imaginación reflexión"; en: Dorey, X. & col. (Comp.). *El inconciente y la ciencia*. (pp.21-50). Buenos Aires: Amorrortu.
- Cornu, L. (2006). "Instituciones, pasajes, traspasos"; en: Skliar, C & Frigerio, G (Comps). *Huellas de Derrida. Ensayos pedagógicos no solicitados* (pp.71-80). Buenos Aires: Del Estante Editorial.
- Cornu, L. (2019) "Notas acerca de una epistemología de la acción"; en: Frigerio, G. (coord.). *Las instituciones: saberes en acción. Aportes para un pensamiento clínico*. (pp.205-222). Buenos Aires: Noveduc.
- Derrida, J. (1995). *Dar (el) tiempo. La moneda falsa*. Barcelona: Paidós.
- Derrida, J. (1997). *La Hospitalidad*. Buenos Aires: Ediciones de la Flor.
- Fischer, I. (Comp). (2020). *De vínculos, subjetividades y malestares contemporáneos*. Buenos Aires: Entreideas
- Frigerio, G. (2004). "Ensayo, bosquejos conceptuales sobre las instituciones"; en: Elichiry, N. (comp.). *Aprendizajes escolares. Desarrollos de psicología educacional*. (pp.119-138). Buenos Aires: Manantial.
- Frigerio, G., Korinfeld, D. & Rodríguez, C. (2017). *Trabajar en instituciones: los oficios del lazo*. Buenos Aires: Noveduc Ensayos y Experiencias
- García Molina, J. (2006). "Tiempo, don y relación educativa"; en: Skliar, C. & Frigerio, G. (comps). *Huellas de Derrida. Ensayos pedagógicos no solicitados* (pp.105-124). Buenos Aires: Del Estante Editorial.

- García, R. (2006). *Sistemas complejos. Conceptos, método y fundamentación epistemológica de la investigación interdisciplinaria*. Barcelona: Gedisa.
- García, R. (2011). Interdisciplinariedad y sistemas complejos Interdisciplinariedad y sistemas complejos. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, vol. 1, no. 1, 66-101.
- Green A. (1996). *La Metapsicología Revisitada*. Buenos Aires: Eudeba.
- Green, A. (2010). *El pensamiento clínico*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Grunberg, D. & Maneffa, M (2020). "Interrogantes epistemológicos desde la psicopedagogía clínica en el terreno de la educación inclusiva"; en: VV.AA. (Comp.). *Memorias XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología*. (pp.106-110). Ciudad: Editorial.
- Larrosa, J. & Skliar, C. (Comps). (2009). *Experiencia y alteridad en educación*. Buenos Aires: HomoSapiens Ediciones.
- Morin, E. (1999). *La cabeza bien puesta*. Buenos Aires: Nueva visión
- Morin, E. (2000). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.
- Najmanovich, D. (2019). *Complejidades del saber*. Buenos Aires: Noveduc.
- Nicolescu, B. (1996). *La transdisciplinariedad. Manifiesto*. París: Ediciones Du Rocher.
- Ocampo-González, A. (2018). "Educación Inclusiva: una teoría sin disciplina. Legados y recuperación de los saberes diaspóricos para una epistemología heterotópica"; en: Macías, O. (Comp.). *I Congreso Iberoamericano de Docentes, organizado por REDIB en conjunto con la Universidad de Cádiz, España*. (pp.3-42). Algeciras: REDIB-Universidad de Cádiz.
- Rego, M. V, & Schlemenson, S. (2014). Conflicto psíquico y transformaciones simbólicas en niños y adolescentes con problemas de aprendizaje. *Anuario de Investigaciones*, vol. XXI, 31-39.
- Schlemenson, S. (2004). *Subjetividad y lenguaje en la clínica psicopedagógica*. Buenos Aires: Paidós.
- Schlemenson, S. (2009). *La clínica en el tratamiento psicopedagógico*. Buenos Aires: Editorial Paidós.

- Schlemenson, S. (2014). *Modalidades de aprendizaje. El afecto en la clínica psicopedagógica y el espacio escolar*. Buenos Aires: Mandioca Ediciones.
- Skliar, C. (2008). *El cuidado del otro*. Dirección Nacional de Gestión Curricular y Formación Docente. Buenos Aires: Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología, Presidencia de la Nación.
- Skliar, C. & Larrosa, J. (comps). (2009). *Experiencia y alteridad en educación*. Buenos Aires: Homo Sapiens.
- Wald, A., Grunberg, D., Benavidez, M. & Hamuy, E. (2020). Abordaje interdisciplinario para ampliar el potencial simbólico de niños, niñas y adolescentes con problemas clínicos complejos. intervenciones en zonas de frontera. *Anuario de Investigaciones*, vol. XXVI, 355-362.
- Winnicott, D. (1971). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa

CAPÍTULO VIII

EL MÉTODO SHIBBOLETH COMO PEDAGOGÍA HOSPITALARIA: UN ABORDAJE ESQUIZOANALÍTICO

Guillermo Saldaña Medina

Universidad Autónoma de San Luis de Potosí, Mexico

1.-Introducción: una pedagogía hospitalaria *suigéneris*

Si pudiera describir la esencia del 'método Shibboleth' sería evocando creatividad ante la más sombría adversidad, como una opción capaz de fisurar la más dura osificación acumulada capa tras capa por el desprecio de una sociedad que niega su propia sombra, que segrega las subjetividades más frágiles que devienen monstruosidades; los valores que rigen la sociedad occidental no les permiten mirarlos de frente, le hacen volver la mirada ante las máscaras que esta misma fabricó, la mirada social busca deshacerse del escozor escondiendo el propio polvo que produce debajo el tapete del olvido. El método Shibboleth es una Pedagogía Hospitalaria *suigéneris*, se enuncia como una alternativa ante la desesperanza, ante la postergación de una reinserción social que quizá nunca llegue; sin embargo, se establece como alguna extraña forma de salvación. Shibboleth surge como un recurso de dar voz a los 'indeseables', a esas subjetividades que llegaron a un límite existencial para el que una dependencia química se presentó, en forma de la más vil ironía, como el mecanismo de supervivencia disponible. La Pedagogía Hospitalaria que aquí se presenta es posiblemente un recurso de supervivencia para aquellos que la dependencia química no ha terminado de traicionarlos, evoca un instinto de muerte no consumado, que aún tiene atisbos de instinto de vida.

Shibboleth es un experimento llevado a cabo en un espacio de personas en rehabilitación de adicciones en la ciudad de San Luis Potosí, México; la simple finalidad del experimento fue fomentar la creatividad de las personas 'anexadas' al

espacio de rehabilitación y de alguna forma transmutar la violencia en arte, de dar una resignificación estética a los sentimientos de culpa y autodestrucción que suelen mantenerse latentes en los cúmulos emocionales que atraviesan los cuerpos; la readaptación es corresponsabilidad de los aparatos de poder como la Iglesia y el Estado, es la labor del terapeuta –de haberlo–, más no es una labor imperativa del método Shibboleth, aunque no la descarta.

En el año de 2018, en alguno de los espacios destinados a la rehabilitación conocidos como ‘Anexo’, el artista plástico Carlos Guevara y el psicólogo Luis Leija llevaron a cabo una serie de talleres de escritura y de dibujo ayudándose de la narrativa de las tarjetas del Tarot de Marsella y de la expresión gráfica religiosa conocida con el nombre de ‘exvoto’; esta última derivaría en lo que los creadores de Shibboleth denominarían como ‘exvoto negro’. El presente artículo tiene la finalidad de presentar a los anexos como espacios que puedan ser contemplados dentro de las pedagogías hospitalarias, y a su vez, presentar la metodología de Shibboleth como una manifestación de Pedagogía Hospitalaria crítica que es capaz de catalizar una producción de subjetividad; de ahí su carácter crítico; esta Pedagogía Hospitalaria busca demarcarse de la mera instrucción y la escolarización que pretenderían en este caso la reinserción de las subjetividades en modelos esencialistas en favor de la convivencia y la producción en las sociedades capitalistas contemporáneas.

2.-La pedagogía hospitalaria crítica ante el anexo como espacio de liminalidad

De acuerdo a Monsalve (2020), la Pedagogía Hospitalaria puede ubicarse como una práctica diferenciadora enfocada al abordaje integral del ‘estudiante’ en condiciones de enfermedad y salud disminuida; el ‘hospital’ se manifiesta como un no espacio educativo, un *locus* de vulnerabilidad que, ante sus complejidades que son propias de la condición humana, se vuelve necesaria la intervención enfocada al encuentro y el crecimiento. Monsalve propone identificar a la Pedagogía Hospitalaria como una educación inclusiva crítica, esto con la finalidad de “garantizar una educación más justa y significativa” (2020, p.4). Al no suscribirse a prácticas teóricas y metodológicas específicas, la Pedagogía Hospitalaria es flexible en tanto a la creación de su objeto de estudio y su metodología, a lo que Monsalve denominaría como “parte de una epistemología del movimiento y el viaje” (2020, p.12) Ahora bien, si hacemos énfasis en este carácter de no-espacio presentado por el hospital, y tomamos en cuenta la libertad epistemológica que posibilita la

Pedagogía Hospitalaria en la construcción crítica de su objeto y método, el anexo se presenta como un lugar que vuelve pertinente el encuentro con la Pedagogía Hospitalaria.

Van Gennep (2013), acuñó el término *liminality* o 'liminalidad' para identificar un umbral espaciotemporal de transición establecido socialmente a través de los denominados 'ritos de paso', los cuales para determinadas culturas marcan los puntos de transición entre distintas etapas de la vida de los seres humanos. La liminalidad es una frontera entre el pasado y el futuro, entre lo que ha sido y lo que será, lo que delimita a las personas dentro de una fase anómala para su vida en sociedad; las personas durante este tipo de transición representan incluso un peligro para la colectividad, ya que las reglas sociales se ven suspendidas ante ellos durante el proceso de atravesar el umbral del rito de paso; posteriormente, las personas adquirirán nuevas reglas sociales de acuerdo a su etapa que acaba de emerger. Diría que el término de liminalidad es pertinente para identificar el tiempo y el espacio en el que una persona en rehabilitación de adicciones se encuentra, además de que es conveniente para comprender el como un anexo presenta las características de no-espacio y vulnerabilidad que configurarían el enfoque de una Pedagogía Hospitalaria inclusiva.

Una vez señalado el carácter de liminalidad que presentan los espacios de reinserción social conocidos como anexos procederemos propiamente a abordar el surgimiento histórico que los define como tales. En su estudio sobre el establecimiento y diversificación de la organización de Alcohólicos Anónimos en México, Rosovsky (2009), identifica el surgimiento de la figura del anexo como consecuencia de una escisión en la sede mexicana de la organización en el año de 1975, misma que pudo consolidarse en el movimiento '24 horas'. Este movimiento surgió en la Ciudad de México como una opción a los miembros de AA para los cuáles aparentemente no bastaba con el tiempo que duraban las sesiones; en especial se trataba de personas de condiciones económicas precarias y un severo nivel de adicción, las cuales de igual forma parecían haberse alejado de lazos familiares o cualquier comunidad que representara un resguardo ante su situación.

