

EL CICLO DE LA EXPERIENCIA A TRAVÉS DE LA PEDAGOGÍA
HOSPITALARIA DE UNA NIÑA CON LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA.

JUAN ALEJANDRO RODRÍGUEZ GÓMEZ
GABRIELA MONROY RAMÍREZ
LILIANA LASSO BALANTA

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA CATÓLICA LUMEN GENTIUM
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGIA
SANTIAGO DE CALI
2020

EL CICLO DE LA EXPERIENCIA A TRAVÉS DE LA PEDAGOGÍA
HOSPITALARIA DE UNA NIÑA CON LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA.

JUAN ALEJANDRO RODRÍGUEZ GÓMEZ
GABRIELA MONROY RAMÍREZ
LILIANA LASSO BALANTA

Anteproyecto presentado para optar al título de psicólogo

Asesor
Alexander Aguirre Zarta

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA CATÓLICA LUMEN GENTIUM
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGIA
SANTIAGO DE CALI
2020

NOTA DE ACEPTACIÓN

Joan Sebastián Cardona Gallego
Jurado

Marlon Antonio Niño
Jurado

Santiago de Cali, mayo de 2020

DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo es dedicado a todos aquellos niños que se encuentran en procesos de tratamiento en cáncer en la ciudad de Cali, porque es a través de este trabajo que podemos comprender la dificultad que implica esta enfermedad y así mismo, consolidar procesos de atención integral a nivel psicológico que permitan la adhesión al tratamiento.

A nuestra familia, padre y madre, porque siempre estuvieron ahí, en medio de este proceso formativo brindado todo el apoyo y afecto para seguir adelante, con la motivación intacta.

AGRADECIMIENTOS

Inicialmente, agradecimientos a nuestro asesor de trabajo de grado, Alexander Aguirre Zarta, quien asumió con sentido de pertenencia este trabajo investigativo, dirigiendo cada paso con precisión y exigencia, porque fue de esta manera que logramos consolidar satisfactoriamente este proceso de aprendizaje y formación profesional.

Agradecimientos a nuestras familias, madre y padre, porque fueron la motivación que a diario permitieron movilizar el esfuerzo con el que logramos consolidar este proceso investigativo.

Agradecimientos a la Fundación Anhelos de Vida, por la labor que desempeñan con los niños diagnosticados con cáncer de la ciudad de Cali, ya que gracias a ellos fue posible el desarrollo de esta investigación.

Por último, agradecimientos a la Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium, por ofrecernos docentes con la experiencia necesaria para formarnos como profesionales en psicología, porque al final, es gracias a muchos de esos docentes que hemos logrado alcanzar esta meta.

CONTENIDO

RESUMEN.....	12
ABSTRACT.....	13
INTRODUCCIÓN.....	14
Contextualización	16
1. MARCO REFERENCIAL	19
1.1 ROL DEL DOCENTE HOSPITALARIO	19
1.2 INVOLUCRAMIENTO DE LA FAMILIA EN LA EDUCACIÓN	22
1.3 BENEFICIOS DE LA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA Y/O CENTROS EDUCATIVOS INCLUSIVOS	24
1.4 PERCEPCIÓN DEL DOCENTE FRENTE A LOS PROCESOS PREPARACIÓN EN PEDAGOGÍA HOSPITALARIA	27
1.5 OTRAS ALTERNATIVAS TRANSVERSALES A LA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA.....	29
1.6 PERCEPCIÓN DE LA FAMILIA RESPECTO A LA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA.....	31
1.7 ABANDONO EN EL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO.....	32
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	38
3. JUSTIFICACIÓN.....	42
4. OBJETIVOS	44
4.1 OBJETIVO GENERAL	44
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	44
5 MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL.....	45

Antecedentes de la investigación.....	45
Bases teóricas.....	47
5.1 LA EXPERIENCIA, LA VIVENCIA DEL SÍ MISMO CON EL MUNDO	48
5.2 LA NEUROSIS.....	50
5.3 EL SÍ MISMO EN FUNCIONAMIENTO, FIGURA-FONDO COMO ESFERAS DE INTERACCIÓN HUMANA.....	55
5.4 AUTORREGULACIÓN ORGANÍSMICA.....	57
5.5 EL CICLO DE LA EXPERIENCIA GESTÁLTICO	58
5.6 POLARIDADES DEL CICLO DE LA EXPERIENCIA.....	64
5.7 LA ENFERMEDAD FÍSICA DESDE EL ENFOQUE GESTÁLTICO	68
5.8 LA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA	71
Definición de términos	74
6 MARCO JURÍDICO	75
7. MARCO METODOLÓGICO.....	77
7.1 PARADIGMA.....	77
7.2 MÉTODO	77
7.2.1 Perspectiva	78
7.2.2 Tipo.....	78
7.2.3 Diseño	78
7.3. CATEGORÍAS.....	79
7.4. PARTICIPANTE.....	81
7.5. INSTRUMENTO.....	81
7.6. PROCEDIMIENTO.....	83
7.6.1. Fases.....	83

7.6.2. Tratamiento de datos	86
8. RESULTADOS	87
8.1 POLARIDADES EN LA INTERRUPCIÓN/BLOQUEOS DEL CICLO DE LA EXPERIENCIA	88
8.1.1 Polaridades Bio-positivas	89
8.1.2 Polaridades Bio-negativas	91
8.2 SIGNIFICACIÓN DEL CÁNCER	94
8.3 EFECTOS DE LA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA	96
9. ANÁLISIS	99
10. CONCLUSIONES	113
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119
ANEXOS.	129
Aprobación del instrumento	129
Instrumento CPH-CN	133
Consentimiento informado de la entidad.	143
Consentimiento informado del representante legal del menor.	144
Consentimiento informado del menor.	145
Listado de códigos para el análisis de CPH-CN	146
Codificación Abierta de los resultados del CPH-CN	148
Codificación Cerrada de los resultados del CPH-CN	167

LISTA DE TABLAS

<i>Tabla 1: Distribución de acuerdo con la ubicación por investigación.</i>	35
<i>Tabla 2 Categorías de las investigaciones del marco referencial.</i>	35
<i>Tabla 3 Investigaciones en Colombia</i>	37
<i>Tabla 4. Partes bio-positivas y bio-negativas de cada bloqueo (Rojas & Marañón, 2012, pp.142-143)</i>	65
<i>Tabla 5. Las frases de cada bloqueo (Rojas & Marañón, 2012, p. 144)</i>	66
<i>Tabla 6. Mensajes característicos de cada bloqueo (Rojas & Marañón, 2012, pp. 145-146)</i>	67
<i>Tabla 7. Polaridades del ciclo de la experiencia (PCE)</i>	88

LISTA DE FIGURAS

Ilustración 1. Organigrama de la Fundación Anheló de vida.	18
Ilustración 2. Parte pasiva y Parte Activa (Salamá, 2002, p.74).....	58
Ilustración 3. Cuatro cuadrantes (Salamá, 2002, p.76)	59
Ilustración 4. Fases (Salamá, 2002, p.80)	63
Ilustración 5. Interrupciones del ciclo (Salamá, 2002, p.83)	64

LISTA DE ANEXOS

ANEXOS.	129
Aprobación del instrumento.....	129
Instrumento CPH-CN	133
Consentimiento informado de la entidad.	143
Consentimiento informado del representante legal del menor.	144
Consentimiento informado del menor.....	145
Listado de códigos para el análisis de CPH-CN	146
Codificación Abierta de los resultados del CPH-CN	148
Codificación Cerrada de los resultados del CPH-CN.....	167

RESUMEN

Este proyecto de investigación cualitativa es un estudio de caso, con diseño no experimental transversal. Tuvo como objetivo conocer el ciclo de la experiencia a través de la pedagogía hospitalaria de una niña diagnosticada con Leucemia Linfoblástica Aguda en la ciudad de Cali - Colombia. Se encontró que la pedagogía hospitalaria contribuye en el flujo de la energía que lleva al cierre de gésales relacionadas con necesidades sociales, como la interacción con otros niños y la adaptación al ambiente hospitalario. No obstante, no se encontró un beneficio de la pedagogía hospitalaria con relación al ciclo experiencial de la menor, en temas relacionas como la integración de la experiencia de cáncer en su estructura Yoica y la adherencia al tratamiento, pues si bien, esta pedagogía permite conocer la enfermedad, no contribuye a que la menor asuma tal experiencia como propia. Es por esto que se evidencio una deflexión con relación al contacto con su realidad actual, lo que lleva a la menor a resignificar la Leucemia como una enfermedad que no genera dolor, mostrado así, que no hay una integración con la vivencia corporal. Adicional a esto, se halló en el ciclo de la experiencia la necesidad de recibir la aprobación de otro, a través de valoraciones positivas que permitan la internalización de mensajes nutritivos, favoreciendo su autoestima y la confianza en sí misma para enfrentarse al contexto hospitalario. La pedagogía hospitalaria suple tal necesidad a través del reconocimiento emitido por el docente en actividades educativas en el aula hospitalaria.

Palabras claves: CICLO DE LA EXPERIENCIA, GESTALT, PEDAGOGÍA HOSPITALARIA, LEUCEMIA.

ABSTRACT

This qualitative research project is a case study, with a non-experimental cross-sectional design. Its objective was to know the cycle of the experience through the hospital pedagogy of a girl diagnosed with Acute Lymphoblastic Leukemia in the city of Cali - Colombia. Hospital pedagogy was found to contribute to the energy flow leading to the closure of Gestals related to social needs, such as interaction with other children and adaptation to the hospital environment. However, there is no benefit found in hospital pedagogy in relation to the minor's experiential cycle, in related topics such as the integration of the experience of cancer in its Yoica structure and adherence to treatment, because although this pedagogy allows knowing the disease, not contributing to the minor, assume such experience as your own. This is why a deflection is evident in relation to contact with their current reality, which leads the minor to resignify Leukemia as a disease that does not generate pain, thus showing that there is no integration with bodily experience. In addition to this, the need to receive the approval of another was found in the cycle of experience, through positive appreciations that allowed the internalization of nutritious messages, favoring their self-esteem and self-confidence to face the hospital context. Hospital pedagogy meets this need through the recognition issued by the teacher in educational activities in the hospital classroom.

Key words: EXPERIENCE CYCLE, GESTALT, HOSPITAL PEDAGOGY, LEUKEMIA.

INTRODUCCIÓN

La Leucemia Linfoblástica Aguda es una de las enfermedades más comunes en niños. Su desarrollo aún no es concreto, no obstante, desencadena un impacto significativo al momento de su diagnóstico, debido al aislamiento que debe asumir la persona a causa del compromiso del sistema inmune que implica la enfermedad y su tratamiento. Es por esto que el paciente debe evitar contacto con la escuela y durante su proceso de curación aislarse por completo de este contexto, sin embargo, existen espacios durante el tratamiento como los que brindan los programas de pedagogía hospitalaria que, si bien buscan la continuidad escolar de los niños con diagnóstico de enfermedades crónicas, también permiten el ajuste social y la reestructuración emocional a través de la lúdica (Serradas, 2015).

En términos psicológicos, la enfermedad en sí representa aquello con lo que no se quiere establecer contacto, es decir, se convierte en esa parte negada, que a través del mensaje del deber ser de la enfermedad, delimita al individuo a ser paciente en vez de ser activo en su proceso de recuperación. La responsabilidad recae sobre el médico especialista y la persona solo espera ser curada (Schnake, 1995). De esta manera, el ciclo de la experiencia se ve bloqueado en el desarrollo de la afección física, es decir que la energía que se moviliza a fin de satisfacer alguna necesidad, se ve bifurcada en el proceso mediado por todas las dinámicas que intervienen en el contacto con la experiencia.

De acuerdo a lo anterior, esta investigación de metodología cualitativa con diseño no experimental transversal, busca a través de un estudio de caso, conocer el ciclo de la experiencia a través de la pedagogía hospitalaria de una niña diagnosticada con cáncer en la ciudad de Cali - Colombia, puesto que, a la pedagogía hospitalaria se le adjudican muchos beneficios que contribuyen en la adherencia al tratamiento,

el bienestar emocional y el ajuste social. (Martínez & Beltrán, 2012; Zapata, 2012; Serradas, 2015) Por lo que ha surgido el cuestionamiento en relación a si esta pedagogía podría contribuir o no al flujo de la energía en el ciclo Gestalt de una niña que padece una enfermedad crónica la Leucemia.

No obstante, una de las limitaciones más grandes que tiene la pedagogía hospitalaria radica en que es un programa en desarrollo en la ciudad de Cali, por lo cual no todos los menores con estancias hospitalarias prolongadas pueden acceder a tal beneficio.

La ciudad de Santiago de Cali cuenta con cuatro entidades médicas que atiende a la población con cáncer, de los cuales dos de ellos cuentan con el programa de pedagogía hospitalaria a través de una fundación sin ánimo de lucro llamada Anhelos de Vida. Es por ello que esta investigación es llevada a cabo con una niña de 11 años que recibe tratamiento en una de esas instituciones médicas y pertenece al programa otorgado por tal fundación.

Este estudio es relevante la psicología en el campo clínico y educativo, debido a que cuando un niño es diagnosticado con una enfermedad según Hernández & Rabadán (2013) surge un desequilibrio en su estado de salud, que genera un gran impacto psicológico en el menor que puede desencadenar trastornos emocionales relacionados al miedo, la ansiedad, dificultades cognitivas y sociales que pueden interferir en la adherencia al tratamiento del mismo. Es por ello que reconocer una herramienta que permita facilitar la movilización de la energía en torno a la nueva experiencia, mitigando el impacto traumático de algunos niños, resulta favorable para el quehacer psicológico, porque la pedagogía hospitalaria es un campo de acción interdisciplinario que abarca a todo el personal de la salud, entre los que se encuentra el psicólogo y el personal educativo (Martínez & Beltrán, 2012).

EL CICLO DE LA EXPERIENCIA A TRAVÉS DE LA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA DE UNA NIÑA CON CÁNCER.

Contextualización

La Fundación Anheló de Vida es una fundación sin ánimo de lucro, que nace en julio de 2008 como una iniciativa familiar. Inicialmente solo se realizaban donaciones a niños con cáncer, pero a partir del 2014, después de conocer más la situación de los menores, se identificó la carencia de procesos educativos durante su periodo de tratamiento y se inició el planteamiento de un proyecto educativo para esta población. Fue hasta el 2015 que se logró la implementación del proyecto y tuvo acogida inicialmente por parte del Hospital Universitario Del Valle.

La fundación tiene como *misión desde la pedagogía, el arte y la música, facilitar la continuidad escolar de los niños diagnosticados con cáncer*. Regida por la Ley 1384 de 2010 (abril 19) en la cual se establecen acciones para la atención integral del cáncer en Colombia. Como fundación que apoya a la continuidad escolar de esta población tiene como *visión para el 2021, ser reconocidos a nivel nacional como una organización que contribuye en la formación integral de niños, jóvenes y adultos diagnosticados con cáncer desde los espacios artísticos y pedagógicos que mejoran la calidad de vida de los diagnosticados y sus familiares*.

La fundación Anheló de Vida atiende aproximadamente a más de 70 niños con diagnóstico oncológico en la ciudad de Cali y cuenta con dos aulas hospitalarias, una sede ambulatoria y el plan de tutor en casa, los cuales consiste en:

Las Aulas Hospitalarias: Son un espacio físico en el área de hemato-oncología pediátrica del Hospital Universitario del Valle y del Centro Médico Imbanaco de la ciudad de Cali. En los cuales se dan clases de forma personalizadas a los niños y adolescentes con estancias de hospitalizaciones prolongadas.

Sede Ambulatoria: Es un espacio físico, actualmente ubicado al sur de la ciudad de Cali, en el barrio el Cedro, donde acuden los niños que están en tratamiento ambulatorio a recibir clases de forma grupal, en modalidad de Escuela Nueva.¹

Tutor en Casa: Es una propuesta de acompañamiento para aquellos niños que siguen en tratamiento ambulatorio y que no están en condiciones de asistir todavía al colegio, ni a la sede ambulatoria. Para ello se envía un docente de la fundación Anhelos de Vida hasta el lugar de residencia del menor, donde se lleva a cabo la clase.

La fundación Anhelos de vida cuenta con cuatro áreas principales las cuales son: coordinación pedagógica, dirección administrativa, área de comunicaciones y el área de finanzas. A continuación, se presenta el organigrama:

¹ Escuela Nueva: Es una metodología flexible, estipulada por el Ministerio de Educación Nacional (MEN), el cual permite tener estudiantes de diferentes grados en una misma aula, con uno a tres maestros. Este modelo da respuesta a los contextos rurales, a los orígenes culturales y a la heterogeneidad de edades (MEN, s.f).

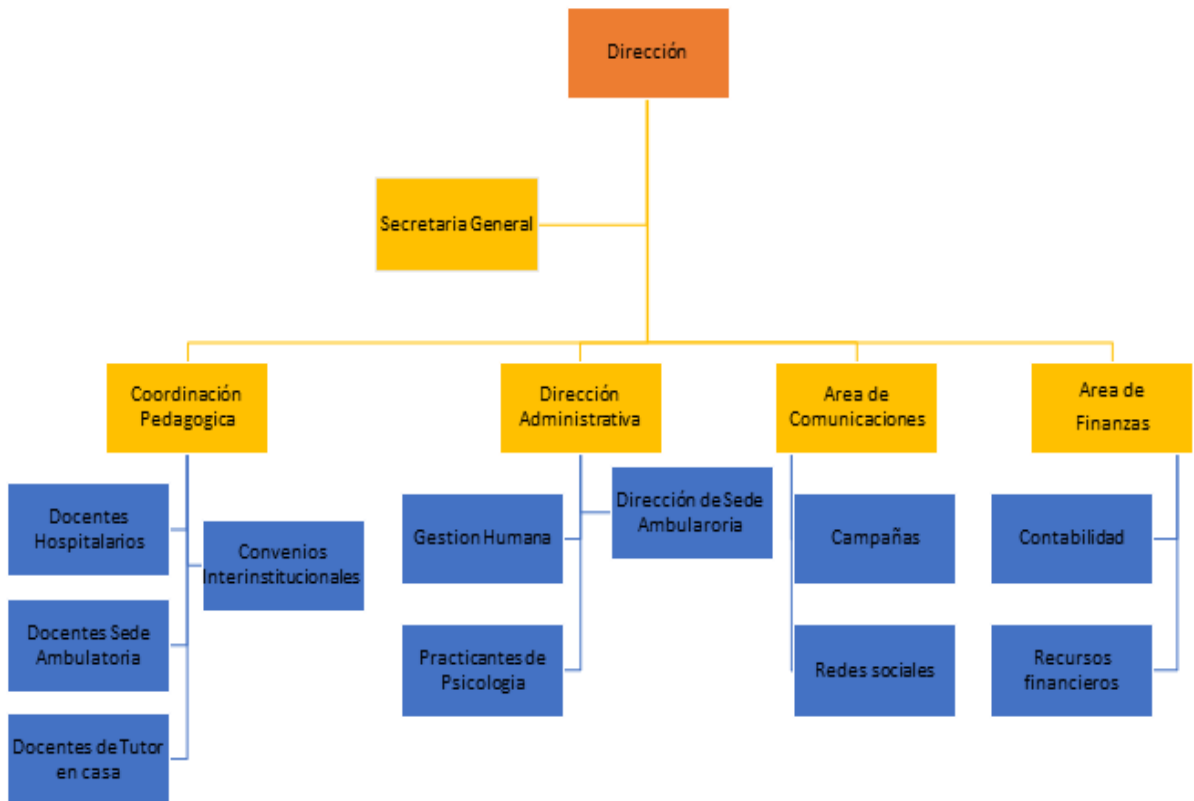


Ilustración 1. Organigrama de la Fundación Anhelos de vida.

La presente investigación será llevada a cabo con una niña de la fundación. La cual está diagnosticada con Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) desde abril de 2019 y tiene 11 años de edad. La menor se vinculó al programa de pedagogía hospitalaria ofertado por la fundación en junio de 2019.

1. MARCO REFERENCIAL

Para la siguiente investigación se realizó el estado del arte revisando 22 investigaciones previas desde las temáticas:

- Rol del docente hospitalario
- Involucramiento de la familia en la educación
- Beneficios de la pedagogía hospitalaria y/o centros educativos inclusivos
- La percepción del docente frente a los procesos de preparación en pedagogía hospitalaria
- Otras alternativas transversales a la pedagogía hospitalaria
- El abandono en el tratamiento oncológico

De esta manera, se han seleccionado artículos de investigación de orden empírico y teórico, que abarcan desde el año 2012 hasta el 2018, en países como en Colombia, España, Chile, Venezuela, Finlandia, Paraguay, Cuba, Ecuador e Italia. A continuación, ha de encontrar una síntesis de cada una de las investigaciones revisadas para llevar a cabo esta investigación.

1.1 ROL DEL DOCENTE HOSPITALARIO

Serradas (2015) realizó una investigación titulada *La pluridimensionalidad del rol del docente hospitalario*. Este estudio se basó en consolidar de manera específica el desarrollo de tareas, competencias y por consiguiente, el papel que desarrolla el docente en la pedagogía hospitalaria. Tuvo en cuenta que la preparación del

personal educativo permitiera el desarrollo de una atención integral y de calidad para los niños en condición de hospitalización, fue llevada a cabo en múltiples Centros Hospitalarios de España.

A través de la revisión literaria que consolidó Serradas (2015) durante su trabajo, llegó a concluir que el docente es un agente transformador de realidades en el hospital, puesto que, permite la adaptación al nuevo estilo de vida que ha de asumir el paciente. De esta forma, es posible a través de la labor del educador, lidiar con el estrés hospitalario y todo lo que implica el manejo de emociones negativas a fin de encauzar todo esto en nuevos hábitos y valores para la reconstrucción del bienestar en torno a la enfermedad.

Además, respecto a la acción propia del docente en contexto, Polaino (1990) citado por Serradas (2015) menciona que el pedagogo que desempeña su actividad en el contexto hospitalario, se destaca por su imaginación y habilidad de improvisación en el arte de enseñar, a lo que Serradas (2015) reconoce como la identificación de las necesidades educativas y personales del estudiantado.

Es entonces el currículo la excusa perfecta para desarrollar nuevas estrategias metodológicas, que respondan a las necesidades educativas del estudiantado, teniendo en cuenta sus funcionalidades cognitivas en lo que la enfermedad permite, generando un ambiente significativo para el aprendizaje.

En el mismo orden de ideas, Angulo, Patiño y Villa (2016) realizaron una investigación llamada *El rol del pedagogo hospitalario en la experiencia de ruptura de los vínculos familiares y escolares que afronta un niño y/o niña hospitalizado: Experiencias en el Hospital Pablo Tobón Uribe de la ciudad de Medellín*. Esta tuvo como objetivo describir el rol del pedagogo respecto a la ruptura de vínculos entre familia y estudiantes, que han de afrontar en el momento de la hospitalización del

menor. Pretendieron identificar las principales rupturas entre familia-niño y explorar las estrategias que utilizaba el pedagogo hospitalario para abordar dicha situación.

Utilizaron como método la recuperación de la experiencia pedagógica, a través de la entrevista semiestructurada, actividades pedagógicas registradas en el diario de campo y observación participante, a fin de triangular la información.

Como resultados se pudo reconocer que el cambio de contexto al que se ha de enfrentar el estudiante es abrupto y por consiguiente necesita intervención inmediata. De modo que es vital el papel del pedagogo en dicho proceso de hospitalización, porque hace uso de la familia como el recurso más importante para el menor.

La escuela es uno de los lugares en donde el niño desarrolla sus habilidades sociales y la pérdida de estos vínculos puede afectar su desarrollo social. Por tanto, una de las estrategias que los docentes llevan a cabo es fortalecer el vínculo entre el cuidador y el niño hospitalizado. El trabajo pedagógico no desconoce al familiar como protagonista de este proceso. Por ello, la flexibilización de todas las actividades realizadas no gira solo en torno al niño, sino también a su cuidador, quien permite la conexión entre el vínculo del docente y estudiante.

Otro de los resultados obtenidos fue la importancia del juego como estrategia lúdica. Este facilitó el fortalecimiento de vínculos y el proceso de adaptación al contexto hospitalaria al que niño se ha de enfrentar. A través del juego se flexibiliza el proceso educativo en torno a las necesidades del niño, reduciendo la aflicción y malestar que experimenta al estar hospitalizado.

De igual manera, Pons (2018) en su investigación denominada: *Como maestros/as de un aula hospitalaria, ¿podemos ayudar en la mejora del tratamiento de niños oncológicos?*, tuvo como objetivo identificar si los maestros de aulas hospitalarias

pueden influir en el bienestar emocional de los niños con Cáncer y así potencializar la adherencia al tratamiento con una propuesta de intervención determinada. Se llevó a cabo con los niños del aula hospitalaria del Hospital Materno Infantil Miguel Servet de Zaragoza-España.

La propuesta anterior, se basaba en los cuentos, como una forma de intervención que permitiera a los menores sentirse atraídos y convertirse en los personajes de dichos relatos. Como resultados obtuvo que las emociones positivas, se convierten en uno de los recursos psicológicos más necesarios para los procesos de resiliencia y para afrontar situaciones complejas y de riesgo, sin embargo, afirmó que hizo falta tiempo de investigación para cumplir todo su objetivo.

No obstante, Pons (2018) concluyó que hace falta que el Magisterio de Educación Infantil centre su atención a ese tipo de aulas, proporcionando mayor preparación a los profesionales para atender a esta población.

1.2 INVOLUCRAMIENTO DE LA FAMILIA EN LA EDUCACIÓN

Por otra parte, Simón, Giné, y Echeita (2016) realizaron una investigación en Madrid España denominada *Escuela, familia, comunidad construyendo alianzas para promover la educación*. Tuvo como objetivo analizar el papel de las familias y de la comunidad en los procesos de alianzas solidas entre la escuela y los agentes antes mencionados, con el fin de avanzar hacia una educación inclusiva.

Concluyeron que la familia y la escuela poseen roles diferentes, pero que estos se complementan y ambos son necesarios para trabajar en un mismo objetivo, la educación inclusiva. También concluyeron que no todos los ámbitos de participación tienen el mismo potencial para ayudar a la escuela a cumplir sus fines, ni para el

empoderamiento de las familias, que es una condición necesaria para que la relación familia-escuela sea sostenible.

En la misma línea de investigación, Razeto (2016) realizó un estudio en Chile sobre *El involucramiento de las familias en la educación de los niños. cuatro reflexiones para fortalecer la relación entre familias y escuelas*. El objetivo del documento fue visibilizar la relevancia que tiene el involucramiento de las familias en el sistema educativo, como una variable de la calidad de la educación con el ánimo de emprender políticas y programas que fortalezcan las relaciones entre las familias y las escuelas.

Se obtuvieron los siguientes resultados: las madres que más educación han recibido son las que más se involucran en la educación de sus hijos. Se observan, mejores resultados en comprensión de lectura en los estudiantes cuyos padres leen con ellos frecuentemente. Se evidenció que, esta es una problemática general, pero, con mayor intensidad en los estratos socioeconómicos bajos, por lo que el involucramiento es menor.

Razeto (2016) reconoce la necesidad de generar iniciativas para que el involucramiento de las familias sea diferenciado y especializado según el contexto social de los estudiantes. Por esto, recomienda generar una comunicación directa entre docentes y familias, donde se le pueda dar herramientas a los cuidadores para el trabajo con los niños.

Del mismo modo, Äärelä, Määttä & Uusiautti (2018) desarrollaron una investigación titulada: *The challenges of parent–teacher collaboration in the light of hospital school pedagogy*, que tuvo como objetivo analizar la experiencia del docente en el aula hospitalaria a través de la observación, con el fin de reconocer el desarrollo de

estrategias metodológicas aplicadas a las necesidades educativas de la población finlandesa.

Como resultados alcanzados, resaltaron el trabajo que hacen los docentes con los padres, a fin de conseguir el apoyo necesario para llevar a cabo el desarrollo educativo de cada uno de los estudiantes del aula hospitalaria. Otro aspecto relevante en los resultados de esta investigación fue la comprensión de la naturaleza de la escuela hospitalaria y el desarrollo de adaptaciones a este modelo de atención en relación a las necesidades básicas de la población.

1.3 BENEFICIOS DE LA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA Y/O CENTROS EDUCATIVOS INCLUSIVOS

Zapata (2012) en su investigación titulada *Pedagogía hospitalaria: una oportunidad para el encuentro con el ser humano*, la cual es llevada a cabo con los niños, docentes, médicos y familiares del aula Pablito del hospital Pablo Tobón Uribe en Medellín – Colombia. Tuvo como objetivo mostrar los beneficios de la pedagogía hospitalaria, relacionados en una práctica educativa orientada en la tríada pedagógica de las relaciones niño-educadora; niño-personal médico; niño-familia entorno, con el fin de buscar la continuidad escolar como dispositivo de sanación desde el saber.

Este autor logró concluir que la población infantil y adolescentes que se encuentran en estado de hospitalización, no deben ser ignorados por ninguna institución de salud y/o educativa. Afirmó que el contexto hospitalario, tiende a vulnerar los derechos de los niños que se encuentran en situación de enfermedad y con hospitalizaciones prolongadas. La pedagogía hospitalaria tiene como objetivo no

interrumpir el proceso formativo y/o educativo del menor, lo que permite transformar el sufrimiento en aprendizaje.

Por su parte; autores como Martínez & Beltrán (2012) en su investigación nombrada *Pedagogía hospitalaria: campo de acción interdisciplinar para la atención de niños, niñas y jóvenes en situación de enfermedad*, tuvo como objetivo general, conocer la experiencia integrada que refleja la complejidad que implica adaptarse al entorno hospitalario. Fue llevada a cabo en la Fundación Cardioinfantil-Instituto de Cardiología, Clínica Remeo Center y en respectivos domicilios de la ciudad de Bogotá-Colombia con estudiantes y pacientes entre los tres y diecisiete años con diferentes patología y hospitalizaciones prolongadas.

Evidenció resultados significativos respecto a la importancia de la interdisciplinariedad entre profesionales del campo de la salud y docentes. Consolidando canales de comunicación que permiten la retroalimentación, a fin de desarrollar estrategias para la atención integral y la comprensión del sujeto desde todas sus dimensiones.

La experiencia del estudiante-paciente inmerso en este contexto, se construye a través del reconocimiento del menor como sujeto activo en el proceso educativo, en donde el tratamiento médico es humanizado a través del juego y la lúdica.

En el mismo orden de ideas, la familia del estudiante-paciente, se favorece en la medida en que las condiciones de vida del niño mejoran. Las familias, que en su mayoría suelen ser monoparentales, suelen elaborar recursos a favor de la resiliencia y por consiguiente se evidencia un mejoramiento en la calidad de vida de la familia y el paciente.

Así mismo, la investigación realizada por Palomares, Sánchez & Garrote (2015) *Educación inclusiva en contextos inéditos: La implementación de la Pedagogía*

Hospitalaria, tuvo como objetivo considerar los beneficios de la pedagogía hospitalaria en las unidades de salud mental con pacientes en edad escolar y trastornos de la conducta alimentaria en el hospital universitario de Albacete, España.

La muestra contó con 13 niños y 195 niñas que, a través de una serie de cuestionarios se logró establecer de manera cuantitativa, contrastes entre los centros educativos convencionales y las aulas hospitalarias.

Los estudiantes señalaron aquellos aspectos que más les gustaba de la escuela convencional, como la organización de clases, recreo y trabajo en grupo, que no tenían en el aula hospitalaria. Sin embargo, reconocen que respecto a la pedagogía en las clínicas, el trato es más personalizado debido a la flexibilidad de las clases. Concluyeron que la pedagogía hospitalaria es considerada un recurso eficaz y positivo en el desarrollo de la vida del paciente en edad escolar.

De igual manera, Ortega (2017) realizó una investigación titulada *Aulas hospitalarias, una mirada hacia el fortalecimiento del desarrollo humano en niños, niñas y adolescentes*. Tuvo como objetivo describir las intervenciones educativas que llevan a cabo los docentes en las cinco aulas hospitalarias de la ciudad de Bogotá, para lo cual se tomó como muestra a ocho profesionales de la educación.

Los resultados obtenidos demostraron que las intervenciones educativas tienen en cuenta el desarrollo humano a través de procesos educativos enfocados en los aspectos emocionales, sociales, problemas de aprendizaje y orientación infantil. Obteniendo como beneficio de esta pedagogía, mayores oportunidades de adaptación al contexto hospitalario. Adicional se encontró que se trata de una educación personalizada que responde a las necesidades de cada uno de los niños.

Por otra parte, autores como Morilla & Pichardo (2018), en el desarrollo de su investigación *Relación entre la Educación Inclusiva y la calidad de vida* realizada en Rioja, España, tuvo como objetivo identificar los beneficios que brindan los centros educativos con alto grado de inclusión.

Afirmaron que los entornos inclusivos han probado ser una opción efectiva para desarrollar valores sociales y mejoras en la calidad de vida. Los resultados mostraron como los centros de alta inclusión contribuyen al buen desarrollo de factores emocionales, relacionales, interpersonales, bienestar físico y la calidad de vida. Estos favorecen a la acción concreta de integrar a todos los estudiantes en la participación que enriquece el aprendizaje a través de la experiencia significativa. El progreso se marca en el aprendizaje que supone el reconocimiento de las diferencias de cada estudiante.

1.4 PERCEPCIÓN DEL DOCENTE FRENTE A LOS PROCESOS PREPARACIÓN EN PEDAGOGÍA HOSPITALARIA

Padilla (2011) realizó una investigación denominada *Inclusión educativa de personas con Discapacidad*, para la cual se tomó como muestra 343 docentes de la ciudad de Bogotá-Colombia. Esta tuvo como objetivo describir la preparación de los docentes para poder dar una atención adecuada a las personas con discapacidad dentro del aula de clases. Se logró identificar que los docentes consideraban que contaban con la capacidad para manejar estudiantes con problemas físicos, pero no a aquellos con discapacidad mental o intelectual según la definición establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El resultado de tal estudio reflejó que sólo “entre un 20% y 30% de los docentes dicen hallarse en capacidad para escolarizar a estudiantes con discapacidad”

(Padilla, 2011, p. 692). Al concluir su investigación sugiere que las nuevas generaciones de docentes, podrían tener una mejor preparación en esta área. Esto podría ser la iniciativa para una buena práctica educativa de los menores en edad de escolarización que, hacen parte del grupo de menores con capacidades diversas o que estén padeciendo enfermedades crónicas con ausentismos prolongados de las aulas educativas.

De igual forma, Violant, Cardone, Monsalve & Márquez (2012) realizaron una investigación señalada como *Multidimensionalidad de la pedagogía hospitalaria desde la transdisciplinariedad: análisis de necesidades en los itinerarios formativos*. Fue llevada a cabo en Venezuela, Italia y España, con el mayor número posible de agentes inmersos en los procesos hospitalarios tales como, profesionales en educación convencional y especial, psicopedagogía, profesionales en oncología pediátrica, terapia física, psicólogos y terapeutas ocupacionales.

Tuvo como objetivo detectar competencias y vacíos de los profesionales implicados en la atención al paciente hospitalizado. Obtuvo como principal resultado, que los agentes inmersos carecía de formación universitaria en el ámbito de la Pedagogía Hospitalaria, aunque pertenecieran a los grupos trasdisciplinarios de la misma.

En el mismo orden de ideas Ann, Cárdenas & Peña (2016) llevaron a cabo una investigación titulada *Aulas Hospitalarias: Colegio Suba Salitre- Hospital de Suba* en Bogotá-Colombia, la cual tomo como muestra a las docentes pertenecientes al aula hospitalaria del Hospital de Suba.

Los resultados de esta investigación de orden cualitativos mostraron la satisfacción y el profesionalismo con el que las docentes hospitalarias asumen tal función. Estas profesionales de la educación afirman centrarse en la parte humana y emocional de los niños y niñas en estado de hospitalización. Concluyeron que el aula les ofrece

la oportunidad de apartarse por un momento de la realidad que viven y vincularse a actividades cotidianas como el aprendizaje, la socialización y el esparcimiento.

1.5 OTRAS ALTERNATIVAS TRANSVERSALES A LA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA

Arcos & Navarro (2014) en su proceso investigativo, el cual fue titulado como *El juego educativo en niños con leucemia hospitalizados*, tuvo como objetivo describir la experiencia educativa que llevo a cabo con niños en edad de preescolar, diagnosticados con leucemia. Este se realizó en un hospital de Ecuador, con seis niños que fueron partícipes del programa de actividades lúdicas durante su estancia en el hospital.