Ante esto, la organización 24 horas se establece como una alternativa para tratar la adicción al alcohol de 'tiempo completo' con nuevas estrategias como hasta dieciséis juntas al día, a diferencia de los grupos tradicionales con un promedio de tres juntas a la semana de hora y media de duración. El modelo de sesión continua de 24 horas fue incorporando en las instalaciones de sus espacios habitaciones

denominadas 'anexos', los cuales fueron sirviendo como morada para las personas sin un lugar dónde vivir, o bien que las condiciones de su adicción requieran de una vigilancia constante para mantenerse en sobriedad. Es de aquí que el termino 'anexo' con el tiempo fue haciéndose común para identificar la totalidad de este tipo de centros.

Es común en México escuchar la expresión de 'ya lo anexaron' para referirse a una persona ingresada en contra de su voluntad en este tipo de centros de rehabilitación; cabe señalar que nos referimos en términos de subjetividades masculinas a lo largo de este escrito porque los anexos son predominantemente masculinos, y para el caso en particular de los talleres de Shibboleth en el anexo podemos focalizar una población exclusivamente masculina. Aunque las condiciones de ingreso de este tipo de centro de rehabilitación fueron variando con el tiempo, estos en su actualidad buscan aún mantener en gran parte la posibilidad de que las personas subsistan durante varias semanas, meses, e incluso años con una aportación monetaria mínima o ausente, contribuyendo de distintas maneras al mantenimiento del anexo con una gama de actividades como la albañilería, la plomería, la jardinería, la limpieza y la cocina; cuando la condición de los 'anexados' se los permite pueden entonces reinsertarse en el mundo exterior, aunque es muy frecuente que los 'anexados' desarrollen una dependencia con la comunidad que el anexo proporciona, ya que la etiqueta de 'adicto' suele acompañar a las personas hasta su tumba, de ahí que existan términos como el del 'borracho seco' para caracterizar a las personas que se viven como adictos a pesar de ya no consumir sustancias (Guevara, 2020).

Es necesario tener en cuenta que el tipo de adicción a tratar según sustancia se diversificó en los anexos, manteniendo al alcohol, pero incluyendo otras sustancias que conlleven una 'relación conflictiva' con las personas: "cigarrillos, alcohol, marihuana, peyote, DMT, cristal, fármacos, sustancias no ilegales como inhalables a base de solventes, pegamentos industriales, etc." (Guevara & Leija 2020, p.19). La figura del anexo se exportaría a finales del siglo XX de México a otros lugares de Latinoamérica, según Rosovsky (2009, p.24) su surgimiento responde a una necesidad real para la cual el Estado y la sociedad no dispone de recursos y servicios en oferta para el tratamiento de una adicción como la del alcohol para personas de bajos recursos económicos, ya que no hay espacios que puedan servir de albergue o camas disponibles aquellas personas que se han quedado sin hogar al ser incluso rechazados por sus mismas familias. Además de esto, Rosovsky

identifica otras razones de índole cultural que contribuyeron al surgimiento de los grupos de 24 horas de los cuáles emergió la figura del anexo:

[...] Además de que estos grupos atraen predominantemente a gente de nivel social bajo, las formas de interacción, el lenguaje, el “argot”, las malas palabras y el albur³², la confrontación agresiva, todo parece indicar la voluntad de unión de individuos que se identifican no sólo en su alcoholismo, sino en estilos de interacción más confrontativos y emocionales, vinculados con su clase y su identidad social, por lo que encuentran allí apoyo y aceptación. (Rosovsky, 2009, p.24)

En el estudio llevado a cabo por Rosovsky se observa un fenómeno recurrente en los anexos que se encuentra claramente presente de igual manera en la obra *Shibboleth: narrativas desde el anexo*, de Guevara & Leija (2020), que es homónima de su experimento pedagógico en un anexo de San Luis Potosí. Este fenómeno consistiría en el reiterado abuso de derechos humanos y la normatización de la violencia en estos centros de reinserción; Rosovsky explica en su estudio sobre AA en México que en los centros de 24 horas se suele compartir la premisa de que el camino hacia la abstinencia es largo, por lo que las personas anexadas “manifiestan que al inicio requerían de ese trato agresivo y humillante que los grupos de 24 Horas les proporcionaban para “verdaderamente tocar fondo” y dejar de beber” (Rosovsky, 2009, p.26). La violencia que las personas viven dentro de los anexos son conocimiento de la sociedad en general y parte del *vox populi*, de ahí que estos se presenten como única alternativa, como paso más a ‘tocar fondo’ que no es otra cosa que una situación de vida en desolación, en condiciones tales que ya no puede ir peor, próxima a su aniquilación, posiblemente tras una muerte humillante en el abandono, en la pobreza y producto de una adicción.

Guevara y Leija presentan al anexo como un ensamble que articula una multiplicidad de horizontes que van desde el espacio físico, el estado mental individual, la historia de vida, el orden cultural y otras multiplicidades que parecerían imperceptibles e insignificantes para el día a día de las personas que viven fuera del mundo del anexo. De esta manera, Leija establece una breve, pero certera descripción de los cortes en la mirada del anexo que forma parte de la cotidianeidad de las personas que fueran recluidas en este como una alternativa ante su confrontación con el mundo ‘en sociedad’; el anexo emerge ante la vista

³² Un tipo de humor fuertemente arraigado en cotidianeidad comunicativa en México caracterizado por el doble sentido y las bromas con alusiones de índole sexual.

[...] a la manera de un teatro, un escenario o, lo que aquí es referido como otros espacios donde las grietas, la pintura, los cuadros, las velas, cubetas para sentarse en lugar de sillas, el polvo, la cama vieja, la textura del sillón, el “olor a pies” y la luz que se filtra por la ranurilla que nace de la puerta al suelo son elementos que atraviesan el sistema de los sentidos e impactan en la percepción (Guevara & Leija 2020, p.23)

Posteriormente en su escrito, Leija advierte una temporalidad en el espacio del anexo susceptible de ser historizada y colocada en un contexto social y político. Apuntalando a la discusión, el autor cuestiona y establece:

[...] ¿En qué momento podemos suponer que, en la práctica clínica, la intervención resulta inmune a lo descrito anteriormente? El espacio en sí, alrededor de la ficción, cumple con una historicidad no solo como disposición de elementos materiales –una cita a tal hora, o el día que se cambió de lugar un sillón o se resanaron las grietas de la pared, sino que se mantiene en relación con una forma concreta, una que está atravesada por el encuentro con la estructura social, por mencionar algo, la falta del tiempo e ingreso económico por parte del paciente para asistir a su cita, la imposibilidad de mover el sillón por la falta de fuerza o individuos que puedan ayudar o no a conseguir material para resanar las grietas. Esto también se ve acompañado de una forma de hacer historia que pone en juego la recuperación de significaciones susceptibles de ser reinterpretadas (Guevara & Leija 2004, p.2).

La Pedagogía Hospitalaria en el espacio del anexo, presentada por Guevara & Leija se encargaría de poner en juego “las posibilidades de dar lugar o de dar contorno a un espacio que favorezca un momento en el otro para reconfigurarse a través de la posibilidad de propuestas que buscan generar de manera nosótrica y creativa” (Guevara & Leija, 2020, p.24). El experimento Shibboleth se presenta entonces como un evento pedagógico crítico hacia los discursos hegemónicos de reinscripción en aras de la construcción de una historicidad en esos no-espacios que representan los anexos. Guevara & Leija (2020), buscan visualizar “un panorama del porque hacer algo en el anexo y el contorno que enmarca la intención de seguir realizando reflexiones respecto de las formas de atención, intervención” (s.p.). En consecuencia: “las formas de pensar el anexo”. Los autores establecen que pretenden aportar elementos, a manera de cartografía, para inferir en el campo de

la salud mental con la finalidad de construir un panorama para reflexionar el espacio del anexo y sus consecuencias: “el sujeto de anexo” (p.24).

3.-El sujeto de anexo y la producción de subjetividad

El post-estructuralismo, a través de autores como Deleuze, Foucault y Guattari, ha propuesto desde mediados del siglo XX que el sujeto es producido de manera adyacente a un entramado tecnológico que es atravesado por un *continuum* de factores ambientales, dispositivos sociales, organizaciones bio-psíquicas y mecanismos técnicos. De ahí que, Deleuze y Guattari (1985), hablen del sujeto como una entidad extraña que “vaga sobre el cuerpo sin órganos [la superficie que articula sus condiciones de posibilidad] siempre al lado de las máquinas deseantes [todas las tecnologías a través de las cuales el ‘yo’ es producido]” (Deleuze & Guattari, 1985, p.24).

Es en la lúcida descripción por Leija del anexo como una especie de ensamblaje, donde se presenta un atisbo fenomenológico de la producción del ‘sujeto de anexo’, de cómo es ‘procesado’ un ‘sujeto de adicción’. Esas imágenes presentadas por el autor, él mismo las inscribe en un horizonte histórico con un contexto social y político determinados (2020, p.23). En consonancia con la historicidad advertida por Leija, que la noción de producción de subjetividad se erige como una crítica en contra de un pensamiento clásico que mantiene en palabras de Guattari (2000), a “el alma alejada de la materia y la esencia del sujeto a distancia de los engranajes corporales” (p.15), incluso buscando trascender la tradicional oposición de la super estructura subjetiva y las relaciones de producción infraestructurales del Marxismo; oposiciones dialécticas que se mantienen, pero que inserta al deseo como una instancia supra-subjetiva e inmanente a las relaciones de producción. El trabajo tanto de Deleuze como de Guattari es un intento como muchos otros de conciliar el marxismo y el psicoanálisis, de otorgarles un nuevo aire crítico y actualizado desde la última mitad del siglo XX. A finales de la década de los años ochenta del siglo XX, Guattari enunciaba:

[...] ¿Cómo podemos hablar hoy de producción de subjetividad? Una primera constatación nos conduce a reconocer que los contenidos de la subjetividad dependen cada vez más de una multitud de sistemas maquínicos. Ya ningún dominio de opinión, de pensamiento, de imagen, de afectos de narratividad, puede pretender escapar a la influencia invasora de la “asistencia por computadora” de los bancos de datos, de la telemática, etc. Así pues, llegamos a preguntarnos incluso si la propia esencia del sujeto –esa famosa esencia, detrás de la cual corre la filosofía occidental desde hace

siglos—no se encuentra amenazada por esta nueva “maquino-dependencia” de la subjetividad. Conocemos la curiosa mezcla de enriquecimiento y de empobrecimiento que produjo todo esto: una aparente democratización del acceso a los datos, a los saberes, asociada a un nuevo cierre segregativo de sus instancias de elaboración; una multiplicación de los ángulos de enfoque antropológicos, una mezcla planetaria de culturas, paradójicamente contemporánea de un crecimiento de particularismos y de los racismos; una inmensa extensión de los campos de investigación técnico-científicos y estéticos que se despliegan en un contexto moral de tristeza y desencanto. Pero en lugar de asociarnos con las cruzadas de moda contra los perjuicios del modernismo, de predicar la rehabilitación de los valores trascendentales en retirada, o de abandonarse a las delicias desengañadas del posmodernismo, podemos intentar recusar el dilema del rechazo crispado o de la aceptación clínica de la situación (Guattari, 2000, p.15)

La descripción de Guattari tres décadas atrás de la producción de subjetividad contemporánea para resuena aún más certera en nuestros días, es en esta producción de subjetividad donde aparecen subjetividades ‘residuales’, que no parecen adaptarse a todas) las exigencias colectivas del ‘deber ser’ del sujeto: “un sujeto que por ser productor/consumidor y racional es funcional al régimen capitalista hegemónico: imperialista, global, neoliberal (Saldaña Medina, 2015, p.6). La subjetividad del adicto es coextensiva a la subjetividad del ‘enfermo mental’ ya que comparten condiciones análogas en cuanto a un pathos existencial y social. En palabras de Foucault: “el enfermo mental es sin duda el residuo de todos los residuos, el residuo de todas las disciplinas, aquel que, dentro de una sociedad, es inamisible a todas las disciplinas escolares, militares, policiales, etcétera” (Foucault, 2005, p.76).

El sujeto de anexo y el sujeto de la ‘enfermedad mental’ son un ‘residuo de residuos’ porque, como ya se mencionó con Deleuze & Guattari, la subjetividad ‘ya’ es producida residualmente de manera periférica en el estatus ontológico de los agenciamientos maquínicos, pues en la producción de la subjetividad todo es máquina de máquinas y el deseo como superficie de inscripción y horizonte de posibilidad; la producción maquínica de la subjetividad es una instancia ontológica y episemológica de carácter monista que se establece como *empirisme transcendental* o un ‘empirismo transcendental’ (Deleuze, 2002). Desde esta perspectiva monista, las máquinas sociales configuran nuestras subjetividades, salvo a todas aquellas que se resisten, no es en balde que, en el imaginario colectivo, y yendo de acuerdo a la metodología de Shibboleth, podemos ubicar la figura arquetípica del loco, también

presente en el tarot, que se erige como un baluarte del 'yo', como la conciencia individual errante, un nómada. Al final de cuentas, 'el loco' es un sujeto residual, desterritorializado, que nos devuelve la mirada en el espejo, es quizá por eso que nos engendre terror.

Guattari distingue una triada de voces fundamentales o equipamientos que configuran la base en donde se lleva a cabo la producción de subjetividad en las sociedades occidentales contemporáneas (2000, p.17)

1. Las voces de *poder*, que circunscriben y le ponen un límite, desde el exterior, a los conjuntos humanos, sea por coerción directa e influencia panóptica sobre los cuerpos, sea por la captura imaginaria de las almas;
2. Las voces del *saber*, que se articulan desde el interior de la subjetividad con pragmáticas técnico-científicas y económicas;
3. Las voces de la autorreferencia, que desarrollan una subjetividad procesual autofundadora de sus propias coordenadas, auto-consistencial (que yo había relacionado, hace tiempo, con la categoría de "grupo-sujeto"), lo que no le impide instaurarse transversalmente con respecto a las estratificaciones sociales y mentales.

Se advierte que estas voces "no cesan entonces de entremezclarse en extraños ballets, que alternan luchas a muerte y promoción de nuevas figuras" (Guattari, 2000, p.17). En la figura del 'sujeto de anexo' se hacen más evidentes las voces de 'poder' y de 'saber', que coincidiría con la 'tenaza jurídico-disciplinaria' que hablaba Foucault encargada de forjar al sujeto racional capitalista de las sociedades contemporáneas:

[...] El individuo como sujeto abstracto, definido por derechos individuales, al que ningún poder puede limitar salvo si él lo acepta por contrato. Y por debajo de ello, junto a ello, tenemos el desarrollo de toda una tecnología disciplinaria que puso de manifiesto al individuo como realidad histórica, como elemento de las fuerzas productivas, como elemento, también, de las fuerzas políticas; y ese individuo es un cuerpo sujeto, atrapado en un sistema de vigilancia y sometido a procedimientos de normalización (Foucault, 2005, p.79)

Siguiendo a la tipología de Guattari (2000), las voces de poder le asignan un espacio por la fuerza en donde coexisten una multitud de cuerpos, caracterizado por la disciplina y la coerción. Las voces del saber se despliegan ante los sentidos

de los sujetos de anexo a través de discursos de índole moral, religioso y finalmente político, que los etiquetan como individuos corrompidos e indeseables que han obtenido la opción del arrepentimiento como salvación. Las voces de la autorreferencia, que menciona Guattari, se encontrarían superficialmente ausentes ante los sujetos de anexo, su ausencia es sólo aparente, pues en realidad se susurran a través de sus condiciones de 'comunidad'

Es la voz de la autorreferencia producida a través de una Pedagogía Hospitalaria la que Shibboleth pudiera reafirmar con el fin de que el 'sujeto de anexo' tenga la posibilidad de abandonar su estatus de sujeto pasivo y reinventarse a sí mismo. Se ha abordado ya la franca dependencia que desarrollan las personas con sus condiciones de 'sujetos de anexo', es esta voz de autorreferencia una resignificación de sus propias condiciones de vida en el anexo, misma que condiciona la apertura hacia otro horizonte de posibilidades subjetivas. Coincidiendo esto último con Guattari (2000, p.17), es posible entender que todos los sistemas de modelización se equivalen, todos son aceptables, pero sólo en la medida en que sus principios de inteligibilidad renuncien a cualquier pretensión universalista y admitan que su única misión es contribuir a la cartografía de Territorios existenciales –que implican Universos sensibles, cognitivos, afectivos, estéticos, etc. (Guattari, 2000, p.17-18)

Guattari contaba con una amplia experiencia como psiquiatra en la Clínica francesa de La Borde, él mismo señalaba que sus actividades como psicoterapeuta iban en consonancia con sus compromisos políticos y culturales, lo que lo llevo cada vez más a convencerse de que la subjetividad no era algo estático sino que “es producida por instancias individuales colectivas e institucionales”; enfatizar en su carácter productivo remite a una postura profundamente crítica, aunque no implica un mero retorno al materialismo dialéctico clásico con sus sistemas de “determinación binaria, infraestructura material-superestructura ideológica”; la subjetividad para Guattari es siempre plural y polifónica (Guattari, 1996, p.11). La Pedagogía Hospitalaria debe considerar el carácter polifónico de la subjetividad, por lo que resulta pertinente encontrar aquí la coincidencia con el enfoque posdisciplinar del que habla Monsalve (2020), mismo que,

[...] escapa de los criterios de eficacia y eficiencia que discurren en los postulados de la calidad educativa, mira más allá de estándares esencialistas, comprendiendo, de este modo, que para todo proceso de

enseñanza y de aprendizaje es necesario un acercamiento respetuoso a la vida de los sujetos de la atención pedagógica, entendiendo dicho acercamiento como un encuentro de complejidades que comparten un espacio común, el cual en muchas ocasiones es signado por el dolor. (Monsalve, 2020, p.4)

Shibboleth implica este acercamiento respetuoso al *pathos* de los sujetos de anexo y se establece como una *praxis* productora de la subjetividad posibilitada por el impulso creativo a través de las herramientas del dibujo y la narrativa. En una entrevista realizada a Carlos Guevara y Luis Leija, se me habló sobre los objetivos, la metodología y los resultados de Shibboleth, al preguntarle a Leija sobre la naturaleza de su experimento lúdico en el anexo él me respondió:

[...] Yo creo que damos herramientas para seguir construyendo y registrando qué es el sujeto de anexo; desde ahí empezar a establecer eso, porque esos espacios suelen no ser pensados o repensados, o abordados de forma crítica, más bien es ir a hacer talleres, decir que los hiciste, y se acabó; pero, para para nosotros sí tenía otra responsabilidad empezar a generar y repensar sobre el sujeto de anexo (..) La intención si es que emerja aquella otra posibilidad discursiva sobre sí, que no sea esa de *yo soy un adicto, vengo de lo más espeso de la mierda, y ya tengo tres anexos y voy a seguir en los anexos, y yo ya mi familia ya la perdí, no me quiere...* Cuestiones que se van construyendo y digiriendo ahí; hablando como proceso social que sí podemos también ir profundizando, que es esta cuestión donde de su demanda de la situación, del deseo que se juega obturado o no, en ese momento particular de la esencia del consumo, o las toxicomanías. Es fundamental también tener que pensarlo desde una subjetividad con tendencia al consumo, de sustancias. (Leija, 2020)

Leija claramente expresa el objetivo de Shibboleth con respecto a la reflexión sobre aquello que él y Guevara denominan 'sujeto de anexo', pero a su vez, buscan posibilitar otro horizonte discursivo que posibilite la resignificación de las subjetividades del anexo más allá de las etiquetas deplorables internalizadas desde la sociedad como la de 'un adicto que viene de lo más espeso de la mierda'. Ahora pasaremos propiamente a entender la metodología de Shibboleth.

4.-El experimento Shibboleth

Shibboleth consistió propiamente en una serie de talleres potenciados por la riqueza simbólica del tarot de Marsella que se manifestó en la construcción de narrativas en prosa, y como narrativas visuales presentes en el 'exvoto negro'. En

la obra Shibboleth, Guevara & Leija (2020), explican cómo se llevó a cabo el tamizaje de las personas que participaron de los talleres:

[...] Para participar las personas fueron seleccionadas de acuerdo a su capacidad de leer y escribir, sin importar si presentaban errores ortográficos, de sintaxis o dicción. En el mismo sentido se buscó que no presentaran un deterioro cognitivo severo, debido al consumo de sustancias. Una vez seleccionados, el tamizaje se realizó con la utilización del tarot de Marsella (todos los participantes eligieron entre los arcanos mayores las cartas del juicio y la muerte), así como con las tipologías que propone la psicología analítica de C.G. Jung (p. 16).