Respecto a los resultados, al inicio de las actividades pedagógicas, se encontró una leve resistencia en los trabajos grupales, debido a la ausencia de la experiencia escolar que han tenido los niños durante su tratamiento. Sin embargo, al avanzar en las actividades, se encontraron con una gran acogida al programa por parte de los niños, ya que, a través del lenguaje lúdico la participación de los menores fue mucho más activa que desde un inicio.

La terapia de juego permitió al niño expresar sus emociones y obtener un poco más de claridad respecto a su proceso clínico. Del mismo modo, permite que el niño como sujeto pasivo que sufre, pase a ser un agente activo en su proceso y por consiguiente, desarrolle conductas de autocuidado en la medida en que más conoce de la enfermedad.

Por otra parte, Cabrera, López, López & Arredondo (2017) realizaron una investigación denominada *La psicología y la oncología: en una unidad imprescindible*. Planteó como objetivo dar a conocer aspectos fundamentales de la psicooncología y la relación entre el estrés y la personalidad de los sujetos inmersos en este contexto. Se llevó a cabo en Cuba, con diferentes unidades de oncología, contrastando la realidad de cada paciente con base en el sustrato teórico que este grupo de investigadores había revisado.

Los resultados permitieron reconocer que la enfermedad del cáncer es multifactorial, ya que el tratamiento del cáncer infantil conlleva procedimientos bastante exigentes, en donde tanto niños, adolescentes y familias deben enfrentar un sin número de factores estresantes, cambios significativos en actividades diarias, rupturas familiares, escolares, e incluso la amenaza de muerte que conllevan temor a la adhesión al tratamiento.

Otro resultado significativo es el de la risoterapia como tratamiento de la población pediátrica, ya que estas intervenciones permiten el alcance de la estimulación social, promoción de confianza en el personal médico y el diálogo respecto a los cambios en el organismo durante el tratamiento.

Otra alternativa se puede ver reflejada en la investigación que realizó Gutiérrez (2018) denominada *Arteterapia familiar en oncología pediátrica*, cuyo objetivo consistió en comprender a la familia a través de la dinámica relacional en el proceso creativo del programa de arteterapia.

Este estudio se realizó en el hospital de Cruces en Bilbao, España, con una muestra de 36 personas entre niños, niñas, adolescentes y sus cuidadores. Finalmente, como resultado se obtuvo que, esta práctica conlleva al fortalecimiento de la exploración de diferentes alternativas para relacionarse.

Se destacó el arteterapia como un espacio en función de la reagrupación familiar y la exploración de diferentes roles durante y después de la enfermedad, en el que cada miembro familiar se puede movilizar a través de la manifestación de sus emociones en el lenguaje corporal. De este modo, el reconocimiento de las emociones a través del arte deja expuesto el mundo interno de cada individuo en la familia, por tanto, la orientación a la familia en torno a la lectura de este lenguaje permitió comprender al otro más allá de sus emociones explícitas.

1.6 PERCEPCIÓN DE LA FAMILIA RESPECTO A LA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA

Maher, Perry & Curry (2014) han desarrollado una investigación llamada: *Perceptions of the hospital school experience: Exploring transition, spaces for engagement and technology*, cuyo objetivo fue explorar todas aquellas implicaciones pedagógicas, como tecnológicas para estudiantes que han sido movilizados a escuelas hospitalarias, en aulas ubicadas en hospitales de Australia y nueva Zelanda. Se trabajaron con padres, cuidadores y maestros, con una muestra total de 72 personas.

En relación a los resultados, se encontró que existen dificultades en la colaboración y envío efectivo de las actividades a desarrollar en las aulas hospitalarias, además, se menciona que los canales de comunicación entre hospital y escuela no son los adecuados y por consiguiente se pierde el proceso de escolarización y continuidad escolar.

Finalmente, se recomienda que es importante fortalecer el trabajo sobre las dificultades dadas, puesto que, otro resultado significativo fue que la pedagogía en los hospitales, es percibida solo como una herramienta lúdica y se desconoce el proceso multidisciplinar que implica la implementación de este modelo de atención en la atención médica.

1.7 ABANDONO EN EL TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

Klunder, et al (2012) realizó una investigación llamada *Frecuencia de abandono del tratamiento en pacientes pediátricos con leucemia linfoblástica aguda*, la cual tuvo como objetivo conocer la frecuencia con la que este tipo de pacientes abandonan los tratamientos médicos a nivel internacional. Se llevó a cabo en México y se realizó una revisión sistemática de la literaria de estudios llevados a cabo con menores de 18 años, en países como Asia, América, Chile, India, México, Turquía y El Salvador.

Los resultados obtenidos demostraron que existe menor índice de abandono cuando la enfermedad se encuentra en etapas avanzadas de tratamiento. Por el contrario, las tasas de abandono son más elevadas en las etapas tempranas de este. Lo anterior puede relacionarse a diferentes factores como el hecho de enfrentarse por primera vez a procedimientos dolorosos, la falta de información por parte del personal médico, el escaso apoyo psicológico, una red de apoyo poco estable, los múltiples miedos y las creencias.

Autores como Samudio, et al (2013) realizaron una investigación de tipo longitudinal, titulada *Estrategias para prevenir el abandono de tratamiento en niños con cáncer en un país en vías de desarrollo*. Tuvo como objetivo describir el impacto de las

estrategias que se implementan para disminuir el abandono de tratamientos en el Departamento de Hemato-Oncología pediátrica en Paraguay.

El estudio mostró que existen unos factores de riesgo que potencializan el abandono de los tratamientos y estos fueron:

- Procedencia de zona rural
- Vivienda precaria
- Padres separados
- Familias numerosas
- Familias sin un ingreso fijo
- Padres con educación igual o menor a la primaria

Como resultados obtuvieron que es necesario contemplar al paciente oncológico como un ser integral y que el abandono del tratamiento disminuyó con el paso de los años, debido a la capacitación del núcleo familiar. Por lo anterior Samudio et al (2013), afirman que abordar al paciente oncológico de forma parcial, sin tener en cuenta su familia y entorno desfavorece la adherencia al tratamiento.

En el mismo orden de ideas Palacios & Vargas (2011) en la ciudad de Bogotá, realizaron una investigación titulada *Adherencia a la quimioterapia y radioterapia en pacientes oncológicos: Una revisión de la literatura*, cuyo objetivo fue realizar una revisión a nivel literario acerca de la adherencia al tratamiento en quimioterapia y radioterapia como alternativas contra el cáncer, con base en todas las implicaciones biopsicosociales y culturales que conllevan a la baja adherencia del tratamiento.

Como resultados, se obtuvo que los elementos que inciden en la no adherencia a los tratamientos contra el cáncer eran factores que influyen en la motivación, la capacidad de toma de decisiones, el estado emocional, la autonomía y la filosofía de vida de cada paciente. Lo anterior, conlleva a dificultades emocionales como la depresión y la ansiedad, que pueden afectar en el paciente en su adherencia.

Del mismo modo, Álvarez (2016) realizó una investigación titulada *Frecuencia y factores en el abandono de tratamiento oncológico* a través de un estudio descriptivo longitudinal. Haciendo uso de la evaluación de 72 pacientes con diagnóstico de cáncer y que reciben quimioterapia desde el año 2013; en la unidad oncológica en el Hospital Regional de Occidente en Quetzaltenango-Guatemala.

El objetivo de esta investigación fue establecer la frecuencia y factores que influyen en el abandono del tratamiento oncológico en esta unidad de médica. Como resultado obtuvo que del 100% de los participantes el 41% abandonó el tratamiento, por lo que, se logró establecer algunos factores que conllevan a la no adherencia, como lo son:

- La baja economía con un 41%, siendo este el porcentaje más alto.
- Los efectos secundarios del tratamiento con un 23%
- La muerte de los pacientes con un 11%
- Los factores emocionales, falta de apoyo familiar y el nivel educativo ocupando el 25% restante.

Se concluyó que el abandono del 41% de la población es significativo y representa un gran peligro para estos pacientes, debido a que esto genera un aumento en las tasas de mortalidad. Por lo cual, Álvarez (2016) considera que la ausencia del apoyo familiar puede incidir en el deterioro del bienestar físico, mental y social de forma significativa en los resultados.

En conclusión, se puede evidenciar una revisión de 22 investigaciones a nivel internacional donde involucra países como Colombia y España con un 31.8% con el mayor porcentaje de investigaciones realizadas cada uno, seguidos por países como Chile, Finlandia, Ecuador, México, Guatemala, Cuba, Australia y Paraguay con un 4.5% cada uno, para un total del 100%.

Tabla 1: Distribución de acuerdo con la ubicación por investigación.

País	España	Colombia	Finlandia	Chile	Ecuador	Cuba	Australia	México	Paraguay	Guatemala
Estudios	7	7	1	1	1	1	1	1	1	1
%	31.8	31.8	4.5	4.5	4.5	4.5	4.5	4.5	4.5	4.5

Se encontró en Colombia (Medellín) el porcentaje más alto 22.7% de investigaciones relacionadas a los beneficios de la pedagogía hospitalaria y/o centros educativos inclusivos. Adicional, se obtuvo un porcentaje de 13.6 % de investigaciones en países como España, Colombia (Bogotá) y Ecuador, con temáticas como:

- El rol del docente hospitalario
- Involucramiento de la familia en la educación
- Percepción del docente frente a los procesos
- La preparación en pedagogía hospitalaria
- Alternativas transversales a la pedagogía hospitalaria

Del mismo modo, se obtuvo el porcentaje de 9.1% en México y Colombia (Bogotá) referentes al Abandono en el tratamiento oncológico y la no adherencia al tratamiento oncológico. Finalmente, el tema de Percepción de la familia respecto a la pedagogía hospitalaria investigación que fue realizada en Australia obtuvo el menor porcentaje con un 4.5%.

Tabla 2 Categorías de las investigaciones del marco referencial.

No.	Categoría	No Inv.	Porcentaje	Países.
1	Rol del docente hospitalario.	3	13.6%	España
2	Involucramiento de la Familia en la Educación.	3	13.6%	España

3	Beneficios de la pedagogía hospitalaria y/o Centros educativos inclusivos.	5	22.7%	Colombia-Medellín
4	Percepción del docente frente a los procesos preparación en pedagogía hospitalaria.	3	13.6%	Colombia-Bogotá
5	Otras alternativas transversales a la pedagogía hospitalaria.	3	13.6%	Ecuador
6	Percepción de la familia respecto a la pedagogía hospitalaria	1	4.5%	Australia
7	Abandono en el tratamiento oncológico.	2	9.1%	México
8	La no adherencia al tratamiento oncológico.	2	9.1%	Colombia-Bogotá
	TOTAL	22	100%	

Se observó que Colombia suma un total de 7 estudios para un 31.8 %, distribuido de la siguiente manera; Bogotá 22,7% y Medellín 9.1%, Los temas en Bogotá estuvieron orientados a la Percepción del docente frente a los procesos de preparación en pedagogía hospitalaria en un 13.6% y la no adherencia en tratamientos oncológicos con un 9.1%. Por otro lado, en la ciudad de Medellín Colombia, la temática giró en torno a los beneficios de la pedagogía hospitalaria y/o Centros educativos inclusivos con un 22.7%. Estas investigaciones fueron realizadas en los años 2011, 2012, 2016 y 2017.

Tabla 3 Investigaciones en Colombia

Tipos de estudio	Porcentaje %	Años	Ciudades
Beneficios de la pedagogía hospitalaria y/o Centros educativos inclusivos.	22.7%	2016, 2012, 2017	Medellín
Percepción del docente frente a los procesos preparación en pedagogía hospitalaria.	13,6%	2011, 2016	Bogotá
La no adherencia al tratamiento oncológico.	9,1%	2011	Bogotá

Teniendo en cuenta la orientación de las investigaciones en Colombia, como esta mencionado anteriormente, ha surgido el interés por continuar con los hallazgos de la investigación de Zapata (2012) quien habla de los beneficios de la pedagogía hospitalaria y para quien esta permite transformar el sufrimiento del aislamiento en aprendizaje. Por lo cual vemos la necesidad de profundizar en el sufrimiento del menor y las emociones resultantes de su nueva condición de salud.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer infantil se ha convertido en una de las principales causas de muerte relacionadas con las enfermedades en menores. Si bien el porcentaje de cáncer infantil es mucho menor comparada a la incidencia mundial de cáncer en adultos, es una enfermedad que se encuentra en aumento en la de población de niños. (Acuña, 2018).

En Colombia el cáncer se ha convertido en un problema de salud pública. Siendo factores con mayor riesgo vital para la población adulta según el Ministerio de Salud (2012):

- Vulnerabilidad en el estado socioeconómico
- Las infecciones y exposiciones ocupacionales

Por otro lado, se desconocen las causas que pueden llevar al desarrollo del cáncer en menores, no obstante, los principales factores de mortalidad en esta población oncológica según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2018) se atribuyen a:

- La inaccesibilidad y el abandono del tratamiento
- La falta de un diagnóstico oportuno
- La muerte por efectos secundarios

Un reporte realizado en Colombia por Acuña (2018) demuestra que el cáncer infantil tiene una prevalencia de 318,4 casos por cada millón de habitantes. Esto afecta a 4.925 menores al año, con un aumento de 895 casos en el periodo entre el 2016 - 2017.

La Leucemia Linfóide aguda tiene el mayor número de incidencia con un 30.6%, seguido de los Tumores del sistema nervioso central y retinoblastomas con 15.7%.

Respecto al índice de mortalidad que este flagelo implica, se señalaron 267 casos en el país, lo que se traduce en 17,3 menores por un millón de habitantes.

En Santiago de Cali, según un informe realizado por Ramírez (2019) se atienden aproximadamente 80 casos nuevos de menores de edad que habitan en la ciudad, y 200 casos provenientes de otros municipios del sur occidente del país desde el 2009 hasta la fecha.

La Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) es el tipo de cáncer con mayor incidencia en Cali, con un 24,9%, seguido de los tumores de sistema nervioso central con incidencia de 10,2%, osteosarcoma con 4,5% y 2,8% casos activos de tumor renal. Se han reportado desde el 2018 y el primer bimestre del 2019, 117 casos de mortalidad en la ciudad y 144 casos de menores que aún se encuentran con vida (Programa Cáncer, 2019). Lo cual demuestra que la ciudad de Cali atiende a un 6% aproximadamente de la población infantil oncológica del país.

Según el hemato-oncólogo Ramírez (2019) aproximadamente el 52% de los pacientes oncológicos pediátricos logran superar el Cáncer en Colombia, lo cual es una cifra preocupante frente a la tasa de países desarrollados, donde el 80% de los pacientes logran vencer la enfermedad.

Por otra parte, cuando una persona es diagnosticada con una enfermedad se genera una ruptura en su cotidianidad, puesto que, esto trae consigo una serie de nuevos retos y dificultades que no se tienen previstos, debido a que se genera una pérdida intrapersonal, ocasionando el despliegue de diversos malestares más allá de los propios del diagnóstico. Por esto, como nos menciona Hernández & Rabadán (2013) la enfermedad se caracteriza por generar un desequilibrio con el estado de salud anterior.

Esto genera un impacto significativo en los niños hospitalizados, lo cual pueden desencadenar trastornos emocionales durante su estancia en las entidades de salud, relacionados con el miedo, los temores y la ansiedad, como también pueden experimentar un impacto psicológico que está relacionado con la falta de adherencia al tratamiento, conductas agresivas, trastornos del sueño y dificultad para concentrarse. (Hernández & Rabadán, 2013)

Martínez & Beltrán (2012) plantean que uno de los factores más importantes en el desarrollo de la pedagogía hospitalaria es la adherencia al tratamiento. Esta pedagogía se convierte en una herramienta fundamental que ayuda al menor a reducir sus niveles de ansiedad, angustia, depresión y estrés, generados por los largos periodos de hospitalización y por la pérdida de su cotidianidad.

La escuela es el primer agente en donde el niño desarrolla sus habilidades sociales y por consiguiente aprende a vivir en comunidad. No obstante, el aislamiento de este contexto, implica una gran pérdida que afecta al menor a nivel psicológico y educativo.

La pedagogía hospitalaria genera un impacto significativo en los niños, no solo a nivel del reconocimiento de la enfermedad, sino también, a través de la lúdica. Esta se convierte en un instrumento que contribuye a la formación de estrategias, que permitan al menor controlar aspectos emocionales y cognitivos que conlleva el tratamiento durante la enfermedad.

Zapata, (2012) en los resultados de su investigación, refirió que la pedagogía hospitalaria, reconoce a los niños hospitalizados como seres con derecho a la educación, y que por medio de esta pedagogía se logra convertir el sufrimiento que experimentan por la enfermedad y tratamiento en aprendizaje.

No obstante, existen experiencias incongruentes, Salamá (2012) refiere que estas experiencias son incongruentes con la estructura del Yo, por lo que se perciben como amenazantes, dificultando la asimilación e incorporación de la misma.

Desde la Gestalt se considera que la experiencia esta permeada por los sentidos, bajo uno de los principios de la misma, el cual es la figura-fondo, siendo según Perls & Col (1951) el cuerpo aquel fondo de donde surgen la necesidad que busca ser satisfecha. En este mismo orden de ideas, el ser humano es visto como un ser integral, que existe bajo la integración con el mundo.

Teniendo en cuenta que el cáncer genera una ruptura de la cotidianidad que puede desencadenar situaciones en el contexto del menor, tal como lo es la limitación del contacto con el mundo, también aparecen nuevas necesidades que implica la movilización de la energía en busca del cierre de la Gestalt, la satisfaciendo la necesidad y por consiguiente permitiendo la autorregulación del individuo.

De este modo, es necesario tener en cuenta como el desarrollo de la experiencia de la enfermedad permite al individuo reestructurar su vida a partir de la pedagogía hospitalaria, como un elemento que a nivel teórico, muestra tener grandes beneficios en diversas áreas de la vida, que permiten a los niños una adecuada integración con el contexto médico, por tanto, surge el interés de ¿Cómo es el ciclo de la experiencia a través de la pedagogía hospitalaria, de una niña diagnosticado con cáncer?

3. JUSTIFICACIÓN

Han sido pocas las investigaciones de orden psicológico en torno al desarrollo del ciclo de la experiencia del niño con cáncer, en relación al apoyo que reciben durante su tratamiento a través de programas de pedagogía hospitalaria, a su vez, no se evidencia investigaciones con esta temática en el Valle de Cauca. De este modo, es importante conocer si durante el desarrollo de la experiencia en cáncer, en donde la desestructuración familiar y social es evidente, a causa de los largos periodos de hospitalización y todos los procedimientos que implica el tratamiento de esta enfermedad, la pedagogía hospitalaria genera un impacto en el ciclo de la experiencia del niño.

Cabe resaltar que el aislamiento es uno de los factores de riesgo constante del niño con diagnóstico oncológico, por tanto, los pacientes deben estar aislados por riesgo de infección. De este modo, deben evitar en su mayoría contacto con el mundo y con otros, bajo esta premisa dejan la escuela de un lado, reduciendo así sus lazos personales.

Por otra parte, las aulas hospitalarias son el espacio en donde se desarrollan las prácticas educativas con todos los pacientes en edad escolar, puesto que, el derecho a la educación prevalece y del mismo modo la inclusión toma un papel importante en relación al ajuste pertinente para la atención del paciente con cáncer.

De esta manera durante los tratamientos en quimioterapia y radio terapia, en donde el niño no regresa a su contexto escolar, podrá acceder a un aula en donde si bien no estará rodeado de más de 10 estudiantes, tampoco será diferente ya que todos los que asisten a este espacio están bajo el mismo diagnóstico.

Ahora bien, los investigadores de este proyecto tuvieron un acercamiento a la población perteneciente a la Fundación Anhelos de Vida, quienes son pioneros en el programa de pedagogía hospitalaria en el Valle del Cauca. Durante el acercamiento a esta población se logró evidenciar como estos espacios de pedagogía hospitalaria permitían el desarrollo de actividades lúdicas con los niños con cáncer, quienes debían permanecer en un espacio controlado.

De esto parte el interés por conocer que elementos a nivel psicológicos desde la Gestalt brinda este programa en relación a la experiencia de la enfermedad y la formación de la persona respecto al contacto con su realidad. De este modo, es de suma importancia los hallazgos de este proceso, con el fin de contribuir al desarrollo de programas educativos con orientación psicológica, que permitan vincular a la persona a un proceso de formación integral desde la psicología clínica a través de la educación. Así mismo los investigadores consideran relevante dar a conocer en a nivel departamental de la existencia de este programa y el campo de acción que tiene para la psicología.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Conocer el ciclo de la experiencia a través de la pedagogía hospitalaria, de una niña diagnosticada con Leucemia Linfoblástica Aguda de la Fundación Anhelos de Vida en la Ciudad de Cali.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las polaridades bio-positivas y bio-negativas de las interrupciones en el ciclo de la experiencia de una niña con Leucemia Linfoblástica Aguda.
- Conocer como la niña con Leucemia Linfoblástica Aguda significa la enfermedad.
- Identificar desde la mirada de la niña los efectos que promueve la pedagogía hospitalaria frente a la Leucemia Linfoblástica Aguda.

5 MARCO TEÓRICO – CONCEPTUAL

Antecedentes de la investigación.

A continuación, se presentarán algunos antecedentes que dan cuenta del origen de la pedagogía hospitalaria a nivel internacional, resaltando los beneficios que esta tiene tanto para los pacientes con estancias prolongadas de hospitalización, como para sus familias.

González & Polaino (1990) relatan que la historia de la pedagogía hospitalaria viene desde los años 70, desde el momento en que los pedagogos empezaron a ser parte del espacio hospitalario en países desarrollados como Estados Unidos y Europa, particularmente en el acompañamiento a través de diferentes acciones pedagógicas en los tratamientos de niños en estado de hospitalización.

Es entonces, la educación un área fundamental para la dignificación del entorno, puesto que la enfermedad representa en sí, un contexto hostil que rompe por completo la estructura de vida funcional y por eso, hablar de educación en el hospital implica romper dicho paradigma y permitir establecer estrategias a nivel psicopedagógico, que permitan alcanzar una mejor calidad de vida tanto para niños como para adolescentes.

Es la segunda guerra mundial uno de los fenómenos humanos que da apertura al interés de este movimiento en el norte de Europa. De acuerdo a Lorente & Lizasoain (1992), durante los largos periodos de hospitalización a los que se veían enfrentado los niños de la época a consecuencia de la guerra, se desarrollaban múltiples alteraciones psicológicas, que tenían cabida en la medida en que el aislamiento

fuera más prolongado. Es entonces la separación con el cuidador y la ruptura socio-escolar los factores que contribuyeron al deterioro psicológico del menor hospitalizado.

En este orden de ideas, el parlamento europeo realiza la carta de los derechos del niño hospitalizado el 11 de febrero de 1985, en donde se proclama el derecho a la educación a través de estrategias que permitan el desarrollo cognitivo y personal de este.

De acuerdo a Lorente & Lizasoain (1992) en Alemania, durante los últimos 30 años, pediatras y profesores exigieron escuelas hospitalarias en la República Federal Alemana (R.F.A.) y no fue sino hasta 1968, tras la iniciativa de un grupo de padres de familia, que se estableció el comité de acción a favor de los niños hospitalizados.

Desde entonces se da la lucha por convencer a todo el personal sanitario de la importancia del desarrollo del aula en contextos hospitalarios. Hasta la fecha, alrededor de 400 hospitales de la R.F.A. ha implementado aulas para el manejo de largas estancias de hospitalización de niños por diferentes patologías.

En Austria desde 1917 se estableció el primer proyecto, mucho antes de la segunda guerra mundial, en donde se constituyó la primera aula hospitalaria en la Clínica Universitaria Infantil de Viena. De este modo, en 1948 se unificaron todas las escuelas hospitalarias bajo el nombre de “Escuelas Especiales en sanatorios para chicos y chicas deficientes físicos” (Lorente & Lizasoain, 1992).

Durante la época de 1962, este proyecto se constituyó como Escuela Hospitalaria de Viena, bajo sus propios derechos y normas. En relación a lo anterior, se empezó a implementar la normatividad de las aulas, en donde se estableció que el máximo de estudiantes por aula no debe superar los 10 niños y/o niñas.

Otro aspecto que se empezó a institucionalizarse durante esta época, fue la formación de docentes para el aula hospitalaria, en donde como mínimo se exigen 4 años de formación para la atención de esta población.

De acuerdo a lo anterior, desde 1984 se da inicio a la Asociación Austriaca de Profesores en Centros Médicos, en donde se reúnen los docentes de aulas hospitalarias a intercambiar experiencias y a formular nuevas estrategias de intervención para esta población.

Finalmente, en octubre de 1998 se constituyó la Asociación Europea de Pedagogos Hospitalarios, de esta manera se empiezan a realizar simposios en relación al tema, a establecer nuevos objetivos y planes de mejoramiento de los procesos pedagógicos, que apoyan de manera multidisciplinar el acompañamiento en enfermedades que implican largos periodos de hospitalización.

Es la pedagogía hospitalaria desde ese entonces, una herramienta coadyuvante de los procesos clínicos en función de la humanización de los mismos, con el fin de garantizar el mejoramiento del estilo de vida en el hospital y así mismo contribuir al manejo de elementos psicológicos a través de la pedagogía hospitalaria como instrumento.

Bases teóricas.

En este apartado se desarrollarán algunos fundamentos de la terapia Gestalt en el humanismo que permitan entender el ciclo de la experiencia y la forma en la que el ser humano vivencia la experiencia, teniendo presente que el flujo de la energía en los ciclos, puede ser bloqueada y/o auto interrumpida, lo que reflejaría la polaridad bio-positiva o bio-negativa con la que se enfrenta esa situación, por lo que se trabajan apartados como:

- La experiencia, la vivencia del sí mismo con el mundo
- La neurosis
- El sí mismo en funcionamiento, figura-fondo como esferas de interacción humana
- La autorregulación organísmica
- El ciclo de la experiencia gestáltico
- Las polaridades del ciclo de la experiencia
- Frases, mensajes y emociones de cada bloqueo

Adicional a ello, esta investigación tiene como caso, una menor diagnosticada con Leucemia Linfoblástica Aguda que pertenece a un programa de pedagogía hospitalaria, por lo que es relevante, también mencionar aquí: La enfermedad física desde el enfoque Gestáltico y finalizar hablando de la pedagogía hospitalaria como un apoyo en los procesos que implican periodos de hospitalización prolongados.

5.1 LA EXPERIENCIA, LA VIVENCIA DEL SÍ MISMO CON EL MUNDO

La experiencia es aquello a lo que se accede a través de los sentidos. Es aquello que debe ser vivenciado en el contacto y que “permite el acceso al sentimiento de la existencia y la identidad a través de esta en relación con el cuerpo” (Delacroix, 2009, p. 260).

De este modo, la experiencia es aquel evento sensorial, es decir que el organismo es un elemento vital para establecer tal proceso vivencial en el contacto que permite el acceso a la experiencia. Perls & Col (1951) refieren que aquel fondo donde emerge la figura es el cuerpo, es ahí donde se permite la identificación de la necesidad por la cual tenemos acceso al mundo.

En relación a lo anterior Ponty (1945) fenomenólogo francés, menciona que el hombre aparece en el momento en que explora al mundo a través de los sentidos. Cuando aparece la sensación aparece el objeto del mundo, es por medio de este vínculo con el objeto que se establece la existencia de dos elementos indivisibles que son un todo. De esta manera, surge el hombre como fondo relativo, pues es este quien en la exploración de este universo establece sus necesidades a través de la subjetividad de cada uno.

El sí mismo es entendido como aquel sistema constante de la persona. En esencia, “es en funcionamiento, el límite de contacto, ya que su acción es formar figura y fondo” (Perls, Hefferline & Goodman ,1951, p.235).

A partir de esto, Salamá (2012) reconoce al ser humano como cuerpo, pero adicional a eso, reconoce que las necesidades de supervivencia de la persona giran en torno a la memoria orgánica del sí mismo, en donde refiere que antes de ser personas, fuimos células que constantemente pelan por sobrevivir. Es entonces desde ahí que subyace la idea de triunfadores en aquello que se considera como el proto-yo, que no es más que aquel sustrato inconsciente genético.

Sin embargo, al momento en que se accede a la vida, en el momento exacto del nacimiento, se da apertura a la primera Gestalt, que no es más que la respiración tras la oclusión del cordón umbilical, que desde su fisiología empieza a realizar. Es de esta manera, que el ser humano está en constante proceso de cerrar géstales a lo largo de su vida y es hasta su último soplo de vida en donde el cierre se da totalmente (Salamá, 2012).

El ser humano empieza su experiencia a través del cuerpo por medio de sus necesidades básicas, no obstante, en el desarrollo del lenguaje junto a otro se

empiezan a construir formas del discurso, frases repetitivas del deber ser, que el niño antes de alcanzar su valía considera como verdades absolutas.

De esta manera aparece el introyecto que no es más que una instancia del pseudo-yo, aquel que el ser humano experimenta como propio, pero no es más que el bagaje que deja el medio, el contexto que inyecta todos los deberías al individuo, quien poco a poco cierra su mirada al Yo auténtico, dando paso a la falta de identidad, en pocas palabras a la neurosis (Salamá, 2010).

5.2 LA NEUROSIS

Según Perls (1947) el ser humano desde el enfoque gestáltico es producto constante de la relación entre organismo y ambiente, siendo esto una cuestión dinámica, que lleva al hombre a una búsqueda constante de la adaptación, por tanto, el comportamiento de este es consecuencia de los reflejos establecidos entre estos campos. Esto da sentido a la persona como ser social y establece su existencia a través de su relación con otros.

El intercambio con el mundo es necesario para la supervivencia de la persona, no obstante, cuando a este se le imposibilita generar cambios en función de la adaptación, aparece la neurosis. Por tanto, el ser humano que se establece rígido es incapaz de movilizar estrategias que permitan su adaptación y no está en condiciones de enfrentar sus necesidades de supervivencia; de este modo, su identidad es alienada, aislada por una sociedad neurótica.

Todos los mensajes recibidos por la persona sean directos, por comparación o por identificación proyectiva, constituyen todo aquello que es ajeno al Yo, bloquean la voluntad e inhiben la responsabilidad, evitando el contacto con el aquí y ahora.

Es entonces que aparece el pseudo-Yo como aquella parte de la persona que se muestra al mundo a través de máscaras, es decir, aquel que no es más allá de los introyectos, de los deberías que se fijan en la rigidez o labilidad ante la vulnerabilidad, que representan el sufrimiento que genera en sí la ausencia del yo autentico.

Por consiguiente, el malestar se manifiesta y es ahí donde yace el neurótico como producto de una sociedad que ha demarcado a través de mensajes a la persona, que a su vez los ha aceptado en su estructura como propios, aunque sean de otros. (Salamá, 2012).

No obstante, si bien la neurosis se presenta como un medio para alcanzar el fin del contacto con el mundo, es necesario ir más allá y entenderla como una expresión del ser (Frankl, 2016). De este modo, el sufrimiento de la falta de sentido nace como la expresión de aquella persona, que en medio de su neurosis accede a acciones que impulsan a la muerte, por tanto, esta expresión es aquella que da cuenta de la enajenación del Yo perdido en la intranquilidad humana, en la frustración existencial de ser alguien que no se es. (Frankl, 2018).

El ser humano es capaz de vivir en un contacto con la sociedad, teniendo en cuenta que es él en sí y que es del mundo. Lo anterior refiere a las características de un hombre bien integrado, por tanto, el principio de la homeostasis o autorregulación está directamente correlacionado con el medio.

Sin embargo, ni el individuo debe responder a las necesidades del medio, ni este debe responder a las necesidades del individuo, es decir, la responsabilidad de los sucesos establecidos en tal campo es de carácter personal, es entonces que el ser humano íntegro y congruente responde al mundo fuera de la neurosis, adaptándose a través de la responsabilidad que asume su organismo respecto a su necesidad.

Finalmente, Perls (1974) menciona en términos generales la neurosis establecida a través de su modelo de capas, que se atraviesan con el fin de desafiar el contacto con el mundo y alcanzar el desarrollo óptimo.

Estos estratos según Rojas & Marañón (2012), definen la manera en que la persona se ha de relacionar con en el entorno y con sí mismo, y se establecen alrededor del ciclo de la siguiente manera:

- **Indiferenciación:** Ubicada en la fase de reposo, es el momento en que la persona está en equilibrio y bajo la posibilidad de dar apertura a una Gestalt. Es aquí en donde se gesta la necesidad y está en constante comunicación con el cuerpo, esperando el momento en que se manifieste.

- **Señales o lugar común:** Ubicada en la fase de sensación, la persona establece un intercambio de sensaciones que, sin palabras se dan en el cuerpo como producto de una necesidad.

- **Como si:** Se da en la formación de figura y es la que conduce a la persona en el estadio de *como si* asumiese lo que está sintiendo, haciéndose responsable de aquello que siente y piensa durante el momento.

En esta capa, el niño es capaz de establecer contacto con el mundo a través de los roles o estratos superficiales dictaminados por la sociedad. El niño que es bueno, que no molesta e incluso es muy buen estudiante o que por el

contrario heredó del padre o madre el mal carácter, da cuenta de la estructuración de una capa sintética con la que el niño accede al mundo a través de la manipulación de los mensajes del medio.

- **Estrato Fóbico:** Ubicado en la movilización de la energía, la persona encuentra resistencias en su entorno, las cuales debe movilizar a fin de satisfacer sus necesidades. Es aquí en donde el ser humano debe enfrentarse a sus sentimientos polares, es decir, debo ser o quiero ser. Es en este lugar en donde él se enfrenta a los mensajes del mundo y decide si abre paso a la neurosis que subyace a través del Pseudo Yo o por lo contrario, accede al Yo en la autenticidad.
- **Impasse:** Ubicada en la acción y el pre-contacto, en donde la persona se enfrenta a sentimientos de temor, respecto a lo que representa movilizarse a la necesidad frente a la demanda del mundo externo. Es aquí en donde se enfrenta a sus polaridades y a los debeismos externos.

Una vez superada esta instancia se da la manifestación del sí mismo auténtico, es decir, está en la nada para darse cuenta de la realidad y de aquello que realmente es y no es propio de sí. Es aquí en donde aquello que se conoce como la nada se convierte en fondo para entender las figuras que establece la necesidad humana, es por eso que se habla de vacío ante una Gestalt abierta y en donde se empieza a movilizar la energía en busca de cerrar la nada. Se abre paso a la creatividad, una implosión en sí mismo para llegar a aquello que es externo.

- **Explosión:** Ubicada en la fase de contacto, la persona presenta la acción concreta en la necesidad. Es aquí cuando la persona llega al punto en donde su necesidad puede ser satisfecha o frustrada por el medio.

De este modo, se establecen cuatro tipos de explosión respecto a las demandas del ambiente las cuales son: estallidos de ira, alegría, aflicción y orgasmo. Es aquí en donde aparece la conexión con lo auténtico, básicamente es el retorno de la muerte ya que, dejamos de un lado aquello que no es propio de Yo y se ha de sepultar aquellos mensajes introyectados por el medio.

No obstante, este estadio es uno de los que representa en su mayoría temor puesto que, esto implica dejar aquello en lo que se vivía, todos los deberes y máscaras del mundo externo, el pasado y la incertidumbre del futuro hacia un nuevo mundo y ante todo, el miedo a que si de una u otra manera accedemos a la explosión, quizá no alcancemos a regresar, es decir, el miedo al rechazo del mundo por ser auténtico y alcanzar la alegría, ira, aflicción e incluso el orgasmo.

- **Integración:** Ubicada en la fase de pre-contacto, al finalizar la satisfacción de la necesidad la persona accede a sentimientos de confianza, de autorrealización y finalmente afirma su creatividad y se integra como un ser auténtico. De esta manera, la persona retorna al reposo con la satisfacción de que ha sido auténtica y por consiguiente, es capaz de tocar la muerte y regresar de ella.

La explosión no es más que el estadio intenso en que la persona alcanza la satisfacción, sin embargo, es posible que no regrese de ella, no alcance la integración y se pierda en sus cabales más instintivos. No obstante, el que regresa, es capaz de saber en qué momento puede ir y volver a fin de satisfacer lo que solo es necesario y generar el autoconocimiento básico para la supervivencia en el mundo como un todo.

Finalmente, de acuerdo a Salamá (2012) todos somos neuróticos en un mayor o menor grado. Independientemente de ello, el cómo se maneja tal neurosis nos permite alcanzar la explosión y pasar cada uno de los estratos en medio de las polaridades.