Al realizar la pregunta a Guevara de por qué eligieron al tarot como un recurso didáctico, el me respondió que, por su capacidad narrativa, explicándome que el tarot en sí consiste narrativa que cuenta una multiplicidad de historias casi infinita dependiendo del orden en que se orientan las cartas de acuerdo al azar. Guevara dice haberse inspirado en la obra de Phillip K. Dick quien realiza un acto de composición literaria derivada del oráculo del I Ching. Aquí se presenta la explicación del experimento con el tarot en Shibboleth en palabras de Guevara:

[...] La parte del tarot, es un ejercicio que generé utilizando las cartas del tarot como una narrativa visual en la cual a partir de, no una lectura como tal que la produce, sino, una lectura azarosa donde ellos sacaban las cartas, iban eliminando según iban relatando, y se iban quedando con la carta que más les había impresionado, por descontón; una vez que se quedan con la carta, pues empezábamos con *qué te atrae de la carta, qué te gusta, qué te recuerda de tu vida personal* (Guevara, 2020)

Hay un aspecto que llamó la atención de Guevara y Leija en su experimento, que ya se menciona con anterioridad en el tamizaje que llevaron a cabo para seleccionar a los sujetos de anexo en el taller. De las 78³³ cartas que se dividen en 56

³³ Los arcanos menores del tarot se dividen en los cuatro 'palos' numerados que componen la 'baraja española': oros, bastos, espadas y copas. Las cartas se encuentran numeradas del uno al doce, siendo representando cada palo en sus últimos tres números por la Sota (11), el Caballero (12), la Reina (13) y el Rey (14). Los arcanos mayores manifiestan ilustraciones mucho más complejas y con una simbología profunda y con un marcado contenido esotérico, estos serían todos y cada uno de los arcanos mayores (Costa y Jodorowsky 2004):

El Loco [nótese que no lleva número]

El Mago

La Papisa

La Emperatriz

El Papa

arcanos menores y 22 arcanos mayores, los participantes optaban por elegir cartas recurrentes como fueron El Loco, El Diablo, El Juicio y en especial el Arcano sin nombre –o bien, La Muerte en este caso. El tarot es rico en símbolos que posibilitan un número infinito de interpretaciones al relacionarse con la historia de vida de cualquier persona; en el caso de los sujetos de anexo de Shibboleth; Guevara cree que ellos precisamente hacen una conexión con sus propias simbologías de vida. Es a partir de la fuerte narrativa visual del tarot que las personas elegían una carta a partir de ello comenzaban a plasmar una narrativa en un pequeño texto, de ahí que Guevara optara por facilitar el desarrollo de microrrelatos por parte de los ‘anexados’, mientras que Leija se dedicaba al Tamizaje.

La técnica del exvoto negro fue desarrollada de igual manera por Guevara al percatarse del gran arraigo de la tradición judeocristiana y del imaginario católico en las personas del anexo. El exvoto es una especie de ofrenda de carácter pictórico en la que se expresa a través de un dibujo el agradecimiento a algún santo o alguna manifestación de la cosmología propia del catolicismo. La modificación en los ‘exvotos’ plasmados a través de Shibboleth, que le otorgan la denominación de ‘exvotos negros’ consistió en que, en vez de dar un agradecimiento, los dibujos se establecieron como una estrategia para expiar culpabilidades o pedir algún tipo de perdón. Esta estrategia la desarrolló Guevara, teniendo en cuenta que las personas del anexo al ser fervientes creyentes del catolicismo estaban familiarizados con las representaciones de los exvotos; de tal manera los anexados pudieron expresar libremente su historia de vida y enfocarse a los aspectos narrativos más crudos,

El Enamorado
El Carro
La justicia
El Ermitaño
La rueda de la Fortuna
La Fuerza
El Colgado
El Arcano sin nombre [también conocido como La Muerte]
Templanza
El Diablo
La Torre
La Estrella
La Luna
El Sol
El Juicio
El Mundo

sumamente presentes en la fase de arrepentimiento promovida por las prácticas y el discurso del anexo.

El microrrelato y el 'exvoto negro' pueden considerarse como una tecnología de carácter confesional, pero que no tienen propiamente algún tipo de destino jurídico y eclesiástico. Las personas del anexo sabían que sus expresiones no iban ser llevadas a la iglesia, tampoco ante las autoridades judiciales; para ello los facilitadores del taller tuvieron que ganarse la confianza de las personas, llevando meramente un fin pedagógico alternativo y un respeto por su integridad. A través de los talleres se buscaba fomentar la creatividad de las personas del anexo, en términos concretos, como Guevara expresó: "buscaba encontrar elementos y metodologías con las cuales pudieran llegar a generar una obra de arte contemporáneo. Esa era mi finalidad" (Guevara, 2020).

El abordaje de Leija hacia el experimento Shibboleth estaría influenciado por su formación como psicoterapeuta, destacando los aspectos proyectivos que el Tarot facilita. Leija menciona una pugna dentro de las subjetividades del anexo por plasmar imágenes de 'contenido interior' en los microrrelatos y los 'exvotos negros'. La simbología del tarot llevó a cuestionarse a las personas el cómo se relacionaban con ellas y de qué manera podían transformarlo; las participantes de las actividades de Shibboleth, de acuerdo con Leija,

[...] se relacionaban con esto una vez que salían y cómo lo transformaban, y era una relación continua con eso que emergía, más allá de una aplicación, sino era un continuo del discurso de eso. Nos gustó tanto esa situación, que donde era el área del consultorio, después dibujaron la carta de La Muerte y un fragmento, lo pintaron muy *chido*³⁴. Después crearon sus propias formas rituales [*sic*] de aceptación y pertenencia a ese grupo; posteriormente, los tratamos de llamar grupos de muerte porque hablaban específicamente sobre esas situaciones y esas vivencias que están atravesadas, y muchas personas están atravesadas. Si bien ellos directamente no cometieron algo, si se vinculan en lugares en donde hubo muertes violentas, ya sea a amigos, o a familiares. En esencia siempre la muerte un espacio común, y la muerte a veces violenta, no la muerte como el evento pacífico de alguien que se va, sino, o lo asesinaron, o murió secuestrado, o lo desaparecieron, o sobredosis también (Leija, 2020).

³⁴ Término coloquial que se utiliza en México para designar algo como 'muy bueno'.

5.-Las consecuencias de Shibboleth

Producto de los resultados de Shibboleth como una metodología creativa y lúdica llevada a cabo con las personas del anexo, Leija señala una serie de cuestionamientos que surgieron a él y Guevara como facilitadores de los talleres: “¿qué implicaciones, y qué tendría la muerte en ese sentido más allá de si realizaron el acto o no?, ¿cuál es la pretensión de enunciarlo-vivirlo también por ese lado?” (Leija, 2020). Leija advierte que las expresiones creativas demuestran en gran medida el discurso alienante que permea en los anexos, manifestando las voces del saber hegemónico que señala Guattari (2000). Con relación a esto, Leija menciona:

(...) Ese es el discurso alienante, el que quieren estar, pero como institución y sus normativas dentro de la ideología de un anexo con las que se tienen que casar y este discurso alienante, tienen que empezar como a asumir y ellos tienen que estar ahí por su voluntad porque son unos ‘culeros³⁵’, al ser unos ‘culeros’ empiezan a emerger no sólo narrativas de yo maté para ganar una posición, sino, yo vengo de lo más profundo de la mierda, yo soy un adicto, estoy aquí por mi propia voluntad, yo dañé a mi familia.

Sin embargo, el acto de expresión creativa que conlleva a la manifestación de estos discursos y etiquetas alienantes brinda la posibilidad de las personas anexadas a leerse a sí mismas en una suerte de ‘transmutación’ y resignificación de su propia oscuridad psicoemocional; Shibboleth lleva a los anexados a confrontarse con ellos mismos y posiblemente a recontextualizar sus historias de vida ante la oportunidad de un futuro distinto, si bien no necesariamente de reinserción, propiamente como una producción de una ‘nueva subjetividad’, Guevara identifica este proceso en los participantes de los talleres de Shibboleth:

[...] El proceso, pero también leerse; eso les gustó mucho, leerse. No sé, ahí puede haber una cuestión en donde, al leerse, ya están ajenos, ya no lo viven como si ‘yo te lo estoy contando’. Entonces, eso fue lo que les gustó mucho. Hubo dos que dijeron: oye, yo quiero seguir escribiendo, quiero ser escritor, ¿cómo se hace? Otros, pues el reconocimiento a sí mismos de que sí pueden y son inteligentes. Entonces ahí ya se fueron muy contentos, muchos cuando terminaban algo; sobre todo el interés de estas nuevas formas de expresarse. Sí, eso me lo dijeron así, que les gustó mucho, que

35 Plural del término ‘culero’, ‘ser un culero’ es una expresión en México para designar de manera muy peyorativa a alguien que hace daño a los demás, actuando de una manera malintencionada y egocéntrica.

unos querían escribir, otros querían seguir dibujando, y ese interés por estas formas. Había un chavo que hacía grafiti, y dice que su intencionalidad a hacer grafiti no era la misma que cuando se puso a dibujar ya con el trasfondo de la narrativa y todas estas cuestiones (Guevara, 2020).

Leija tuvo la oportunidad de dar seguimiento psicoterapéutico a un 'sujeto de anexo' que participó de sus estrategias pedagógicas, tuvo la oportunidad de observar sus consecuencias para que así se posible constatarlas como un recurso de producción de subjetividad, y como una Pedagogía Hospitalaria emancipatoria:

[...] Después de un año y medio de seguimiento, sí hay modificaciones en ese aspecto de lo creativo, de lo vivencial, y de lo emocional; sí puede quedar como plasmado, entonces, y es que a mí me gusta mucho esta idea de la hipótesis de la creatividad de Winnicott. Sí hay modificaciones más allá de hablar de comportamentales o conductuales, si no de una relación con sí mismo y el entorno, el entorno inmediato, ¿no?, eso sí se ve (Leija, 2020).

Del análisis realizado en el presente escrito al experimento pedagógico narrado por los creadores de la metodología Shibboleth puedo al final situar a este evento como un 'foco local de subjetivación colectiva' derivado del trabajo de Guattari como psicoterapeuta de la clínica La Borde, a finales del siglo XX. Guattari se vería entonces influenciado por la noción de ecología mental presentes en el trabajo de Gregory Bateson (1998), el trabajo transdisciplinario de Bateson lo llevo a considerar al proceso mental como una instancia inmanente presente en la interioridad subjetiva del ser humano, pero a su vez extendido y construido intersubjetivamente en un medio ambiente que posibilita las condiciones de existencia en la cuáles se vive cada subjetividad.

Es necesario considerar a la salud mental más allá de lo individual, atravesando el entramado social y expandiéndose *ad infinitum* en el medio ambiente circundante (Saldaña Medina 2015). Esta visión es coextensiva de las consideraciones del deseo inmanente a la producción social desde lo psíquico, lo biológico y lo material que proponen Deleuze & Guattari (1985); las máquinas deseantes son productoras de subjetividad y pueden articularse desde las voces de la autorreferencia que menciona Guattari (2000), la subjetividad no debe ser una instancia pasiva, no debe ser estática al respecto de las condiciones existenciales extremas vivenciadas por las personas recluidas en los anexos.