5.3 EL SÍ MISMO EN FUNCIONAMIENTO, FIGURA-FONDO COMO ESFERAS DE INTERACCIÓN HUMANA

Yontef (1995) refiere en su teoría del campo, algunas premisas fundamentales para entender el evento fenomenológico de la existencia a través de la experiencia del cuerpo. Basado en la Gestalt, menciona que todo está en movimiento, que el cambio es constante, por tanto, la realidad no es arbitraria y mucho menos objetiva, ya que está constituida por el medio, el cuerpo y la experiencia de los sentidos. Es entonces el sí mismo, el proceso de contacto entre el ambiente y el organismo.

Polster & Polster (1973) mencionan que el acto de percibir implica el proceso de figura y fondo, siendo la primera la organización de la experiencia percibida a nivel sensorial y la segunda el ambiente, ese fondo en donde se desarrolla la experiencia. Es por ello, que la figura realza del fondo invitando a la persona a fijar su atención en la necesidad.

Otra característica de la percepción es la tendencia constante al cierre, lo cual da cuenta de un reflejo perceptivo que busca completar con un todo aquello que está incompleto y esto se da a través del mundo subjetivo de la persona, que por medio de sus experiencias integradas buscará dar cierre a eso que está abierto (Polster & Polster, 1973).

Es decir, que toda acción incompleta es rechazada en relación al fondo, en donde se quedan estancadas e inconclusas, distraendo a la persona de la cuestión en particular, por tanto, inhibe su necesidad, aun así, dando cierre a un suceso que de manera interna queda inconcluso.

Este fondo amorfo es la construcción de la sociedad en relación a las demandas que el ambiente establece sobre la persona, lleva a que el sí mismo empiece a fluctuar, con base en la construcción social que permea el desarrollo de la experiencia, y por consiguiente el contacto con el mundo cierra la Gestalt en principios diferentes al de la figura establecida en un principio (necesidad insatisfecha).

Con base en lo anterior, Perls, Hefferline & Goodman (1951) comprenden entonces el sí mismo en función de la figura y fondo, como aquel movimiento de los campos a nivel interno del Self en tendencia a *ir hacia*, es decir, el Yo en relación constante con el mundo.

Es de esta manera que Salamá (2012) reconoce que la interacción humana se da a través de esferas básicas para el desarrollo de la Gestalt, aquello que falta o en su defecto lo que es entonces la necesidad. Si bien, el contexto es el espacio en donde se establecen las relaciones humanas, también es el lugar en donde emerge la necesidad, es el mundo en donde la figura y fondo toman sentido.

De esta manera, al establecerse una figura a través del fondo la energía se redirecciona, es decir, que tales elementos de interrelación humana con la necesidad, cambian dependiendo del contexto como una causal del comportamiento del individuo en un lugar específico. Es así como la figura emerge sobre el fondo, que le hace contraste en la emergencia de satisfacer una necesidad que varía dependiendo el contexto con el ánimo de existir.

5.4 AUTORREGULACIÓN ORGANÍSMICA

El ser humano se convierte en el centro de interés en la Gestalt, ya que es un ser que busca diariamente su autorrealización y solo es posible a través de la experiencia conjunta de la existencia con otros y el mundo (Goldstein, 1961). De acuerdo a Perls (1976) las interacciones psicológicas y fisiológicas con el ambiente, ayudan a la persona a “sobrevivir” a los cambios que se ejercen en este.

Latner (1973), denomina al concepto de autorregulación organísmica, como un proceso holístico que involucra la totalidad del ser humano, donde los organismos tienen consciencia y pueden repararse así mismo. Por su parte, Perls (1975) quien retoma el concepto organísmico y lo denomina como autorregulación organísmica, propone que el individuo tiene la capacidad para actuar sobre sí mismo en busca de auto sanarse. El ser humano que se autorregula se conoce a sí mismas y a los demás, por tal motivo, en la autorregulación organísmica la persona es capaz de analizar, elegir, asimilar o rechazar aquello que no aporta a su autorrealización y bienestar.

En esta ocurren tres fenómenos los cuales son: la percepción, aceptación de lo que existe y el surgimiento de las necesidades dominantes. En otras palabras, es un darse cuenta de la necesidad y hacer algo para satisfacerla, puesto que el organismo está en búsqueda del equilibrio. El desequilibrio aparece cuando la persona y el ambiente experimentan necesidades diferentes, y este no es capaz de distinguir cuál es la necesidad con mayor importancia.

De esta manera, las necesidades que surgen en las personas obedecen a distintas interacciones ambientales y estructurales del organismo, que por ende, necesitan equilibrarse (Perls, 1975). Según lo anterior, todo organismo tiene la capacidad de estabilizarse.

5.5 EL CICLO DE LA EXPERIENCIA GESTÁLTICO

“El ciclo de la experiencia es un modelo fisiológico, incorporado a la psicoterapia Gestalt por Zinker” (Salamá, 2002, p.73). Es un esquema gráfico del organismo representada por un círculo, donde se muestra el “que” y el “como” que recorre la energía, en pro de satisfacer una necesidad en búsqueda de la homeostasis, está dividido en dos hemisferios los cuales son: el fragmento **Superior** que es llamado **parte pasiva** y se denomina así, porque no hay acciones con el exterior, todo lo que se experimenta se da de forma interna, por su lado la fracción **Inferior** es denominada **parte activa**, ya que el organismo entra en contacto con el contexto (Salamá, 2002).

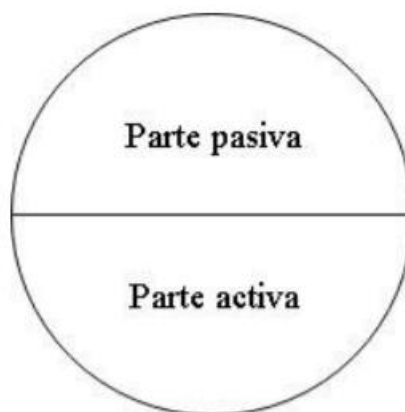


Ilustración 2. Parte pasiva y Parte Activa (Salamá, 2002, p.74)

De acuerdo a Salamá (2002), el ciclo es dividido en cuatro cuadrantes, que representa la zona predominante en donde se ha de satisfacer el proceso, estas son:

- La **zona interna**: es el primer cuadrante, va desde la piel hacia adentro y abarca el contacto con el cuerpo por medio de los nervios y las expresiones emocionales de estos.
- La **zona de la fantasía**: se ubica en el segundo cuadrante y se relaciona con los procesos mentales, como lo son la memoria, las ideas, entre otras.
- La **zona externa**: es el tercer cuadrante y va de la piel hacia afuera, incluye el contacto con el contexto a través de los sentidos.
- El **continuo de conciencia**: muestra la relación de las tres zonas anteriores, lo que significa que la energía fluye libremente entre el contacto con el organismo y el medio ambiente, por lo cual conserva lo que le sirve y elimina lo que no es necesario.

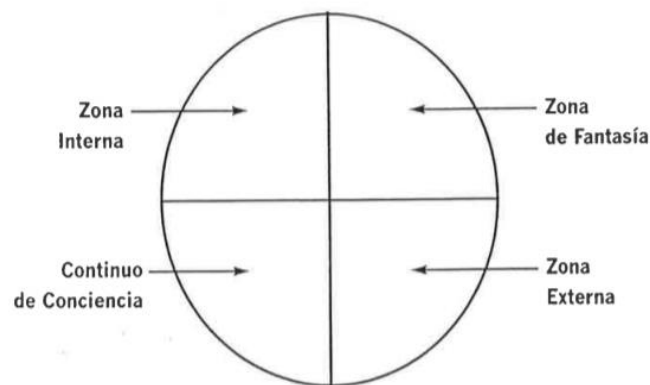


Ilustración 3. Cuatro cuadrantes (Salamá, 2002, p.76)

Este ciclo está dividido en ocho fases, las cuales representan el camino de la energía iniciando en el **reposo** y finalizando el **postcontacto**. Si la energía recorre las ocho fases sin interrupciones significa que cierra la Gestalt y el organismo está preparado para iniciar un nuevo ciclo. No obstante, cada fase puede ser interrumpida por un bloqueo o una auto interrupción, los bloqueos se dan de forma inconsciente y pertenecen al Pseudo Yo, mientras que las auto interrupciones son conscientes, favoreciendo al Yo. (Salamá, 2002; 2012).

A continuación, se expondrán las fases y bloqueos planteados por Salamá (2012):

Reposo: Es el punto de partida, donde inicia una nueva experiencia, la cual puede surgir por necesidades fisiológicas o psicológicas. Se da a través de la indiferenciación creativa, es decir aquel vacío fértil en donde se cultiva la necesidad que movilizara la energía. Es la fase que se encuentra en constante conexión con la necesidad emergente.

- **Interrupción – Postergación:** Impide la naturaleza del momento y se deja para otro momento. Este bloqueo hace referencia a la interrupción de la continuidad natural, en donde se evita por completo el proceso de comprender la experiencia. En términos generales, es dejar lo inconcluso para otro momento que a lo mejor no llegará, por lo cual se impide el éxito de esta fase.

Sensación: Es darse cuenta de la necesidad, aunque aún no se haya identificado cual es esta. Es el momento en donde esta surge y provoca algún tipo de sensación corporal en busca de hacer figura ya sea en la parte fisiológica o psicológica de la persona. Es el momento en que la experiencia comienza en su movilización más pura hacia la búsqueda de la satisfacción.

- **Interrupción – Desensibilización:** La persona se niega a sentir, a hacer contacto con su parte sensorial. Es la negación con el cuerpo y por consiguiente, con la necesidad emergente. Del mismo modo, cuando esta se refiere a emociones o sentimientos, se menciona que incluye la formación de figura, es decir, que si bien pasa por esta fase, existe una contaminación de la siguiente fase, dando paso a la proyección.

Por esto, es posible hablar de retorno en el ciclo, ya que la energía se moviliza hasta la formación de figura contaminada, atribuyendo a algo externo lo que es del sí mismo, por tanto, la negación aparece en busca de la protección y accede a la desensibilización.

Formación de figura: El organismo ha identificado cual es la necesidad que debe satisfacer, por lo cual se es consciente de la sensación. Es a través del contraste de la figura y fondo que la persona logra darse cuenta de su necesidad y se da cuenta de lo que en sí, le pertenece y ha de satisfacer al finalizar el ciclo.

- **Interrupción – Proyección:** Se le atribuye a algo externo lo que le pertenece al sí mismo negándolo en él. Es entonces de esta manera que el individuo hace responsable al mundo de aquello que debería responsabilizarse.

Movilización de la energía: Se utiliza toda la energía indispensable, planeando la acción, con el fin de cumplir con lo que la necesidad demanda. Es la última fase de la zona de fantasía en donde se establece el canal a la acción que permitirá satisfacer la necesidad, por tanto, es vital para el flujo de la energía.

- **Interrupción – Introyección:** utilizando los “debo” y “tengo” que pertenecen al pseudo yo, incorporando creencias e ideas que no

pertenecen al Yo. Es aquí durante el bloqueo que aparece la incorporación de actitudes e ideas que no han sido asimiladas por el organismo lo cual lleva al Yo a convertirse en distónico. Es aquí en donde aparecen los deberías en el lenguaje y están tan marcados en el comportamiento humano, que interrumpen el flujo de la energía si llegan a representar una amenaza ante el pseudo Yo. (Salamá, 2012)

Acción: Se actúa en contacto con el exterior, moviliza el organismo para saciar la necesidad. Aquí se da la transición de la fantasía a la zona externa, pues es la acción con la que el individuo empieza a moverse en su entorno a fin de alcanzar la satisfacción de su necesidad.

- **Interrupción – Retroflexión:** Moviliza la energía hacia él, lo que significa que se hace a él mismo, lo que le gustaría hacerles a otros, está en relación con la energía agresiva. Por lo general aquí aparecen los miedos y temores por los que el individuo se castiga. La retroflexión en general es una agresión a sí mismo y puede ser física o a nivel del pensamiento.

Precontacto: Se identifica la fuente de satisfacción y se dirige hacia ella. Es aquí en donde el objeto relacional se ha identificado y está pleno al contacto, es justamente en este momento en que movilizamos la energía decididos a la satisfacción con la necesidad.

- **Interrupción – Deflexión:** Desvía la energía a objetos no significativos, evitando enfrentarse a las situaciones que pueden ser desagradables. El individuo evita hacer contacto con el objeto relacional y abandona, se desvía para no enfrentarse, ya sea por impedir lo desagradable y escaparse de resolverlo.

Contacto: El organismo experimenta placer, puesto que establece un contacto pleno con la fuente de satisfacción. Aquí alcanza la explosión y el individuo llega a ese estadio de satisfacción con el que se pretende integrar la experiencia.

- **Interrupción – Confluencia:** Permite que otros le digan que hacer. Ya el individuo no distingue los límites y se pierde en la frontera de contacto porque sus cables están centrados en el objeto relacional en el que se ha pedido a cambio del placer generado por la satisfacción de la necesidad.

Postcontacto: Se inician los procesos de asimilación y alienación de la experiencia, el organismo se prepara para entrar en reposo, dándole cierre a la Gestalt a través de la desenergización para alcanzar el continuo de consciencia.

- **Interrupción – Fijación:** El organismo se niega a retirarse del contacto y se manifiesta a través de la rigidez de sus patrones comportamentales.

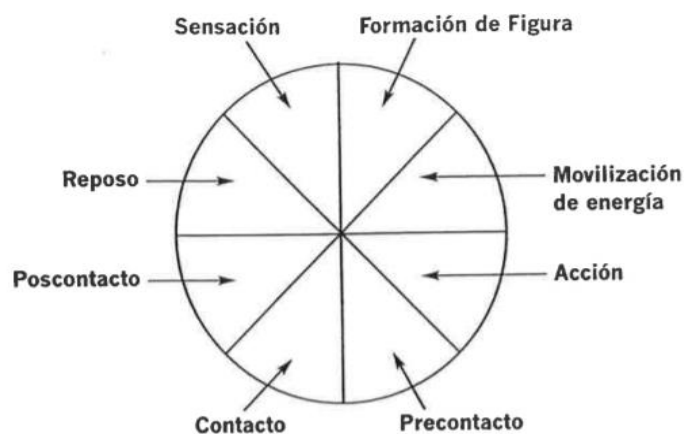


Ilustración 4. Fases (Salamá, 2002, p.80)

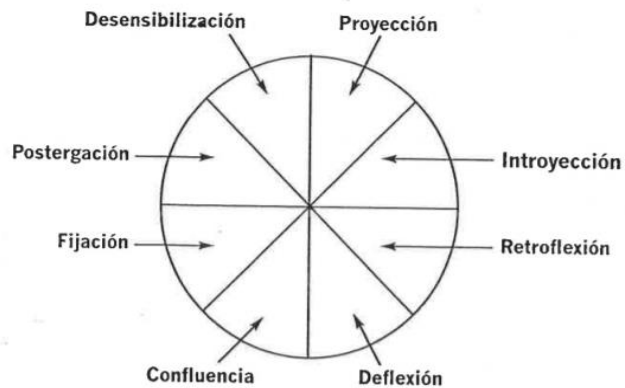


Ilustración 5. Interrupciones del ciclo (Salamá, 2002, p.83)

5.6 POLARIDADES DEL CICLO DE LA EXPERIENCIA

Las polaridades hacen referencia a situaciones que se oponen entre sí, por lo cual el organismo cuenta con polaridades que están en función de las necesidades y de la autorregulación orgánica del mismo (Rojas & Maraño, 2012)

En el ciclo de la experiencia, los bloqueos o autointerrupciones cuentan con sus propias polaridades, estas son denominadas: bio-positiva (+) que refiere a lo nutritivo y temporal, con lo cual la persona es capaz de darse cuenta de estas, permitiendo que se tome conciencia y se logre la autorregulación del organismo, no obstante, la parte bio-negativa (-) alude a algo tóxico y permanente (Rojas & Maraño, 2012). A continuación, se presenta la descripción:

Tabla 4. Partes bio-positivas y bio-negativas de cada bloqueo (Rojas & Marañón, 2012, pp.142-143)

Bloqueo	Bio-Positivo (+)	Bio-negativo (-)
Retención	Saber posponer	Evitar concluir
Desensibilización	Busca auto-apoyo	Impide la sensación
Proyección	Estado de alerta	Confunde el Yo/No yo
Introyección	Sintónico con el Yo	Distónico con el Yo
Retroflexión	Capacidad de espera	Auto-agresión
Deflexión	Conserva la relación	Evita la situación
Confluencia	Sirve para socializar	Confunde el Yo/otros
Fijación	Recuerda para resolver	Recuerda y se queja

Según el Test de psicodiagnóstico Gestalt (TPG) de Salamá, Rojas & Marañón (2012) las interrupciones o bloqueos, se describen de la siguiente manera:

- **Desensibilización:** (+) No permite a la energía volver a la fase de reposo. (-) Impide que se genere la sensación.
- **Proyección:** (+) Sirve para estar alerta y sobrevivir. (-) Se atribuye a defectos propios.
- **Introyección:** (+) Refiere a los “deberías” relacionados con creencias, valores y actitudes positivas, que se han tomado y se han adaptado al contexto propio. (-) Son los “deberías” que se han impuesto y evitan las conductas adaptativas.
- **Retroflexión:** (+) Alude a la capacidad de esperar. (-) la persona se lastima con el fin de evitar culpa, temores, rechazos o abandono.
- **Deflexión:** (+) Evita identificar el objeto con el fin de no dar paso a relacionarse. (-) Evita reconocer el objeto por miedo y/o agresión.

- **Confluencia:** (+) La persona puede ceder ante el otro sin ser sometido. (-) Se pierden los límites del yo, accediendo al otro en exceso.
- **Fijación:** (+) Se recuerda y busca resolver los errores que se cometieron. (-) se recuerda, pero solo se queda en la queja.

5.7 FRASES, MENSAJES Y EMOCIONES DE CADA BLOQUEO

De acuerdo a Rojas & Marañón (2012) existe unas frases comunes en el lenguaje de la persona que permiten identificar los bloqueos en el ciclo de la experiencia, tales como:

- **Luego lo hago** (Retención) el individuo se queda en la zona pasiva evitando la acción.
- **No siento** (Desensibilización) hace una negación a su sensación.
- **Debería** (Introyección) El sistema de creencias del sujeto contrae su Yo.
- **Me aguanto** (Retroflexión o Proflexión) Hacerse daño a sí mismo.
- **Lo evito** (Deflexión) Desvió de la energía a última hora.
- **Tú mandas** (Confluencia) Perder los propios interese, para satisfacer al otro.
- **No puede dejar de** (Fijación) Necesidad de no retirarse del contacto.