Si, como menciona Guevara, los sujetos de anexo pueden leerse a sí mismos e identificar nuevas posibilidades de existencia como subjetividades creadoras –posiblemente artistas emergentes o escritores– aunque se tratara de una sola persona, Shibboleth tendría éxito como una Pedagogía Hospitalaria crítica y productora de subjetividad. Resulta pertinente aquí presentar las observaciones de Guattari durante la consolidación de los denominados ‘focos de subjetivación’ colectiva en la clínica La Borde:

[...] La ecología social y la ecología mental hallaron ámbitos privilegiados de exploración en las experiencias de psicoterapia institucional. Pienso obviamente en la clínica de La Borde, donde yo mismo trabajo desde hace mucho tiempo; allí se lo ha dispuesto todo para que los enfermos psicóticos vivan en un clima de actividad y asunción de responsabilidades, con el fin no sólo de promover un ambiente de comunicación sino también para crear focos locales de subjetivación colectiva. No se trata, pues, de una simple remodelación de la subjetividad de los pacientes –tal como preexistía antes de la crisis psicótica– sino de una producción sui generis. Por ejemplo, ciertos enfermos psicóticos oriundos de medios agrícolas pobres serán invitados a practicar artes plásticas, a hacer teatro, video, música, etc., universos que hasta entonces les eran ajenos. En cambio, los burócratas e intelectuales se verán atraídos hacia el trabajo material, en la cocina, el jardín, la alfarería, el club hípico. Lo importante no es la mera confrontación con una nueva materia de expresión, sino la constitución de complejos de subjetivación: individuo-grupo-máquina-intercambios múltiples. En efecto, estos complejos ofrecen a la persona posibilidades diversificadas de rehacerse una corporeidad existencial, salir de sus atolladeros repetitivos y en cierto modo resingularizarse. Se operan así injertos de transferencia que no proceden sobre la base de dimensiones “ya ahí” de la subjetividad, cristalizadas, en complejos estructurales, sino de una creación y que, por ese carácter, dependen de una suerte de paradigma estético. Se crean nuevas modalidades de subjetivación (Guattari, 1996, p.17-18).

Apegándonos al imaginario presente en Shibboleth las nuevas modalidades de subjetivación colectiva –o bien, producción de subjetividad– y reconociendo las consecuencias de su instauración como metodología en el anexo es posible recontextualizar lo que Guevara y Leija denominaron como ‘grupos de muerte’. Al conocer el trabajo de Guevara y Leija en el anexo, y en el contexto de las

celebraciones del día de muertos en México³⁶ en el mes de noviembre, decidí preguntar directamente a Guevara y Leija ¿qué significaba para ellos la muerte? Sus respuestas me permitieron entender la intencionalidad constructiva y vitalista de su experimento pedagógico, mismo que de primera instancia pudiera mostrarse como una manifestación lúgubre. Leija, que lleva tatuado en el dorso de su mano derecha dos veces la palabra ‘Muerte’ me respondió en términos llanos que para él la muerte “es lo que sostiene la vida” (Leija, 2020). La respuesta de Guevara, aunque más elaborada, estaría en consonancia con lo enunciado por Leija:

[...] Todo es cíclico y se piensa que la muerte es parte de ese ciclo, sin embargo, albergo una tenue esperanza que no sea así, más bien que sea como una escalera de caracol, si yo creo que es un peldaño en la escalera. Sólo reflexioné una vez sobre eso cuando fue mi exaltación³⁷, pero como bien sabes, uno vuelve a la vida después de eso. En cuanto al tarot, es la transmutación que nos iguala a todos (Guevara, 2020).

Shibboleth podría entonces entenderse como una transmutación del instinto de muerte –en términos Freudianos– por un instinto de vida, teniendo siempre en cuenta sus oscilaciones. La producción de la nueva subjetividad en las personas del anexo podría entenderse en estos términos como un símil de un proceso de renacimiento, del pasaje a través de un umbral en que las convenciones sociales se ven en parte suspendidas para devenir una nueva subjetividad. Leija puede tener presente a la muerte en su cotidianeidad, a cada momento que observa el tatuaje de su mano derecha; ahora él podría leerse ajeno a esta, recordando lo dicho de las personas que participaron de Shibboleth, y quién mejor que este psicólogo potosino para constatar las posibilidades de producción de subjetividad en los que alguna vez fueron ‘sujetos de anexo’. Con Shibboleth, Guevara y Leija (2020), posibilitaron la emergencia de nuevas subjetividades de los sujetos de anexo contribuyendo a la ruptura de las osificaciones subjetivas que son un producto de la violencia y la marginalidad del entramado sociopolítico. No es en balde que en la portada de la obra Shibboleth aparezca la representación de una carta rota de El Arcano sin nombre; la vida y la muerte parecen relevarse la una a la otra, siempre

³⁶ En su obra *El Laberinto de la Soledad*, Octavio Paz (1977), aborda a detalle las connotaciones culturales del día muertos; la muerte ha entrañado una fascinación al pueblo mexicano desde sus orígenes prehispánicos.

³⁷ Se trata propiamente de un rito ceremonial de paso, dentro de la tradición de la masonería escocesa, en el que los símbolos de muerte-renacimiento se encuentran muy presentes con el fin de interiorizarse en la memoria de los adeptos.

en continuidad, oscilando. Posiblemente sea que las esperanzas de Guevara puedan cumplirse para todos de alguna manera, que ya lo hagan, que la propia subjetividad se siga produciendo, peldaño a peldaño en una escalera de caracol sin un límite existencial aparente.

6.-Conclusiones

El presente escrito surge como una propuesta de Pedagogía Hospitalaria en los centros de rehabilitación de adicciones denominados en México como 'anexos', los cuáles se establecen como espacios de 'liminalidad' que sugieren el encuentro con una Pedagogía Hospitalaria de carácter crítico. La propuesta pedagógica denominada 'Shibboleth' consistió en un experimento de carácter narrativo llevado a cabo por las personas ingresadas en el anexo, mismo que fue catalizado por la simbología del tarot de Marsella y fue plasmado en una serie de microrrelatos y expresiones pictóricas conocidas como exvotos negros.

Los talleres en los que se llevó a cabo Shibboleth desarrollados por el artista plástico Carlos Guevara y el psicólogo Luis Leija podrían caracterizarse como focos locales de subjetivación colectiva; las consecuencias de Shibboleth derivaron en la producción de nueva subjetividad, trascendiendo la estasis existencial denominada implicada en el 'sujeto de anexo'. La producción de subjetividad en este ejercicio de Pedagogía Hospitalaria crítica llevó a que las personas redimensionaran sus condiciones existenciales, y tuvieran la posibilidad de percibirse a sí mismas como subjetividades con nuevas posibilidades de vida.

Shibboleth finalmente se presenta como un espejo oscuro que refleja esa imagen irremisiblemente humana que como sociedad nos encargamos de distanciar; este experimento creativo en el anexo permite valorar la importancia de la creatividad y la comunidad para la condición humana, ya que estos elementos proveen de un sustrato que posibilita la constante renovación del ser humano, y lo mantienen como artífice de su propia libertad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bateson, G. (1998). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Lohlé-Lumen.

- Costa, M. & Jodorowsky, A. (2004). *La vía del Tarot*. Ciudad de México: Grijalbo.
- Deleuze, G. (2002). *Diferencia y Repetición*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Deleuze, G. & Guattari, F. (1985). *El Anti-Edipo: Capitalismo y Esquizofrenia*. Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Guevara, C. & Leija, L. (2020). *Shibboleth: Narrativas desde el Anexo*. San Luis de Potosí: El Diván Negro.
- Guattari, F. (1996). *Caósmosis*. Buenos Aires: Manantial.
- Guattari, F. (2000). *Cartografías Esquizoanalíticas*. Buenos Aires: Manantial.
- Monsalve, C. (2020). (Re)pensar la pedagogía hospitalaria desde sus fundamentos epistemológicos. *Revista Intersaberes*, 15(35), 342-362.
- Paz, O. (1977). *El Laberinto de la Soledad*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Rosovsky, H. (2009). Alcohólicos Anónimos en México: Fragmentación y Fortalezas. *Desacatos*, (29), 13-30.
- Saldaña-Medina, G. (2015). *Más allá del cráneo, más allá de los muros hospitalarios: la salud mental como Derecho Humano*. Tesis para la obtención del grado de maestría en Derechos Humanos: San Luis de Potosí: Universidad de San Luis de Potosí.
- Van Gennep, A. (2013) *Los ritos de paso*. Madrid: Alianza Editorial.

Sobre los autores

David Le Breton. Profesor de sociología y antropología y miembro de Dinámicas Europeas (DynamE) en la Universidad de Estrasburgo y del Instituto Universitario de Francia (IUF). Forma parte también del laboratorio URA-CNRS “Culturas y sociedades en Europa”. Sus investigaciones están dirigidas a las representaciones del cuerpo humano y al análisis de los comportamientos de riesgo. Además, ha trabajado y escrito sobre el dolor, el silencio y el rostro. Ha escrito una treintena de libros, entre los cuales el influyente *Antropología del cuerpo y modernidad*, cuya primera edición apareció en Presses Universitaires de France (1990). Sus libros han sido objeto de más de 80 traducciones en una docena de lenguas. También codirigió el *Dictionnaire de l'adolescence et de la jeunesse* en Presses Universitaires de France. En Chile ha publicado *Cuerpo sensible* (Metales Pesados, 2005), *La edad solitaria: Adolescencia y sufrimiento* (LOM, 2012) y *Antropología del dolor* (Metales Pesados, 2020). Recibió un Doctorado Honoris Causa de la Escuela Nacional de Estudios Políticos y Administrativos en Bucarest (Rumania) en 2019 y del Centro de Estudios Latinoamericanos de Educación Inclusiva (CELEI) en 2020.

Roberto Agustín Follari. Doctor y Licenciado en Psicología por la Univ. Nacional de San Luis. Profesor titular de Epistemología de las Ciencias Sociales (Univ. Nacional de Cuyo, Fac. Ciencias Políticas y Sociales). Ha sido asesor de la OEA, de UNICEF y de la CONEAU (Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria). Ganador del Premio Nacional sobre Derechos Humanos y universidad otorgado por el Servicio Universitario Mundial. Ha sido director de la Maestría en Docencia Universitaria de la Univ. de la Patagonia y lo es de la Maestría en Estudios Latinoamericanos de la Univ. Nacional de Cuyo; y es miembro del Comité Académico de diversos posgrados. Ha sido miembro de las comisiones evaluadoras de CONICET. Ha sido profesor invitado de posgrado en la mayoría de las universidades argentinas, además de otras de Ecuador, Venezuela, México, España, Costa Rica, Chile y Uruguay. Autor de 16 libros publicados en diversos países, y de unos 150 artículos en revistas especializadas en Filosofía, Educación y Ciencias Sociales. Ha sido traducido al alemán, el inglés, el italiano, el idioma gallego y el portugués. Uno de sus libros más difundidos se denomina “Teorías Débiles (para una crítica de la deconstrucción y de los estudios culturales)”, y ha sido editado por Homo Sapiens (Rosario, Argentina). En la misma editorial ha publicado posteriormente “La proliferación de los signos (la teoría social en tiempos de globalización)”, junto a miembros de su equipo de

investigación y -a posteriori- “La selva académica (los silenciados laberintos de los intelectuales en la Universidad)”. Recibió el Doctorado Honoris Causa del Centro de Estudios Latinoamericanos de Educación Inclusiva (CELEI) en 2020.