Tabla 5. Las frases de cada bloqueo (Rojas & Marañón, 2012, p. 144)

Bloqueo	Frase
Retención	Luego lo hago
Desensibilización	No siento
Proyección	Por culpa de

Introyección	Debería
Retroflexión	Me aguando
Deflexión	Lo evito
Confluencia	Tú mandas
Fijación	No dejo de

A continuación, se describirán los mensajes en cada fase, los cuales registran las ideas instauradas, no obstante, pueden existir otros mensajes similares:

- **No mereces** (fase de reposo)- Sensación - Auto saboteo al no creer en sí mismo.
- **No te amarán** (fase de sensación) – Desensibilizarse - Miedo al dolor.
- **Te dañarán** (fase de formación de figura) - Proyección- Evade responsabilidades.
- **Te rechazarán** (fase de movilización de la energía)-Retroflexión- El individuo, se flagela a sí mismo para encajar.
- **No actúes** (fase de acción) - Introyección- no se permite ser.
- **No enfrentes** (fase pre contacto)- Deflexión- Centra su energía en otro lado.
- **Te dejarán** (contacto) – confluencia - pérdida del sí mismo, por temor al abandono.
- **Estarás solo** (fase de post- contacto) – fijación-Miedo a la independencia.

Tabla 6. Mensajes característicos de cada bloqueo (Rojas & Maraión, 2012, pp. 145-146)

Fase	Frase
Reposo	No mereces
Sensación	No te amarán
Formación de figura	Te dañaran
Motivación de la energía	Te rechazarán
Acción	No actúes

Pre-contacto	No enfrentes
Contacto	Te dejarán
Post-contacto	Estarás solo

En conclusión, la búsqueda de la autorrealización se debe minimizar al tiempo de la resolución del malestar, enfrentando las situaciones de manera oportuna, ya que la resistencia o bloqueo, la evitación al enfrentar la situación o la postergación, no van a permitir el flujo de la energía y el equilibrio, el cierre de la Gestalt y el retorno a la homeóstasis (Rojas & Marañón, 2012).

5.7 LA ENFERMEDAD FÍSICA DESDE EL ENFOQUE GESTÁLTICO

La enfermedad ante la Gestalt representa el miedo de ser ante la incertidumbre que manifiesta el cuerpo por aquello que está pasando y en teoría, es desconocido. De esta manera Schnake (1995) menciona que la persona en la enfermedad no sabe que decirle a esta, ya que son dos figuras divididas, la enfermedad y la persona, aunque vivan en el mismo cuerpo, pareciese que fuesen dos entidades diferentes.

La realidad es que es necesario afrontarlo, de modo que parte de la ayuda es la curación por medio de la terapia, que lleva a que la persona se conecte a través de lo que es real, es decir, el miedo que manifiesta desde su parte negada como ese individuo que es vulnerable y que socialmente se le conoce como enfermo. Lo que no se sabe, es que el individuo comparte características similares a la enfermedad, es ahí en donde se encuentra desconectada la persona y la enfermedad en el ejercicio de la evasión de la responsabilidad.

Es entonces la enfermedad de acuerdo Schnake (1995) aquel elemento tan pequeño, diminuto e invisible que no queremos ver de la realidad y que a nivel social

el mensaje es ver al enfermo como un paciente, no obstante, el individuo activo en su proceso abre gestales a través de su incertidumbre. Preguntas tales como ¿Por qué a mí? ¿Qué he hecho mal en esta vida para merecerlo? ¿no debí enfermar?, son las que por lo general deflactan en el proceso y desvían por completo a la persona de la realidad.

Es necesario hacer consciente lo que aún no es y empezar a pensar de qué manera se comporta la enfermedad y que similitud tiene con la persona. Esto fue lo que realizó Schnake (1995) junto a su paciente Julio, quien tras haber sido diagnosticado con Linfoma de Hodgkin, se da cuenta de que las aspiraciones humanas son tan absurdas como las de las células neoplásicas tales como, “mantenerse jóvenes, no madurar, no trabajar, ser inmortales y vivir a expensas del resto” (p.114).

De acuerdo a esto, Julio a través de la analogía aun no comprendía sus deseos, sin embargo, a través de la enfermedad se da cuenta del miedo que le inspira acercarse a estos, porque gran parte de su vida había sido ese ingeniero exitoso, que se esforzaba día y noche por el reconocimiento, pero se había olvidado de él. Desde aquel momento Schnake (1995) lleva al individuo a darse cuenta de que su competitividad y su enfermedad son lo mismo, por tanto, este asume con responsabilidad aquello que ya conoce y se enfrenta al mundo con nuevos recursos.

Hay que tener en cuenta aspectos específicos de la enfermedad neoplásica ya que, el cáncer es la proliferación de células que decidieron ser diferentes a nivel estructural sobre el tejido en el que se encuentran. Así mismo se dividen y se expanden de formas descontroladas y lo más curioso es que se parecen a la depresión, ya que no reconoce el límite, de modo que esa sensación de desaliento, tristeza y angustia superan la existencia humana y es ahí en donde nace la analogía de la enfermedad (Schnake, 1995).

De este modo, los límites establecidos desde Pseudo Yo, tienen mucha similitud entre la enfermedad y la persona, por tanto, es ahí en donde el individuo se puede

guiar hasta el punto en que reconozca que, puede existir un exceso de límites a nivel personal que lo inhiben de sentir, en donde la conexión con el cuerpo da paso a la figura oculta en el fondo de los mensajes cargados de introyectos del contexto.

En relación a lo anterior, es necesario conocer el funcionamiento del organismo en relación a la enfermedad, ya que, a nivel estructura representan cuestiones básicas de la necesidad en la totalidad de la persona, es decir, la relación constante entre enfermedad y el carácter del individuo que cada vez se comprometen como un todo (Schnake, 2007). De esta manera, la enfermedad constituye un elemento desquiciado de la persona, como si fuese en sí, aquello que no desea ver de sí mismo y que, tras el miedo, la incertidumbre y vulnerabilidad que esta representa, se convierte en el escudo contra el mundo para esconderse.

En términos generales, todo síntoma y enfermedad son para la persona un saber acerca de si que no ha sido reconocido y mucho menos aceptado. Es entonces un indicio de que algo no está bien y es a través de estas alteraciones físicas conocidas como enfermedad que manifiestan su mensaje, es por eso que bajo esta teoría se considera que existe una estrecha relación entre lo negado del órgano enfermo y la persona, como prueba más evidente de la desvinculación con el cuerpo. (Schnake, 2007)

5.8 LA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA

Hablar de pedagogía hospitalaria implica abordar desde una perspectiva multidisciplinaria todo lo correspondiente al desarrollo del niño en relación a todas las variables que afectan el perfeccionamiento de los procesos de aprendizaje. Del mismo modo, es ineludible comprender la necesidad educativa que por derecho tienen los niños (Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas [ONU], 1948).

Esto reestructura la idea de aula que sale de la escuela y es llevada a la sala de cuidados hospitalarios para responder a la necesidad de los niños que, en términos de inclusión, están aislados por su condición de enfermedad. De este modo, reconocen la condición de la misma y de acuerdo a ello, establece estrategias para continuar con el proceso educativo (Grau & Ortiz, 2001)

De acuerdo a lo anterior, Serradas (2003), menciona que el principal objetivo es el de llevar al niño en condición de enfermedad y a su núcleo familiar a que se adapten al nuevo contexto que demanda el período de hospitalización, ya que esto representa la desestructuración de un estilo de vida que ha de cambiar en el momento en que se diagnostica la enfermedad.

De este modo, la pedagogía hospitalaria va más allá, porque es el conjunto multidisciplinar desde la medicina, psicología y ciencias sociales e incluso la familia que hacen parte del proceso educativo que se ha de llevar a cabo en el aula hospitalaria. Lo anterior, en función de garantizar el bienestar y el derecho a la educación de los niños, niñas y adolescentes, por lo que es posible definir lo que es la pedagogía Hospitalaria (Grau & Ortiz, 2001).

Por otra parte, el aula hospitalaria es ahora una nueva propuesta que responde las necesidades del niño en condición de enfermedad, lo que implica la organización de un nuevo servicio, en donde es importante reconocer la condición de estos respecto a la enfermedad que conlleva largos periodos de hospitalización.

Por tanto, la reestructuración del rol del estudiante no solo responde a sus necesidades educativas, sino que responde a su compromiso cognitivo. Por ello, la pedagogía hospitalaria comprende que sus habilidades se han de limitar respecto a las condiciones de un tratamiento médico (Grau, 2004).

Uno de los factores que interviene la pedagogía hospitalaria, es aquello que corresponde al impacto emocional que establece el diagnóstico de una enfermedad que requiere hospitalización. De este modo, el aturdimiento que genera la desestructuración de la cotidianidad responde a una pérdida que implica un duelo en función de la readaptación al nuevo contexto en la hospitalización (Grau, 1993). Si bien existen momentos de negación, ira, culpa e incertidumbre tanto para el niño, como para la familia, es aquí en donde la pedagogía hospitalaria interviene en el proceso de adherencia al tratamiento, minimizando el riesgo de aislamiento social (Grau, 2004).

Respecto al objetivo de la pedagogía hospitalaria, Grau (2001), hace énfasis en la importancia de la reestructuración de los modelos y estrategias pedagógicas que se estandarizan en las instituciones educativas. Una de las bases fundamentales de la educación en relación al contenido, como lo es el currículo, pasa a ser un elemento dinámico en el proceso de planeación de enseñanza y a su vez, se ajusta al carácter cognitivo que se ve afectado en el proceso de aislamiento hospitalario.

Además, es necesario comprender que uno de los factores principales que demanda intervención inmediata es el de carácter afectivo. Desde un enfoque

integral, el desarrollo del niño se debe ajustar en relación a su nueva condición física, por tanto, la pedagogía hospitalaria pretende disminuir el riesgo de cosificar al niño como un sujeto de la clínica, puesto que es una persona activa en el proceso.

Para esto, es necesario la estimulación del componente social y afectivo a través de juego de roles e incluso lecturas o estimulación a través de material didáctico. De este modo, el miedo e incertidumbre que aborda al niño se va reestructurando a través de nuevas experiencias significativas y logra continuar con su proceso educativo (Grau & Ortiz, 2001).

De acuerdo a lo anterior, Serradas (2015), menciona la existencia de dos vertientes cuyo objetivo responde a las necesidades psicoterapéuticas y pedagógicas. La primera busca de manera constante “mantener el equilibrio psíquico y el ajuste social del infante recluido, favorecer su adaptación psicosocial, prevenir o reducir el efecto traumático que el hospital pueda producirle. Fomentar su desarrollo integral y evitar el retraso escolar” (Serradas, 2015, p.48). En tanto la segunda necesidad pretende “facilitar la reinserción del niño y niña en el centro escolar de origen, evitar la pérdida de hábito de esfuerzo personal y estimular su desarrollo cognitivo y social” (Serradas, 2015, p.48).

Es aquí en donde se ve la necesidad de la formación de profesionales con base en la pedagogía hospitalaria (Grau & Ortiz, 2001), puesto que, su labor no solo se limita al proceso de enseñanza, ya que en términos generales, su responsabilidad alude al bienestar y garantía de los derechos del niño en el contexto hospitalario, bajo los principios básicos del reconocimiento de las necesidades de una educación inclusiva (Grau, 2004).

Definición de términos

- Cáncer infantil

Es un grupo de enfermedades, que posee características particulares y comportamientos diferentes, sin embargo, todas se presentan cuando una célula o un grupo de células se multiplican y crecen de manera anormal (células tumorales), anulando las células normales, siendo capaz de llegar a órganos vecinos y alejados.

Este proceso en los niños sucede con mayor rapidez que en los adultos, lo cual se da porque las células tumorales suelen ser embrionarias e inmaduras, lo que produce un crecimiento más rápido y agresivo. Las enfermedades del cáncer se pueden dividir en dos grandes grupos: las enfermedades hematológicas (leucemias y linfomas) y los tumores sólidos. (Yélamos, García, Fernández & Pascual, s.f)

- Leucemia

La leucemia es uno de los cánceres más frecuente en los niños, refieren al cáncer de la sangre que surge en la médula ósea, la cual es la encargada de producir las células sanguíneas. Se da porque surge una abundancia incontrolada de blastos (glóbulos blancos inmaduros) las cuales se acumulan en la medula ósea y desplazan el resto de células. Los niños suelen presentar síntomas como cansancio, palidez, hematomas y riesgos de hemorragia (Yelamo, et al, s.f).

- Leucemia linfoblástica aguda (LLA)

Es la leucemia más común en los niños, la cual suele aparecer entre los 2 y 8 años de edad. Este tipo de cáncer afecta directamente los Linfocitos, los cuales son las células de la sangre que combaten las infecciones víricas (Yelamo, et al, s.f).

6 MARCO JURÍDICO

Para la realización de esta investigación, se ha de tener en cuenta la solicitud de los consentimientos informados de los acompañantes, al igual que los de las los agentes legales de la Fundación Anhelos de Vida. Dejando claro en estos que la información sería usada solo con fines académicos y formativos. Además, de las cláusulas de confidencialidad si el padre/madre u acudiente así lo determinan.

Para la realización de este, nos hemos de regir por los siguientes artículos del código deontológico del psicólogo Ley 1090 de 2006:

Artículo 47: El psicólogo tendrá el cuidado necesario en la presentación de resultados diagnósticos y demás inferencias basadas en la aplicación de pruebas, hasta tanto estén debidamente validadas y estandarizadas. No son suficientes para hacer evaluaciones diagnósticas los solos test psicológicos, entrevistas, observaciones y registro de conductas; todos estos deben ser parte de un proceso amplio, profundo e integral (p.11).

De este modo, cuando el psicólogo construye o estandariza los test psicológicos, inventarios, listados de chequeo u otros instrumentos técnicos, debe utilizar los procedimientos científicos debidamente comprobados. Dichos test deben cumplir con las normas propias para la construcción de instrumentos, estandarización, validez y confiabilidad. Es de esta manera que se ha de intervenir durante esta investigación, a fin de que toda la información obtenida a través del instrumento de evaluación, sea objetiva a la luz de paradigma seleccionado para este proceso.

De la misma forma el Artículo 25, de la ley 1090 del 2006, insta a la confidencialidad del profesional, como una obligación básica respecto a la información obtenida de

las personas en el desarrollo de su trabajo como psicólogos. No obstante, revelarán tal información a los demás sólo con el consentimiento de la persona o del representante legal, excepto en aquellas circunstancias particulares en donde se evidencie daño a sí mismo u otros.

De este modo los psicólogos informarán a sus usuarios de las limitaciones legales de la confidencialidad, por tanto, en el punto “d) cuando se trata de niños pequeños que deben dar su consentimiento informado, solo se le entrega a los padres, tutor o persona encargada para recibir la misma” (Ley 1090, 2006, p.8) y es así que en esta investigación, pues si bien se ha de tener en cuenta a la menor, es necesario el consentimiento de la persona encargada de esta.

En cuanto a la participación dentro de la investigación, se tendrá en cuenta el principio del respeto del investigador hacia el entrevistado, teniendo en consideración que el psicólogo aborda la investigación respetando la dignidad y el bienestar de las personas que participan, y con pleno conocimiento de las normas legales y de los estándares profesionales que regulan la conducta de la investigación con participantes humanos (Artículo 2, Ley 1090, 2006).

Del mismo modo, el Artículo 10 de la ley 1090 (2006) refiere a la confidencialidad sobre la persona, situación o institución donde se esté llevando a cabo la investigación, esta confidencialidad se mantendrá excepto si es requerida por los entes judiciales.

7. MARCO METODOLÓGICO

7.1 PARADIGMA

Esta investigación pretende conocer el ciclo de la experiencia de una niña con cáncer partiendo de una vivencia denominada pedagogía hospitalaria, por esto, esta investigación es vista desde el paradigma fenomenológico el cual se centra “en cómo los individuos comprenden los significados de las experiencias vividas” (Fuster, 2019, p.204).

La fenomenología según Fuster (2019) pretende entender la experiencia y los significados que el individuo le otorga a la vivencia cotidiana.

7.2 MÉTODO

La presente investigación es de perspectiva cualitativa, puesto que, es una investigación que pretende conocer y describir un fenómeno, en la cual no se plantean hipótesis. Hernández, Fernández & Baptista (2014), mencionan que el enfoque cualitativo “Utiliza la recolección y análisis de los datos para afinar las preguntas de investigación o revelar nuevas interrogantes en el proceso de interpretación” (p.7).

Es importante reconocer que las realidades son subjetivas, por lo cual en este estudio se pretende conocer la realidad con relación al ciclo de la experiencia de una menor que padece cáncer y hace parte de una metodología educativa inclusiva, llamada pedagogía hospitalaria. De este modo, se realizará la triangulación de la

información entre el caso, investigador y fundamento teórico en busca de las respuestas a los fenómenos observados.

7.2.1 Perspectiva

Esta investigación tiene como perspectiva la Gestalt, donde el ser humano realiza una descripción de la realidad conforme a la forma en que vive e interpreta las situaciones que experimenta, por lo que cada necesidad que se presente debe ser satisfecha, lo que refleja que el ser humano constantemente abre y cierra góstaes (Salamá, 2012). Con base en esto, esta investigación pretende conocer las góstaes de la menor, entorno a la experiencia de enfermedad permeada por un programa denominado pedagogía hospitalaria.

7.2.2 Tipo

Esta investigación es un estudio de caso. Bernal (2010) refiere a que este tipo de trabajos tienen como objetivo estudiar a profundidad un hecho, reconociéndolo de forma integral, teniendo en cuenta la interacción con el contexto y/o situación. El caso de esta investigación refiere al ciclo de la experiencia de una menor en situación de enfermedad que hace parte de un contexto de pedagogía hospitalaria. No obstante, es importante reconocer que los resultados que se presentan en los estudios de caso no pueden ser generalizados (Bernal, 2010).

7.2.3 Diseño

Esta investigación se da bajo un diseño no experimental trasversal, puesto que se pretende “observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para analizarlos” (Hernández, et al, 2014, p.152). De esta misma forma, es de diseño trasversal, debido a que se realiza la recolección de datos en un solo momento,

Hernández et al (2014) mencionan que las variables de este diseño investigativo no se pueden manipular, puesto que, son situaciones que ya sucedieron y tuvieron un efecto en las mismas, por lo que estas no pueden ser influenciadas.