Verónica Violant-Holz. Doctora en Psicología, Licenciada en Psicología clínica y Diplomada en Formación del Profesorado-Infantil. Profesora titular -Departamento de Didáctica y Organización Educativa, Facultad de Educación. Universidad de Barcelona (UB). Directora del Observatorio Internacional en Pedagogía Hospitalaria. Directora del Postgrado Pedagogía Hospitalaria en Neonatología y Pediatría -PHNP (UB-IDP-ICE). Investigadora Principal del grupo de investigación consolidado (2017SGR 1314) -PHNP (<https://pedagogiahospitalaria-org>). Presidenta de ASOCREA y Editora de la revista *Creatividad y Sociedad*. Colabora, desde 2017, en las políticas públicas en relación con la infancia y adolescencia en situación de enfermedad de Cataluña (convenios de colaboración Generalitat de Cataluña y UB). Con una trayectoria docente e investigadora desde hace más de 25 años en el ámbito de la Creatividad y Salud, y en la Pedagogía Hospitalaria. Conferencista Invitada a nivel internacional en Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, China, Filipinas, India, Indonesia, Malasia, México, Sud-África, Taiwán, Tailandia, Turquía y Venezuela. Autora de libros y capítulos (40) y artículos indexados (28). Citar como publicación en JCR-Q1 recientes: González-González, C. S., Holz, V. V., Moro, A. I., García, L. C., & Franco, M. D. G. (2021). Robótica educativa en contextos inclusivos: el caso de las aulas hospitalarias. *Educación XX1*, 24(1); Herranz-Rubia, N., Violant, V., Balaguer, A., & Noreña-Peña, A. (2020). Applying Qualitative Research to Develop a Guide for Parents of Newborns With Hypoxic-Ischemic Encephalopathy. *International Journal of Qualitative Methods*, 19, pp. 1 – 12. 1609406920923426. Directora del proyecto Editorial Octaedro: Educar, creciendo en salud. Miembro del consejo editorial -revista *Perspectiva Educativa*, miembro del consejo de redacción -revista *EDUCAR*, miembro del equipo editorial, en el equipo consultivo -revista *Científica SEARCHING* de Ciencias Humanas y Sociales; Miembro del comité científico -revista *Prohominum*. Review editor -revista *Frontiers in Human-Media Interaction*. Premio obtenidos: Mejor comunicación -VI CVC Workshop on the progress on the Reseach & Development. Barcelona, 2011; Premio Diamante de la Investigación -Premios Mundiales de las Ciencias Eureka, 2012; Mejor comunicación -Premio ESPNIC NICU, European Academy of Paediatric Societies;

Mejor comunicación, categoría Pensamiento computacionales y robótica en educación -TEEM'19.

Carina Soledad González González. Doctora en Física e Informática por la Universidad de La Laguna (ULL) (2001), y Doctora en Ciencias Sociales y Educación (2020) por la Universidad de Huelva (España), Ingeniera informática (1995) por la Universidad Nacional del Nordeste (Argentina) y diplomada en Tecnologías para la Educación Infantil (2018) por Tufts University (USA) y en Human-Computer Interaction (2020) por MIT (USA). Profesora Catedrática de Universidad de Arquitectura y Tecnología de Computadores, Departamento de Ingeniería Informática y de Sistemas (ULL). Directora del Instituto de Estudios de las Mujeres y del Aula de Cultura Digital (ULL). Ha dirigido el Postgrado Uso de las TIC para la atención educativa hospitalaria y domiciliaria. Investigadora Principal del grupo de investigación consolidado Interacción, Tecnología y Educación (ITED). Presidenta de la Asociación Campus Virtuales. Editora en Jefe de la revista IEEE Revista Iberoamericana de Tecnologías del Aprendizaje (IEEE-RITA). Editora Asociada de las revistas IEEE Transactions in Education y Revista Campus Virtuales, entre otras revistas indexadas. Desde hace más de 20 años investiga en el uso de las tecnologías para el aprendizaje. Conferencista Invitada a nivel internacional en Alemania, Argentina, Bahrein, Brasil, Canadá, Colombia, Chile, China, Ecuador, Emiratos Árabes, México, Perú, Portugal, Guatemala, USA, entre otros países. Ha recibido varios premios y menciones, entre los que se destacan en los últimos años el Premio Jesús Lores a mejor trabajo de investigación (2021), Premio Mari Carmen Marcos (2021) por su trabajo en mujeres e interacción persona-ordenador (2021), el premio europeo Martin Wolpers' Award 2020 a la excelencia en investigación, educación e impacto significativo en la sociedad, Premio de Innovación Educativa de Miriadax – Telefónica (2018) al mejor MOOC, entre otros reconocimientos.

Sarah Munoz-Violant. Psicóloga, con especialización en educación especial por la University of British Columbia (UBC), Vancouver, Canadá. Asistente de investigación en varios proyectos del grupo de investigación consolidado (2017SGR 1314) Pedagogía Hospitalaria en Neonatología y Pediatría. Future Leader de la Fundación Global Community Health desde donde colabora como miembro de varios proyectos de investigación y ponente en conferencias internacionales (ICPESS-2021 Jakarta; BRICSCCESS-2021 Shanghai; IPCESS-2022

Barcelona). Voluntaria en UBC Peer Support y de la Psi Chi International Honor Society in Psychology (UBC Chapter). Como publicación reciente en JCR-Q1: Violant-Holz, V., Gallego-Jiménez, M. G., González-González, C. S., Muñoz-Violant, S., Rodríguez, M. J., Sansano-Nadal, O., & Guerra-Balic, M. (2020). Psychological Health and Physical Activity Levels during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 17(24), 9419; Ha recibido los siguientes premios en reconocimiento académico: Katherine Brearley Arts Scholarship (2019); Faculty of Arts International Student Scholarship (2019); Outstanding International Student Award. Y los siguientes en reconocimiento comunitario: International Community Achievement Award (2019).

Silvia Schlemenson. Doctora en Psicología por la Universidad de Buenos Aires. Dirige la Carrera de Especialización en Psicopedagogía Clínica en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (2016-2024) y es Profesora Consulta en la misma institución (2017-2024). Ha sido Profesora Titular Regular de la asignatura Psicopedagogía Clínica en el Departamento de Psicología Educacional de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires entre los años 1986 y 2016. Es docente de posgrados nacionales e internacionales en provincias argentinas tales como Tucumán y Santiago del Estero; San Pablo (Brasil); San Luis Potosí (México); Universidad de la República, Montevideo (Uruguay). Ha dirigido proyectos de becarios y de investigación nacionales e internacionales de diversos organismos como Ubacyt, Anpcyt, Mincyt-Capes, Conacyt (México). Es autora de libros de la Editorial Paidós sobre clínica psicopedagógica: *“Adolescentes y problemas de aprendizaje: Escritura y procesos de simbolización en márgenes y narrativas”* y *“La clínica en el tratamiento psicopedagógico. Investigación y praxis”*; de la Editorial Mandioca: *“Modalidades de aprendizaje El afecto en la clínica psicopedagógica y el espacio escolar”*; y es autora y directora de una colección de la Editorial Miño y Dávila.

Débora Grunberg. Doctoranda en Psicología y Magíster en Psicología Educacional por la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Es Becaria Doctoral por CONICET (Argentina). Es una de las docentes a cargo en la materia *“Institución Escolar y Problemas de Aprendizaje”*, y supervisora clínica en la Carrera de Especialización en Psicopedagogía Clínica en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Se desempeña como terapeuta en los Servicios de Asistencia Psicopedagógica (Universidad de Buenos Aires) y en el Programa de

la Facultad de Psicología en el Hospital de Clínicas José de San Martín. Es investigadora en el Programa de Investigación de la Cátedra de Psicopedagogía Clínica de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Es coautora del libro *“Imaginando (en) la escuela. Experiencias de producción simbólica con niños y adolescentes”* de la Editorial Entreideas. Es coautora de los trabajos premiados con el 1º puesto del Premio de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (2009 y 2012). Es también autora y coautora de artículos en revistas nacionales e internacionales. Participa y expone en congresos y eventos científicos nacionales e internacionales. Fue beneficiaria de becas de formación y estancias de investigación nacionales e internacionales.

Manuel Moreno Preciado. FORMACIÓN: Diplomado en Enfermería (1983): Ecole Le Bon Secour, Ginebra, Suiza. Licenciado en Antropología: Universidad (2001): Católica San Antonio, Murcia (UCAM). Doctorado (2006: Universidad Católica San Antonio, Murcia (UCAM). ACTIVIDADES ACADÉMICAS ANTERIORES: Director del Departamento de Enfermería de la UEM: 2005-2012; Profesor de la Universidad Europea de Madrid: entre 1998 y 2014. ACTIVIDADES ACADÉMICAS ACTUALES: Profesor conferenciante en la Universidad Camilo José Cela de Madrid (Grado en Enfermería) en la Universidad Católica San Antonio de Murcia (Máster en Investigación de Ciencias Sociosanitarias). Miembro del Consejo de la Fundación Index de Enfermería; Miembro del Comité Editorial de la revista Enfermería Comunitaria; Revisor de las revistas científicas *“Gazeta de Antropología, Cultura de los Cuidados y Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health”*. PUBLICACIONES: (Libros) 2021, *Transculturalidad, género y salud. Manual de Enfermería Cultural*. Elsevier, Madrid. 2018, *Enfermería cultural. Una mirada antropológica sobre el cuidado*. Ediciones Garceta, Madrid. 2008, *El cuidado del otro. Un estudio sobre la relación enfermera/paciente inmigrado* (2008). Editions Bellaterra, Barcelona. Seis capítulos de libros y unos cien artículos en revistas científicas. RESUMEN LIBRE: Hasta la obtención del título de Antropología Social y Cultural en el año 2001, mi actividad profesional se centraba en la docencia en enfermería en la Universidad Europea de Madrid. A partir de esa fecha y con vistas a la obtención del título de doctor, mis preocupaciones se orientaron hacia la creciente diversidad cultural en España. De ahí que mi tesis se titulara *“La relación enfermera-paciente inmigrante”*. De esta nueva etapa destaco la producción de más de 50 publicaciones específicas sobre la

temática migratoria y el contexto de la salud, varios proyectos de investigación y la participación en foros científicos con un centenar de ponencias y conferencias. En la misma línea, he podido contribuir al seguimiento de programas de doctorado en varias universidades, participando en más de 20 tribunales de tesis, dirigiendo hasta su finalización a tres doctorandos.