7.3. CATEGORÍAS

Polaridades en el ciclo de la experiencia:

En el ciclo de la experiencia, los bloqueo o autointerrupciones cuentan con sus propias polaridades, estas son denominadas: bio-positiva (+) que de una u otra forma permiten la vinculación con la experiencia, no obstante, la parte bio-negativa (-) obstruye la movilización de la energía e impide el cierre en la Gestalt. De acuerdo a lo anterior, se puede reconocer que las polaridades orientan la reacción de la persona ante una situación determinada, siendo estas los recursos o no del sí mismo.

Por lo cual se busca identificar a través de las respuestas de la menor, el ciclo de la experiencia, donde se evidencie las interrupciones y donde subyacen las polaridades, que determinan el continuo flujo de la energía al cierre de la Gestalt que posee la niña, en este caso, aquellos que son positivos, representan acciones nutritivas que le permiten a la menor de una u otra forma tomar consciencia, de que si bien existe un bloqueo, este permite el acceso al cierre gestáltico y por consiguiente, el alcance de la autorregulación organísmica, vinculada con el objeto relacional.

De esta manera, la transición del apoyo que se sostiene en el ambiente, trasciende al autoapoyo, en donde el individuo asume la responsabilidad de sí, al punto en que moviliza la energía hacia el alcance de la necesidad a través de la búsqueda de

recursos que le permiten llegar al proceso de experimentar su ambiente, al mismo tiempo en que el contacto permite el funcionamiento de la persona en el mundo, pasando a la independencia y superando la dependencia de otros.

Significación del cáncer

La significación permite reconocer la comprensión que la persona genera con relación a la enfermedad que está presentando, es una comprensión de tipo subjetivo, que parte de la vivencia personal, permeada por los recursos, la red de apoyo, las afectaciones y cambios que esto ha generado o no en su cotidianidad.

Se pretende identificar como la menor percibe la enfermedad; teniendo en cuenta que el cáncer suele relacionarse con una enfermedad traumática, que genera dolor tanto físico como emocional, en el caso del cáncer infantil se desconocen las causas, no obstante, cuenta con tratamientos que pueden llevar a la cura.

Efectos de la pedagogía hospitalaria

La pedagogía hospitalaria responde a aquellas necesidades especiales de todo niño en condición de enfermedad que debe enfrentarse a largos periodos de hospitalización. De este modo, la enfermedad implica el distanciamiento con la escuela, por lo cual, la deserción escolar pasa a ser el riesgo constante durante este tipo de situaciones.

Por tanto, la pedagogía hospitalaria lleva la escuela a los hospitales, teniendo en cuenta los principios básicos de la inclusión, acogiendo la flexibilidad curricular como uno de sus principales artífices. Es necesario reconocer la pedagogía

hospitalaria como una práctica que implica un trabajo multidisciplinar desde la psicología y la pedagogía, en función de contribuir con un ambiente que reduzca los altos niveles de estrés que implica el aislamiento del contexto cotidiano, además, la posibilidad de que el niño se reconozca como un sujeto activo a través del proceso de enseñanza y aprendizaje llevado a cabo en las aulas hospitalarias.

En este orden de ideas, abordar la pedagogía hospitalaria como categoría representa ser uno de los principios de análisis, con el objetivo de reconocer como esta ha generado o no un apoyo en el flujo de la energía de las experiencias que trae consigo la enfermedad del cáncer.

7.4. PARTICIPANTE.

Esta investigación es llevada a cabo con una niña de 11 años, diagnosticada con Leucemia Linfoblástica Aguda desde abril de 2019, y perteneciente al programa de pedagogía hospitalaria de la Fundación Anhelos de Vida desde el mes de junio de mismo año. Hace parte de una familia monoparental materna, con una hermana mayor y viven en un estrato socioeconómico bajo.

7.5. INSTRUMENTO.

Para Hernández, et al (2014) la recolección de los datos esta permeados de significados de las personas, por lo cual quien investiga no recoge la información basándose en instrumentos ya preestablecidos, sino que, por el contrario, el investigador aprende de lo que observa y genera sus propios instrumentos, que se pueden ir modificando conforme avanza la investigación.

Para esta investigación utiliza como instrumento una entrevista semiestructurada, se pretende conocer el ciclo de la experiencia de una menor que fue diagnosticada con Leucemia Linfoblástica Aguda hace más de un año, por lo cual es relevante el uso de este tipo de herramientas donde se estipulan preguntas o situaciones base, sin embargo, se pueden generar preguntas adicionales, que permitan precisar la información que se pretende o se desea alcanzar.

El instrumento de esta investigación fue denominado CPH-NC (Ciclo de la experiencia, a través de la Pedagogía Hospitalaria de niño con cáncer). Centrándose en el ciclo de la experiencia como situación principal, por medio de tres categorías:

La significación del cáncer, la cual busca identificar como la persona percibe la enfermedad con relación a su vida y su experiencia.

La segunda categoría corresponde a las polaridades de los bloqueos/interrupciones del ciclo de la experiencia, los cuales se centraron en la teoría planteada por Salamá (2002) sobre el ciclo de la experiencia donde hace referencia a las polaridades bio-positivas y bio-negativas de la persona, se plantean preguntas que permita identificar como la persona podría reaccionar ante diferentes situaciones según la polaridad que emerja.

Por último, la tercera categoría corresponde a: Efectos de la pedagogía hospitalaria, la cual cuenta con las subcategorías: Metodologías flexibles, Ajuste social y Mitigación del miedo. Buscando a su vez, identificar si existe un ajuste al contexto hospitalario o no.

Esta entrevista cuenta con 56 preguntas; algunas de ellas dirigidas también a su cuidadora como fuente de información que dé cuenta del proceso de la menor en el

programa de pedagogía hospitalaria. Es importante tener en cuenta que las preguntas son unas guías metodológicas para el momento de la realización de la entrevista. Por la misma dinámica y carácter de las entrevistas semiestructurada, el orden o el lenguaje utilizado con los participantes no estará limitado de forma literal a como se presentan en el instrumento.

El instrumento aquí mencionado fue evaluado y validado por dos jurados expertos pertenecientes a la Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium, en la facultad de salud en la ciudad de Cali.

7.6. PROCEDIMIENTO

De acuerdo a Hernández, et al (2014) los métodos de recolección de datos no estandarizados ni predeterminados completamente “(..)consiste en obtener las perspectivas y puntos de vista de los participantes (sus emociones, prioridades, experiencias, significados y otros aspectos más bien subjetivos)” p.8

7.6.1. Fases

Fase preparatoria: Según Rodríguez, Gil & García (s.f), esta es la fase inicial de una investigación de perspectiva cualitativa, la cual se divide en dos grandes etapas, denominadas reflexiva y diseño, en donde la **etapa reflexiva** refiere al punto de partida donde el investigador define el tema a tratar, el cual no requiere estar delimitado en su totalidad, pero si reconocer cual es la importancia y características del mismo.

La presente investigación se inició con la idea de querer trabajar sobre la pedagogía hospitalaria, donde se descubre, que en la ciudad de Cali, solo existe una entidad

que maneja este tipo de programa educativo, la cual es la Fundación Anhelos de Vida, esta fundación maneja solo pacientes oncológicos, es por ello que centramos nuestro interés en la menor con diagnóstico de cáncer, adicional a lo anterior, esta investigación es llevada a cabo por psicólogos con enfoque humanista, de donde nace la incógnita de conocer el ciclo de la experiencia. Una vez se delimita la temática, fiel a los intereses de los investigadores se inicia el desarrollo de un marco teórico que sustente la investigación.

Por otro lado, la segunda etapa de esta fase es denominada la **etapa de diseño**, corresponde al momento de la planificación de la investigación, sin embargo, para Rodríguez, et al (s.f) es relevante reconocer que en una investigación cualitativa no siempre es posible seguir la planificación a la investigación, puesto que está sujeta a cambios.

Sin embargo, se delimita la estructura principal de la investigación, donde se encuentran apartados tales como: marco teórico que se obtuvo como resultado de la reflexión, metodología de la investigación, técnicas de recolección de la información, procedimientos y consentimientos.

En esta etapa, es importante reconocer la muestra, el lugar y los posibles recursos donde se llevará a cabo la investigación, ya que, es una de las partes fundamentales para el desarrollo del trabajo, por lo cual Rodríguez, et al (s.f) recomiendan evaluar todos los posibles escenarios, para llevar a cabo el acercamiento al campo, ya que de esto dependerá el éxito del desarrollo de la investigación.

Debido a que la temática de la presente investigación era muy limitada en la ciudad de Cali, la selección de la muestra se realizó desde la elección de la temática. Adicional, se elige la entrevista semiestructurada como el instrumento que permitirá la recolección de datos, para conocer la problemática planteada.

Fase de Trabajo de campo: Hasta esta fase, se ha realizado la escritura de la investigación, lo cual es esencial, para saber e identificar con claridad que es lo que se pretende analizar. Rodríguez, et al (s.f) divide esta fase en las siguientes etapas:

- **Acceso al campo** En la presente investigación, los investigadores, primero tuvieron que hacer un acercamiento a la Fundación Anhelos de Vida, donde se oferta el programa de pedagogía hospitalaria, para luego, identificar cual sería el menor que haría parte del presente estudio y así poder pedir los consentimientos necesarios para esto.
- **Recogida productiva de datos:** Esta etapa de la segunda fase, hace referencia a la implementación del instrumento, sin embargo, al ser una investigación de orden cualitativo, Rodríguez, et al (s.f) mencionan que el investigador podrá realizar modificaciones y reestructuraciones con relación al instrumento y la aplicación del mismo, puesto que prima la flexibilidad, que permite obtener la mayor cantidad de datos eficaces para la investigación.

Fase analítica: Rodríguez, et al (s.f) mencionan que esta etapa se lleva a cabo en paralelo con la anterior, ya que se inicia desde el momento en que se accede al campo investigativo, con el fin de poder identificar si se cuenta o no con la información suficiente para obtener resultados para la investigación, así mismo, refieren que no existe una manera universal de analizar los datos de orden cualitativo.

Se da la triangulación de la información recogida a través de la entrevista semiestructurada a la menor con diagnóstico de cáncer, se obtienen unos resultados, que permiten realizar conclusiones, donde se evidencia como es el ciclo de la experiencia de la menor, a través de la pedagogía hospitalaria.

Fase informativa: En esta fase, “el proceso de investigación culmina con la presentación y difusión de los resultados” (Rodríguez, et al, s.f, p.76). Los informes

de tipo cualitativo, deben ser sustentados de forma argumentativa, presentando los resultados de forma sistemática. Los comentarios de la presentación y difusión de la investigación, pueden estar permeados por intereses de la audiencia, por lo cual pueden ser críticos, analíticos, entre otros. Es la fase que da cierre a la investigación, la cual se puede asimilar, a la sustentación del proyecto y/o entrega digital del mismo a los jurados.

7.6.2. Tratamiento de datos

Los datos recolectados a través de la entrevista semiestructurada, fueron grabados por medio de un aparato tecnológico (celular), con el debido consentimiento de la madre de la menor, una vez es realizada la entrevista semiestructurada se procede a:

- Transcripción de los datos recolectados.
- Codificación abierta de los datos, consiste en darle un código correspondiente a una categoría y/o subcategoría basadas en el marco teórico de la presente investigación, lo cual permitirá la organización de los mismos.
- Codificación cerrada de los datos, es la organización de los datos según los códigos que corresponden a las categorías, con el fin de poder ser analizados.
- Análisis de los datos recolectados, una vez los datos están codificados y organizados, se procede a la interpretación de estos, con base en los constructos teóricos expuestos en la presente investigación, en el cual identifica si existe o no una influencia de las categorías entre sí, lo que permite llegar a generar unos resultados.

8. RESULTADOS

En el presente apartado se da a conocer de forma descriptiva los resultados obtenidos a través una entrevista semiestructurada denominada CPH-NC (Ciclo de la experiencia, a través de la Pedagogía Hospitalaria de una niña con cáncer), aplicado a una menor diagnosticada con Leucemia Linfoblástica Aguda. Adicional a esto, se realizan preguntas a la madre, la cual se encuentra presente en la aplicación del instrumento, sus respuestas son tomadas como fuente de información.

Es importante reconocer que el instrumento cuenta con tres categorías, las cuales son vistas a la luz del ciclo de la experiencia de la niña y están denominadas de la siguiente manera:

- Significación del cáncer
- Polaridades del ciclo de la experiencia
- Efectos de la pedagogía hospitalaria

Adicional a lo anterior, se tiene en cuenta el contexto que se da a través de la atención en la pedagogía hospitalaria que recibe la niña al ser una paciente con diagnóstico de cáncer. Por tanto, los resultados en torno al ciclo de la experiencia se presentan durante su desarrollo en la enfermedad en tal contexto, el cómo esto la ha llevado a la construcción del significado de la enfermedad en medio de las necesidades que representan diferentes aperturas en la Gestalt, en la medida en que se va consolidando la estructura de la niña frente a diferentes situaciones.

Es entonces de esta manera que el desarrollo de la significación del cáncer a través del contexto de la pedagogía hospitalaria es significativo puesto que, es uno de los factores que delimita el cómo la niña desarrolla o no formas de acercarse y enfrentar la experiencia.

A continuación, se da inicio a la descripción de los resultados obtenidos a través de las categorías de análisis:

8.1 POLARIDADES EN LA INTERRUPCIÓN/BLOQUEOS DEL CICLO DE LA EXPERIENCIA

Seguidamente se presentan los resultados obtenidos en esta categoría, en donde las polaridades bio-positivas hacen referencia a los aspectos nutritivos en la circulación de la energía en el ciclo, es decir, la fuerza del bloqueo es utilizada a su favor para dar un cierre a la Gestalt. No obstante, la polaridad bio-negativa se refiere a lo tóxico, a aquello que queda inconcluso a través del bloqueo.

Con base en lo anterior, en este apartado se han de mencionar esos elementos polares desde lo positivo y negativo en los bloqueos de las fases del ciclo de la experiencia. En la siguiente tabla se muestra las subcategorías de este apartado:

Tabla 7. Polaridades del ciclo de la experiencia (PCE)

Polaridades Parte Pasiva (PCEP)	
Bio-Positivo	Bio- Negativo
Saber Posponer	Evita Concluir
Busca auto-apoyo	Impide Sensación
Estado de Alerta	Confunde el yo/No yo
Sistónico con el Yo	Distónico con el Yo
Polaridades Parte Activa (PCEP)	
Bio-Positivo	Bio- Negativo
Capacidad de espera	Auto-agresión
Conserva la relación	Evita la situación
Sirve para socializar	Confunde el Yo/ otros
Recuerda para resolver	Recuerda y se queja

8.1.1 Polaridades Bio-positivas

Se obtuvo en la subcategoría de estado de alerta que las acciones de la madre se manifiestan de forma hostil ante la formación de figura del contexto hospitalario, debido a las previas experiencias traumáticas que han puesto en riesgo a su hija, tal como ella lo manifiesta: *“bueno mi hija dura tres días en coma, donde yo no me hubiera percatado en ver a mi hija de verdad que mi hija no estuviera aquí Eso se llama un descuido; por que el médico mandó una dosis. La enfermera nueva mando otra y el enfermero la colocó”*. Se moviliza en estados de alerta que le permiten accionar de forma inmediata en busca del bienestar de la niña, como lo refiere en su discurso *“yo soy de las mamás que soy muy prevenida, al ver un enfermero dentro de la habitación de mi hija con mi hija dopada; yo me imaginé que me la había manoseado, me la había hecho cantidad de cosas”*.

De esta manera la madre al ver cómo se comporta su hija, posterior a la aplicación de un medicamento hace figura, reconoce la necesidad y se moviliza, exige la atención inmediata de un especialista y es gracias a esto que la madre de la menor refiere que salvó la vida de su hija, dando como resultado acciones como *“cualquier medicamento que le pongan a mi hija y yo no haya mirado en internet ni nada yo no se lo dejo poner, porque casi mi hija parte por un descuido (...)”*.

El estado de alerta es evidente y permite la circulación positiva de la energía, haciendo autosuficiente a la madre frente a situaciones que requieren de la movilización oportuna de la energía en busca del bienestar de su hija. Del mismo modo, en la corporificación de esta, muestra satisfacción, puesto que, la integración de esta experiencia le ha permitido desarrollar recursos que pondrá en función para una posible próxima ocasión.

Por otra parte, respecto a la subcategoría denominada sintónico con el Yo, que refiere a aquello que ha sido introyectado, pero permite el desarrollo de la integración de la experiencia de la menor frente a la situación en la que se encuentra, se puede evidenciar como la madre representa a la niña a través de valoraciones positivas: *“Como la describo yo, mmm, una niña alegre, una niña diferente a mi otra hija; las dos tienen algo en común, son mimadas, son niñas que no son groseras, niñas, mmm la personalidad de la niña tiene algo que atraer a la gente, mmm, ella es como un ángel, tiene algo que a veces me desarma porque ella es muy tierna, mmm, no puedo ni explicar cómo es mi hija”*. La menor hace uso de esas valoraciones positivas para crear una descripción de sí misma a través de lo que relata la madre y se percibe así: *“Una niña muy alegre, muy juguetona y una niña bonita” “Ser la persona que soy. divertida, alegre”*.

Esto permite ver que, si bien la madre de la niña establece una imagen, una forma de ser de la menor, esta es coherente con los valores y autoimagen de la niña, puesto que las ha ido adoptando a su esquema del Yo, por lo cual se hacen sintónicas.

En relación a la fase de acción en el ciclo de la experiencia, la retroflexión es el bloqueo que refiere a la movilización de la energía hacia sí mismo, sin embargo, cuenta con la polaridad bio-positiva denominada capacidad de espera que permite la consciencia de aquella acción respecto a la experiencia.

Teniendo en cuenta lo anterior, la menor hace afirmaciones con relación al uso del tapabocas tales como: *“...en la casa llego y me lo empiezo a quitar todo. El tapabocas casi no me gusta usarlo porque hay veces cuando me agito un poquito no me deja respirar bien. Y me gusta estar sin tapabocas en la casa porque puedo correr, saltar” “Pues como hay veces me manda a la tienda como es al frente de la casa, me dice póngase el tapabocas. Yo me lo pongo, voy compro y apenas que estoy en la puerta me lo quito”*, lo que refleja que la niña reconoce la necesidad de

quitarse el tapabocas porque genera sensaciones molestas, no obstante, acepta que debe hacer uso de este y es por esto que se activa la capacidad de espera, si bien la acción permanece latente, espera el momento adecuado para efectuarlo. Es por esto que la capacidad de espera como elemento bio-positivo permite la adaptación en esta situación.