Viana Ángela Bustos Arcón. Candidata a Doctora en Psicología y Becaria Colciencias-Uninorte del Doctorado en Psicología, Universidad del Norte. Magíster en Psicología, Universidad del Norte. Especialista en Psicología Clínica, Universidad del Norte. Psicóloga, Universidad Metropolitana. Subdirectora Nacional del Campo de Psicología Clínica del Colegio Colombiano de Psicólogos-Colpsic y Representante del Capítulo Zona Norte, Colegio Colombiano de Psicólogos - Colpsic. Docente Universitaria, Investigadora y Tutora Clínica. Directora de tesis de pregrado y posgrado. Par evaluador reconocido por MinCiencias e Investigadora Junior Reconocido por MinCiencias. Miembro Internacional de la American Psychological Association-APA y Miembro Profesional de la Sociedad Interamericana de Psicología-SIP. Creadora y Coordinadora del Grupo de Estudio en Psicoterapia Psicoanalítica "Garabato". Además, ha sido conferencista en diversos eventos académicos, científicos y gremiales nacionales e internacionales. Y autora de diversas publicaciones científicas nacionales e internacionales. Coautora de los artículos: "Educational technology and academic performance in students of public educational institutions during confinement by COVID-19" (2020), "Financial management and satisfaction with life in Colombians during confinement by COVID-19" (2020), "El lugar del yo en la comprensión de la Salud Mental" (2017), "Salud mental como efecto del desarrollo psicoafectivo en la infancia" (2017), "Estudio del lugar del niño con relación a la pornografía y prostitución infantil desde los aportes de la teoría psicoanalítica" (2016). Autora del libro: "Recuperación psicoafectiva. Una infancia resiliente" (2019) y "Perspectiva psicoanalítica de la angustia y el desarrollo emocional. Aportes a la comprensión de la infancia" (2017). Autora de: "Reflexiones para un modelo de intervención en salud mental en el escenario de postconflicto" (2016), "Deseo del analista, la transferencia y la interpretación: una perspectiva analítica" (2016) y "Psicoanálisis, Postconflicto y Salud Mental" (2016). Línea de investigación y consultoría: Psicología dinámica, psicología clínica, infancia, salud mental, poblaciones vulnerables e implementación de programas.

Leonardo Rafael Mass Torres. Candidato a Doctor en Psicoanálisis, Universidad Andrés Bello (Chile). Magíster en Psicoanálisis, Universidad Andrés Bello (Chile). Magíster en Psicología, Universidad del Norte. Especialista en Psicología Clínica, Universidad Metropolitana. Psicólogo, Universidad Metropolitana. Docente e Investigador. Director de tesis de pregrado, especialización y maestría. Miembro del Círculo Psicoanalítico del Caribe – CPC. Además, es Par Académico en investigación a nivel nacional, y Par evaluador reconocido por MinCiencias, e Investigador Junior Reconocido por MinCiencias. Es conferencista en Congresos, Simposios y Eventos Científicos a nivel nacional e internacional. Autor de diversas publicaciones científicas, así como editor de libros científicos y académicos. Coautor del capítulo de libro: “Inclusión educativa: Reflexiones desde el psicoanálisis” (2021). Autor del libro: “Principios del cuerpo en psicoanálisis. De la histeria al cuerpo pulsional” (2018) y “Familia contemporánea y maltrato infantil. Una lectura desde la Teoría Psicoanalítica.” (2011). Autor de: “De la histeria al cuerpo de la pulsión: el paradigma Freudiano” (2017), “El sujeto y la estética corporal en la sociedad contemporánea (algunas relaciones teóricas con el capitalismo y plus de gozar)” (2014). Autor del capítulo de libro: “Base freudiana para la concepción dinámica del infante” (2019); coautor de capítulos de libro: “Inclusión educativa: Reflexiones desde el psicoanálisis” Educación inclusiva, una apuesta por el reconocimiento de la diversidad.” (2020), “Violencia de género y posición femenina: consideraciones desde el derecho y el psicoanálisis.” (2019), “Verdad y posconflicto: Algunas consideraciones entre el derecho y el psicoanálisis” (2017), y coautor de los artículos: “Vicisitudes del Cuerpo en Psicoanálisis” (2018), “Estudio del lugar del niño con relación a la pornografía y prostitución infantil desde los aportes de la teoría psicoanalítica” (2016), “El niño y la cinta blanca: consideraciones psicoanalíticas en torno a la sexualidad infantil” (2015-Argentina), “El Lugar de la Madre en la Familia y su Articulación con las Formas Contemporáneas del Maltrato Infantil” (2013), entre otros. Líneas de investigación y consultoría: psicoanálisis, sujeto, educación, salud mental y subjetividad.

Guillermo Saldaña Medina. Antropólogo Social por Universidad Autónoma de Yucatán, maestro en derechos humanos por Universidad Autónoma de San Luis Potosí, maestro en antropología con especialización en antropología médica y psicológica por University of California San Diego. Actualmente es asesor de la

Dirección de Internacionalización y docente de la especialización en psiquiatría de la Facultad de Medicina en la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, además de llevar a cabo trabajo como consultor free-lance. Sus líneas de investigación versan sobre industria cultural global, salud mental y derechos humanos, y fenomenología y nuevas espiritualidades. Ha tenido cargos de docencia como profesor titular en historia de la religión; profesor asistente en multiculturalismo; raza y racismo; diversidad, equidad e inclusión en biología humana; asistente técnico en neurociencia evolutiva. Participante de coloquios y congresos en México y Estados Unidos, además de contar con las siguientes publicaciones: "Hacia una aproximación antropológica del delirio" (2014) D-Mentes Virtuales. Servicios de San Luis Potosí. "La artificialidad necesaria: ética, etología, ecología" (2015) Revista Novatio Iuris. Escuela de formación Jurídica de la Faculdade de Desenvolvimento do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil. Conformaciones del derecho natural y la ética en Spinoza (2016) Revista de Derechos Humanos y Estudios Sociales [REDHES]. Facultad de Derecho de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Departamento de Filosofía de la Universidad de Sevilla. Departamento de Derecho de la Universidad Autónoma de Aguascalientes. Educación para las Ciencias en Chiapas." El continuum de la Salud Mental: Contribuciones de la Antropología hacia la Prevención y Promoción" (2019) En Rosillo Martínez, Alejandro (Ed.) Bioderecho, ética y salud. México: Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Centro de Estudios Jurídicos y Sociales Mispat, A.C.

Aldo Ocampo González. Chileno. 1987. Teórico de la educación inclusiva, especializado en teoría crítica de la educación inclusiva, orienta su trabajo a la comprensión de la interseccionalidad, la justicia educativa, la educación antirracista, las teorías postcoloniales, los estudios visuales, la filosofía de la diferencia y las metodologías emergentes de investigación. Articula su actividad desde una perspectiva post-, inter- y para-disciplinar. Su trabajo intelectual ha sido reconocido por diversos países del continente. Creador de la Epistemología de la Educación Inclusiva, trabajo reconocido por diversos países y universidades de Latinoamérica. Director fundador del Centro de Estudios Latinoamericanos de Educación Inclusiva (CELEI), institución reconocida y con estatus asociativo a CLACSO. Primer centro de investigación creado en ALAC y Chile para el estudio teórico y metodológico de la Educación Inclusiva. Creó la primera Licenciatura en Educación Inclusiva impartida en Chile. Profesor Invitado en la Maestría en

Educación desde la diversidad impartido por la Univ. de Manizales, Colombia, Profesor del Doctorado en Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional del Perú, Perú, Profesor de Epistemología de la Educación Inclusiva en la ENLEF, Tuxtla, México y Profesor Visitante en la Universidad de Buenos Aires, Argentina, Profesor invitado del Doctorado en Educación de la Universidad Católica de Manizales (UCM), Colombia y del Doctorado en Educación de la Universidad Nacional de Santiago del Estero (UNSE), Argentina. Director de Polyphonia. Revista de Educación Inclusiva, publicación científica de CELEI. Profesor de Educación General Básica, Licenciado en Educación, Post-titulado en Psicopedagogía e Inclusión (UCSH, Chile). Magíster en Educación, mención Currículo y Evaluación, Máster en Política Educativa, Máster en Lingüística Aplicada (Univ. de Jaén, España), Máster en Integración de Personas con Discapacidad (Univ. de Salamanca, España) y Doctor en Ciencias de la Educación, aprobado Sobresaliente por Unanimidad, mención “Cum Laude” por la Universidad de Granada, España. Actualmente, cursa el Programa Oficial de Doctorado en Filosofía y Ciencias de Lenguaje, impartido por la UAM, España. Es autor de 6 libros, capítulos de libros y actas científicas, así como de más de 170 artículos entre el período 2009 a 2019. Ha impartido más de 100 conferencias, conferencias magistrales y clases magistrales en casi todo Iberoamérica por invitación gracias a sus escritos y publicaciones para inaugurar congresos en España, Ecuador, México, Perú, Brasil, Colombia, Argentina y Chile, Venezuela, entre otros. En julio de 2017, tras su participación como conferencista invitado al II y en 2019 al III Encuentro de Literatura Infantil y Juvenil (EILIJ), organizado por la Universidad Nacional del Chimborazo y la Casa de la Cultura Núcleo de Chimborazo, le fue otorgado el reconocimiento de “Ciudadano Ilustre”, por el Distrito de Riobamba, Ecuador, por su trabajo sobre Epistemología de la Educación Inclusiva y, así también, por el Municipio de El Tambo, ciudad de Huancayo en Perú, tras su participación como conferencista en el VI Seminario Internacional de Investigación, Epistemología y Educación. En 2018 la Red Iberoamericana de Pedagogía (REDIPE) le otorgó el Premio Iberoamericano a la Investigación por la creación de la Epistemología de la Educación Inclusiva, entregado en Ecuador. Cuenta, además, con el reconocimiento del Congreso del Perú por su aporte a la educación y a la cultura.

Agustín de la Herrán Gascón. Pedagogo, Diplomado en Profesorado de EGB (UCM). Licenciado en Filosofía y Ciencias de la Educación (Sección: Ciencias de la Educación) (UCM), con Premio Extraordinario de Licenciatura y Primer Premio Nacional de Licenciatura. Premio al Colegiado de Mejor Expediente Académico (Ilustre Colegio Oficial de Doctores y Licenciados en Filosofía y Letras y en Ciencias de Madrid (CDL), Magister Universitario en Psicología Escolar (UCM). Doctor en Filosofía y Ciencias de la Educación (UCM), con Premio extraordinario de Doctorado. Profesor titular del Departamento de Pedagogía de la Universidad Autónoma de Madrid. Trabajo como personal docente e investigador en la Facultad de Formación de Profesorado y Educación de la Universidad Autónoma de Madrid. Antigüedad UAM: septiembre, 1995. Antigüedad como profesor titular: abril, 2009. 2 sexenios de investigación (CNEAI). Mis aportaciones científicas se vinculan, desde hace treinta años, a la crítica y a la renovación pedagógica de campos como la educación, la formación y la enseñanza, así como de disciplinas, como la Pedagogía y la Didáctica. Desde 2013 promuevo el ‘enfoque radical e inclusivo de la educación y la formación’ (antes, enfoque complejo-evolucionista), que busca la síntesis entre la educación y la enseñanza del Oriente Clásico y el enfoque científico, práctico-reflexivo y dialéctico crítico actuales. Entiendo que pudiera referirse a un verdadero nuevo paradigma –generado tanto desde una Pedagogía y una Didáctica enraizadas en lo esencial del ser humano, tanto a nivel social como personal, que no solo afectase a las Ciencias de la Educación. Desde esta perspectiva, he promovido la normalización científica y educativa de constructos innovadores y, a la vez, ancestrales, de naturaleza radical, tanto indeseables como deseables, como el ego, la inconsciencia, la dualidad, la parcialidad, la miopía, la estupidez humana, la inmadurez social generalizada, la conciencia, el autoconocimiento, la universalidad, la creatividad basada en la conciencia, la muerte, el adoctrinamiento, la barbarie, la Pedagogía Prenatal, etc. Un aspecto clave ha sido la redefinición del concepto/fenómeno de la educación, desde la perspectiva de la inclusión de ámbitos formativos fundamentales y oficial, paradójica y generalmente desatendidos, tanto en el corpus de la Pedagogía y la Didáctica, como por los organismos internacionales de educación o los currículos oficiales. Donde más he trabajado, desde 1997, es en Pedagogía y Didáctica de la muerte, comprendidas como disciplinas inseparadas, desde la perspectiva de la segunda, dedicadas al estudio de una educación que tenga en cuenta la muerte, para una vida más consciente. Como ámbito educativo, la muerte se ha

conceptuado como el primero -mas, quizá, no el más importante- de aquella familia de ámbitos o constructos radicales con base en la conciencia, claves para una redefinición profunda de la educación, de sus fines, de la formación, de los currículos y del ser humano, en general, en tanto que eslabón perdido de sí mismo. Ha sido coordinador del Posgrado Oficial en Educación de la Universidad Autónoma de Madrid, del Programa de Doctorado 'Innovación y Formación del Profesorado', del Master en Calidad y Mejora de la Educación y del Máster en Tecnologías de la Información y la Comunicación en Educación y Formación. Ha sido secretario y director de la revista "Tendencias Pedagógicas". Director 10 años de "Apuntes de Pedagogía", Boletín del Ilustre CDL. Autor o coautor de unos 135 artículos científicos en revistas indexadas nacionales e internacionales y otras 110 en revistas no indexadas. Autor o coautor de unos 160 libros o capítulos de libro. Nº de publicaciones de calidad: 83; de ellas, 15 artículos JCR, 28 SJR-Scopus y 40 libros y capítulos de libros SPI Q1. He sido IP o Co IP de 7 proyectos de investigación financiados y competitivos, y participado como miembro del equipo de investigación en otros 22. Entre los dirigidos o codirigidos se incluye el proyecto "Innovación e inclusión de la muerte en la educación" (2017-2021), financiado por la Convocatoria 2017 Proyectos de I+D+i, del Programa Estatal de Investigación, Desarrollo e Innovación Orientada a los Retos de la Sociedad. 6 de ellos son latinoamericanos y se articularon como cooperación para el desarrollo educativo (de todos). Los proyectos dirigidos o codirigidos han tenido una financiación de 275.950 euros. Ha sido director del grupo de investigación reconocido por la UAM "Formación del profesorado, innovación y creatividad en educación" (FORPROICE), entre 2013-2019. Actualmente, dirige el grupo de investigación "Pedagogía, formación y conciencia". El avance científico en mis estudios ha posibilitado la creación de redes internacionales, con investigadores de las universidades de Foggia y Milano-Bicocca (Italia), Évora y Coimbra (Portugal), Kaiserslautern (Alemania), Strathclyde (Reino Unido), Técnica de Manabí y PUCE (Ecuador), Autónoma Nacional de Nuevo León y Nacional Autónoma de México (México), Católica do Rio Grande do Sul, Caxias do Sul y Federal de Santa María (Brasil), etc. Ha realizado 75 estancias internacionales invitadas en unas 25 universidades de México, Argentina, Cuba, Ecuador, Guatemala, El Salvador, Perú, Brasil, Colombia, Uruguay, Portugal, Alemania, Canadá, etc., para la realización de tareas de investigación, formación y gestión. Ha realizado 65 conferencias magistrales invitadas en congresos científicos nacionales e

internacionales -40 de investigación y 25 docentes- 20 ponencias de mesas redondas y 75 comunicaciones, talleres o posters. Otras conferencias fuera de congresos: 160. Ha dirigido 3 proyectos de innovación docente y participado como miembro del equipo de innovación en 20. Cursos impartidos, aparte de la enseñanza oficial: 270, de los que un 25%, aproximadamente, se dirigieron a la enseñanza universitaria. Ha recibido 49 cursos para su formación continua. Miembro del Consejo Evaluador Externo, Consejo de redacción y Comité Científico de unas cuarenta revistas especializadas en Pedagogía, educación y formación. La investigación desarrollada ha tenido una clara transferencia a la sociedad. Un ejemplo es el Convenio de Colaboración creado con la Fundación SM, del que soy miembro del equipo de investigación, que ha culminado en la publicación gratuita de dos Guías para docentes y familias: "Pedagogía de la muerte aplicada. Guía educativa", y "Pedagogía de la muerte aplicada. Plan lector" (2021). He promovido numerosas acciones formativas y culturales en la universidad para docentes en ámbitos en que he investigado. En el ámbito de la difusión científica y profesional, destaco contribuciones en TV, radio y prensa, por ejemplo, 6 artículos en la revista Escuela Española, 4 en Cuadernos de Pedagogía o 3 en "The Conversation", republicados en numerosos medios de comunicación relevantes. También he publicado recursos didácticos accesibles, algunos, específicos para la educación en pandemia. Sobre mi aportación a la formación de jóvenes investigadores, he sido director o codirector de 54 tesis doctorales, de ellas, 41 cum laude, 8 con publicaciones en JCR o SJR-Scopus, dos, en un Programa de Doctorado con Mención de Calidad, dos tuvieron premios otorgados por instituciones relevantes y dos fueron premios extraordinarios. A través del citado proyecto I+D "Innovación e inclusión de la muerte en la educación", del que fui IP, se formó y contrató a una investigadora predoctoral de apoyo técnico a la investigación, que publicó artículos de impacto junto a los IP del proyecto. La calidad de la docencia se ha acreditado a través del Programa Docentia (ANECA), en dos ocasiones, con la máxima calificación (A). He sido autor de un libro premiado por el Ministerio de Educación y Ciencia (2006), he participado en un programa de doctorado con Mención de Calidad y he coordinado el MOOC "Cómo educar teniendo en cuenta la muerte", que ha recibido un reconocimiento internacional. He recibido una veintena de premios y reconocimientos por la trayectoria académica, investigadora, o a proyectos en que ha trabajado, entre los que destacan un reconocimiento especial como Profesor Invitado por tres universidades (U. de

Camagüey, UNAM y Alfonso X el Sabio) y un Doctorado Honoris Causa por CELEI (<https://celei.cl/>). Actualmente investiga en el ámbito del grupo que coordina, junto al Dr. Pablo Rodríguez Herrero, “Pedagogía, formación y conciencia” <https://pedagogiafc.com/>. Página personal: <https://radicaleinclusiva.com/>

Esta obra forma parte del Sello Producción de otros mundos de Ediciones CELEI.

Concebida como una estrategia de difusión del conocimiento y la reflexión práctica sobre los desafíos que enfrenta la educación de la multiplicidad de diferencias en el contexto de la Justicia Educativa.

La presente obra se editó por primera vez en enero de 2022, en los talleres de Ediciones CELEI. En su composición se utilizó Candara, a través del programa Adobe Systems.

En esta obra nos proponemos analizar mediante un doble vínculo analítico, el corpus de tensiones implicadas en la comprensión epistémico-metodológica de la Pedagogía Hospitalaria que cristalizan determinadas prácticas, sentidos y alcances en la investigación del campo. Singularmente, el encuentro intenta develar los supuestos heurísticos implicados en la configuración de las prácticas intelectuales y analíticas de esta. Nos proponemos explorar los contornos investigativos de la Pedagogía Hospitalaria, intentando ofrecer una mirada compleja y superadora de sus diversas problemáticas, contradicciones y equívocos de aproximación a su objeto. La configuración de este espacio impone una figuración creativa devenida en un contra-espacio epistemológico cuya fuerza política, heurística y metodológica fomenta la subversión de las convenciones establecidas. Al ratificar una naturaleza nómada rescata la pluralidad epistemológica, imputa un corpus de mecanismos alterativos que afectan las formas del pensar epistémico y metodológico, su fórmula heurística acontece en los espacios intermedios, en la fuerza de lo liminal y lo membránico. Es una zona de altas intensidades inestables, en permanente movimiento, fomenta singulares, pero a la vez, poderosas formas de des-identificación con dominios entrecruzados que configuran parte de la estructura de conocimiento superficial de lo pedagógico en contextos hospitalarios. Todo ello, permite superar la forma teórica dualista que emplaza la producción un significante falso e incluso, restrictivo, en su forma analítico-metodológica. El nomadismo epistemológico construye una movilización heurística que desarma un corpus de dualismos epistémicos antagónicos introducidos por la clásica disputa de los coeficientes de poder entre lo pedagógico y lo médico, pues, desde el Centro de Estudios Latinoamericanos de Educación Inclusiva (CELEI), entendemos que la Pedagogía Hospitalaria no es mitad pedagogía, ni mitad medicina, es el deseo-de otra-cosa.

La pedagogía hospitalaria configura un contra-espacio epistemológico, es un pensamiento que entrecruza, rearticula y opera más allá de sus diversas configuraciones conceptuales, objetuales, teóricas, discursivas y metodológicas –todas ellas, albergadas bajo el significante de contra-recursos constructivos estructurados de forma no-jerárquica–, enuncia y escucha los aportes de cada uno de sus geografías epistémicas en la exterioridad del trabajo teórico, configurando un umbral de transformación del conocimiento. La Pedagogía Hospitalaria en tanto objeto de investigación, campo y práctica profesional es una extraña dentro de sus dominios genealógicos. Su territorio se caracteriza por el cambio y la inestabilidad, esto implica dar cuenta de nuevas operaciones, conceptos y formas de abordar su práctica analítica y metodológica. Es un campo nómada, conduce a un esfuerzo para pensar una nueva forma heurística capaz de convivir con sus continuas transformaciones. La interrogante por la autenticidad del dominio fomenta la emergencia de diversos tipos de figuraciones, crea una nueva imagen que permite concebir al objeto y al campo desde otras posiciones y de otra manera, promoviendo la reconciliación con su propia naturaleza.



EDICIONES CELEI

Centro de Estudios Latinoamericanos de Educación Inclusiva (CELEI)

Primer centro de investigación creado en ALAC y en Chile, dedicado al estudio teórico y metodológico de la Educación Inclusiva. Articula su actividad desde una perspectiva inter, post y para-disciplinar.