Por último, uno de los aspectos bio-positivos que se destacan en la niña es recuerda para resolver, hace referencia a la fijación en la fase de postcontacto, pero es un recurso que permite dar cierre a la Gestalt con base en experiencias previas.

De este modo se observa que la niña hace uso de esta polaridad con el ánimo de movilizar la energía, en función de aspectos que le permiten hacer contacto con el mundo, por ejemplo, cuando ella desconoce una situación menciona: *“Voy y pregunto a un adulto que ya sepa”* o cuando requiere resolver algún suceso refiere: *“...En Córdoba tengo unas amiguitas que hay veces, si peleamos de vez en cuando y pues nos pedimos perdón”*. Es de esta manera que establece una relación con el mundo y moviliza recursos que, le permiten alcanzar la satisfacción de sus necesidades respecto a situaciones específicas.

8.1.2 Polaridades Bio-negativas

Por otra parte, en los bloqueos de la movilización de la energía del ciclo de la experiencia, se pueden encontrar polaridades bio-negativas que resultan ser tóxicas para quien las manifiesta.

En la recolección de la información es evidente la polaridad bio-negativa llamada impide la sensación, al momento en que la niña se enfrenta a cuestionamientos sobre la enfermedad. Cuando se le pregunta acerca del conocimiento del cáncer, el silencio se posiciona, acompañado de la rigidez de los hombros y de inmediato, una

frase de conclusión que impide el contacto con la sensación: *“La verdad es que casi no sé”*, del mismo modo, se hace evidente en el desarrollo de su discurso cuando habla en tercera persona acerca de los síntomas del cuerpo en relación a la enfermedad: *“Mmm le comienza a doler el cuerpo, dolor en el pecho y eso.”* Aquí es claro que, aunque la sensación es de la niña ella, no la apropia. De este modo, la expresión corporal da cuenta de la evasión de la sensación a través de gesto rígidos en sus hombros, su postura y su silencio.

También es relevante como resultado de los aspectos bio-negativos aquellos elementos que son distónico con el Yo, ya que como se observan en las respuestas de la niña quien menciona: *“Ser la persona que soy. divertida, alegre, pero hay veces cuando me tomo las pastas o algo así me pongo llorona, triste, mimada”* da cuenta que sus emociones negativas corresponden a algo ajeno a ella.

De igual manera, en relación a la enfermedad, la niña reconoce que debe usar el tapabocas ya que es un requisito en el tratamiento, sin embargo, es un aspecto que a pesar de las circunstancias aun es distónico, ella menciona: *“Cuando voy al hospital, a veces me dicen y a veces me lo pongo yo”* esto debido a que es algo que no le pertenece y es propio de la enfermedad.

Respecto a la autoagresión como un elemento bio-negativo en las polaridades de la interrupción del flujo de la energía en el ciclo, se obtiene información de la madre.

Cuando se le pregunta a la niña sobre que le había dicho la psicóloga el día del diagnóstico, la madre contesta: *“No le dijo en sí, que mi hija tenía cáncer. Si no que le dijo en otras palabras para que no fuera un choque; como lo tome yo, me dio mucha rabia, y comencé a golpear la cabeza con las paredes.”*, estas acciones dan cuenta de una retroflexión de carácter bio-negativo que son llevadas a estancias físicas, las cuales se dan en presencia de la menor.

Continuando con la presentación de los resultados, uno de los aspectos bio-negativos que se presenta en cuanto a la enfermedad, es la evitación de la situación en relación a la deflexión tal como se puede ver en el discurso de la niña: *“La verdad es que casi no sé” “Mmmms es que no recuerdo bien. (Mira a su madre)” “En cuanto mi mamá me dijo que tenía cáncer, normal. Como ya no la tenía, normal.” “Eee cuando ya mi mamá me dijo que yo tenía cáncer, pues mi enfermedad ya estaba en 0%”*. De esta forma en el discurso de la niña, ella constantemente menciona ya no tener Leucemia como se evidencia con ese 0%, sin embargo, es una paciente oncológica, en otras palabras, aún continúa en tratamiento por la enfermedad.

Se evidencia constantemente que de una u otra forma conoce que la enfermedad está en algunos momentos, no obstante, frente a las preguntas directas menciona de manera inmediata que ya no está (la enfermedad), por lo cual no hace contacto con tal experiencia y evita la situación

Por último, en esta categoría, se encuentra la polaridad recuerda y se queja. La queja evocada por la madre, referente al recuerdo relacionado al diagnóstico de su hija, que ella describe como: *“Algo traumático, de ver a mi hija todos los días chuzones, todos los días martirios, si no era una cosa era otra, me le dio hígado graso, bueno cosas que ahora es más fácil, pero sin embargo a mí no se me ha quitado la agresividad, ya mantengo así (gesto con las manos en posición de garra); no me dejo joder de nadie, cualquier medicamento que le pongan a mi hija y yo no haya mirado en internet ni nada yo no se lo dejo poner, porque casi mi hija parte por un descuido, ya.”* Este relato da cuenta de los recursos que han quedado fijos como alternativa respecto a situaciones específicas. Aquí se evidencia un bloqueo en el ciclo a causa de las vivencias traumáticas.

Comprende en sí que no es una forma adecuada para resolverlo, sin embargo, el impacto que genero la idea de perder a su hija continúa latente, por lo cual, cada que ella evoca tal recuerdo surge la queja ante el descuido que evidencio en ese

momento. Por esto se puede concluir que existe una fijación ligada al recuerdo que no le permite a la madre cerrar tal ciclo.

8.2 SIGNIFICACIÓN DEL CÁNCER

Se presentan los resultados obtenidos en esta categoría. Presentando primero la significación que la menor da ante la enfermedad del cáncer y concluyendo con la significación de la madre ante la enfermedad que padece su hija menor, teniendo en cuenta las subcategorías de esta categoría, las cuales son:

- Dolor físico
- Resignificación del dolor (Sin dolor físico)
- Producto del azar
- Suceso inexplicable (para la madre)
- Dolor emocional (para la madre)
- Muerte (para la madre)

La enfermedad para la menor significa un dolor físico que se presenta a través de malestares como los que ella menciona: *“Mmm le comienza a doler el cuerpo, dolor en el pecho y eso.”* No obstante, existe una resignificación del dolor que al inicio significa la enfermedad, permeado por el tiempo y la exposición a ese tipo de experiencia, evidenciado en el cambio del discurso de la menor, donde ese malestar se transforma y deja de estar presente: *“Antes sí me parecía duro, pero ya después, ya me pareció muy fácil y seguro” “Porque antes me mantenían chuzando me levantaban a cada rato y antes las quimios me daban un poquito duro, pero ahora ya no siento nada con las quimios”*

Se evidencia que, para la menor la enfermedad del cáncer es una cuestión del azar, ya que, no se identifican motivos por lo que esta se desarrolle en los niños, ella lo

define como: *“es una enfermedad que a uno no le da por las comidas ni nada de eso, es que el que le toco le toco”*.

Por otra parte, la significación del cáncer para la madre gira en torno al dolor emocional que representa ver a su hija con dolores físicos, refiriendo que no es una situación fácil: *“Jumm me quería morir. Fue tenaz”* *“Algo traumático, de ver a mi hija todos los días chuzones, todos los días martirios, si no era una cosa era otra, me le dio hígado graso, bueno cosas que ahora es más fácil”*, que genera un impacto a nivel familiar, como lo menciona en su testimonio: *“ Mms es algo duro que cualquier ser humano no se lo espera, mmm... es un golpe muy bajo, la verdad... uno tiene que tener, como es que se llama, ya se me olvidó. Es algo... traumático y... cuando tienes otros hijos de por medio sientes que se te viene todo el mundo encima. Y es la peor enfermedad que le puede dar a un ser humano”* y que adicional lo asemeja a una pérdida de cualidades de su hija *“Que mi hija... mmm que siga siendo la misma niña que esta enfermedad la ha detenido, que siga siendo la misma niña de antes*. En conclusión, se observa como este diagnóstico altera la cotidianidad de la familia, afectando emocionalmente a la madre quien es cabeza de hogar.

Adicional a lo anterior, la madre no desconoce que es una enfermedad que puede significar la muerte de los menores, tal como lo menciona: *“Si, que se moría la gente, que se morían, casos de niños y yo he tenido que ver niños que han estado en el proceso con mi hija. cuando pum...”*, Sin embargo, considera que es una enfermedad que puede ser curada *“Gracias a Dios hay cura, ee hay que estar constante en el proceso, pero, es agotador”* siendo este el mayor deseo para su hija reflejado en su respuesta ante la pregunta de cómo se imagina a su hija en cinco años *“Que mi hija este sana”*. Lo anterior da cuenta de que la madre conoce los riesgos que puede correr su hija, pero a su vez, prevalece la esperanza de cura, acompañadas de la continuidad del tratamiento.

8.3 EFECTOS DE LA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA

En el siguiente apartado se presentan los resultados obtenidos en esta categoría, con sus respectivas subcategorías:

- Ajuste social
- Reestructuración emocional
- Metodologías flexibles

De acuerdo a lo mencionado por la menor, el hecho de recibir a alguien diferente a un médico, representa satisfacción como ella lo refiere: *“me emocioné mucho cuando llegó alguien diferente a un doctor”*. Se evidencia como el acompañamiento de un docente en medio de su proceso de hospitalización es significado de forma positiva. Es entonces en donde se observa como el ajuste social es uno de los elementos que facilita el reconocimiento del contexto, a través de valoraciones positivas que le permiten a la menor asumir de una manera diferente su entorno, tal como lo menciona la madre: *“Bieeen, porque veo que mi hija es más feliz y tiene algo diferente a ver solo televisión”*

Durante el tratamiento en cáncer, el aislamiento social es necesario debido a los procesos de quimioterapia, ya que la Leucemia Linfoblástica Aguda genera en la niña una baja de defensas en su sistema inmunológico. De este modo, la vulnerabilidad ante factores como bacterias o virus exigen el confinamiento hasta que sea necesario.

No obstante, durante los periodos de hospitalización la menor menciona que recibe acompañamiento de docentes que tras autorización del médico especialista, permite el desplazamiento hasta un aula hospitalaria en donde bajo condiciones controladas tiene acceso a socializar con otros niños, lo cual genera connotaciones

positivas que se evidencian en su discurso: *“... hay veces en que la doctora me deja salir y conozco a otros niños en el aula” “Mmm en la escuela puedo estar con mis amigos y poder jugar con ellos y en el hospital no puedo estar en contacto con los otros niños. Pero cuando tenemos defensas altas podemos jugar” “Comienzo a jugar con todos”* (refiere a los niños en el aula hospitalaria).

En relación a lo anterior, es claro evidenciar como el desarrollo de actividades sociales con otros niños en esta aula, genera sentimientos de satisfacción que le permiten dar continuidad a su interacción social a través del programa de pedagogía hospitalaria.

Por otra parte, se evidencia que, para poder llevar a cabo el programa educativo, se requiere de metodologías flexibles que permitan el desarrollo del programa de pedagogía hospitalaria, como lo menciona la menor: *“ le dije a mi mamá que, que debía ir a la escuela para que todo me lo mandaran y yo poder hacer las cosas, porque estar tanto tiempo sola en el hospital me aburre”* y así mismo lo ratifica la madre *“en el hospital, ella no ha dejado del todo el colegio. Están frecuentemente enseñándole, no se aburre tanto. ella es feliz cuando los profesores van, o a veces cuando no pasan para ella era traumático”*

De esta manera, las adaptaciones curriculares que realizan los docentes de aulas hospitalarias acompañados de las instituciones educativas, permiten dar continuidad escolar dentro del centro médico y por consiguiente, permiten la participación de la niña en su proceso de la enfermedad, ya que se tocan temáticas relacionadas al diagnóstico, como refiere la menor: *“Un día nos leyeron en el salón del hospital una historieta sobre que era el cáncer, que eran unas células malas, que con la ayuda de los doctores podíamos quitar las células malas y dejar las buenas.”*

Otro aspecto relevante dentro de los resultados en la categoría de pedagogía hospitalaria, es la reestructuración emocional, en donde se evidencia que estos espacios logran mitigar el efecto negativo de la enfermedad, esto se ve reflejado en las siguientes apreciaciones de la niña: *“Me siento muy feliz, porque se me olvide la enfermedad” “cuando va el profe me siento muy bien, porque, ahí si voy a estar ocupada y despejar la mente. Porque ya no estoy haciendo nada. Así que me siento muy bien” “me emocioné mucho cuando llegó alguien diferente a un doctor”*

Con relación a lo anterior es posible identificar emociones positivas en torno al proceso de hospitalización, en relación al programa de pedagogía hospitalaria. De esta manera, la reestructuración emocional aparece en el momento en que se da apertura de espacios significativos, en donde la niña ve un contexto diferente, al de ser solo un paciente que recibe atención médica, e incluso menciona que olvida la enfermedad cuando asiste al aula hospitalaria.

Lo anterior es una clara evidencia de cómo la pedagogía hospitalaria, le permite a la niña dar un sentido diferente a su situación actual y al contexto hospitalario.

9. ANÁLISIS

En relación a los hallazgos acontecidos en el anterior apartado, es necesario reconocer que son esenciales para definir el ciclo de la experiencia a través de la pedagogía hospitalaria, basándonos en el análisis de las polaridades latentes en las interrupciones del ciclo experiencial de una niña diagnosticada con Leucemia Linfoblástica Aguda, como también el significado que esta otorga a la enfermedad. Para esto es importante identificar cómo las prácticas en el programa de pedagogía hospitalaria pueden o no contribuir en las géstales que experimenta la menor.

Uno de los aspectos relevantes en torno al ciclo de la experiencia es la formación de figura como aquel momento en que se reconoce la necesidad que requiere en sí movilizar la energía en busca de una satisfacción. Se evidencia esta fase cuando se tratan temáticas relacionadas con la autoimagen futura y cualidades del presente que posee la menor, puesto que, logra dentro de la zona de fantasía reconocer cual es la imagen de sí misma respecto a sus ideales, al mencionar frases como *“Si yo tuviera 16 ya terminaría mis estudios” “ser patinadora profesional y también ser doctora de animalitos” “Ser gimnasta profesional”*

No obstante, se identifica la presencia de una polaridad bio-positiva en torno a las apreciaciones que la menor tiene de sus cualidades, debido a que se establecen a través de introyectos planteados en el discurso de la madre en torno al reconocimiento de la menor, como se puede evidenciar en la respuesta dada por ella: *“Como la describo yo, mmm, una niña alegre...mimada...la niña tiene algo que atraer a la gente...ella es muy tierna”*, con relación a lo anterior, la niña refiere cuando se le pregunta que le gusta de ella, lo siguiente: *“Ser la persona que soy. divertida, alegre” “Una niña muy alegre, muy juguetona y una niña bonita”*.

Es así que se encuentran valoraciones positivas de la forma de ser de la niña a pesar de las circunstancias. Estas ideas que se encuentran aún en la zona de fantasía o intermedia, permiten la idealización de planes para llegar a una acción (Salamá, 2010). Es de esta manera que la niña se nutre de estas valoraciones para hablar de sí, que a su vez son coherentes con el ideal del Yo establecido por ella en su discurso.

Sin embargo, también existe un compromiso en el tiempo, en el aquí y ahora, ya que al momento de indagar acerca de sus expectativas la frase “Yo quiero” se convierte en un “Yo quería”, tal como lo menciona la niña: “*Antes que me diera la enfermedad, yo quería que me metieran a porrismo, esa cosa de gimnastas...*” De este modo, si bien se ve como la niña ha internalizado ciertos mensajes del medio a través de lo que le dice su madre, que a su vez son nutritivos para el desarrollo de su personalidad, también se ve como la enfermedad pone en duda las expectativas de la niña por tal evento inexplicable que aún no reconoce.

Uno de los casos particulares en donde la niña requiere de este tipo de valoraciones que le permiten adaptarse favorablemente a su entorno hospitalario, es en el desarrollo de las actividades llevadas a cabo por los docentes de aula hospitalaria, puesto que, cuando se le pregunta cómo se siente durante las actividades realizadas en este espacio, la menor refiere: “*Muy feliz, porque me gusta hacer tareas para que me feliciten*”.

De este modo, las funciones sociales que se construyen en el contexto educativo hospitalario, permiten el desarrollo de valoraciones que fortalecen el principio existencial de la niña en torno a otro, permitiendo un ajuste necesario para su existencia en este contexto.

Es claro que el aislamiento social, el retiro de la escuela, la limitación del contacto con el mundo debido a la vulnerabilidad de su sistema inmunológico genera un impacto negativo en su desarrollo, debido a la desvinculación del individuo y el cosmos, lo cual implica el aumento de factores de riesgo a la depresión, por lo cual, la atención requerida para la niña en este proceso debe ser integral (Serradas, 2015). De esta manera los docentes contribuyen a ese proceso y de forma significativa asumen un rol importante en el desarrollo del tratamiento.

Es por ello, que la pedagogía hospitalaria busca disminuir los riesgos de cosificar al menor y hacerlo partícipe de su proceso (Grau & Ortiz, 2001). Los centros médicos suelen representar un contexto hostil que en algunos casos se centran únicamente en promover el mejoramiento de la salud física, como se ve reflejado en el discurso de la menor *“antes me mantenían chuzando me levantaban a cada rato y antes las quimios me daban un poquito duro”* y de su madre *“Algo traumático, de ver a mi hija todos los días chuzones, todos los días martirios, si no era una cosa era otra”*, lo cual lleva a que la niña a significar la enfermedad como algo que genera un dolor físico.

No obstante, las significaciones están conectadas a las experiencias, las cuales pueden variar de acuerdo al proceso vivencial en el contacto con la misma, lo que es evidente en este caso, puesto que la menor resignifica la enfermedad de algo que genere un dolor físico a algo con ausencia de dolor, como lo menciona: *“Antes sí me parecía duro, pero ya después, ya me pareció muy fácil y seguro”*.

Lo anterior hace parte de lo que Grau & Ortiz (2001) mencionan como resultado de la implementación de la pedagogía hospitalaria en este tipo de contextos, ya que, refieren que se va reestructurando el miedo y la incertidumbre que se presenta en el proceso de enfermedad, a través de experiencias significativas del proceso educativo, lo cual puede evidenciarse cuando la niña responde a cómo se siente en el aula hospitalaria diciendo: *“Me siento muy feliz, porque se me olvida la*

enfermedad”. Dando cuenta que la pedagogía hospitalaria está contribuyendo en la autorregulación orgánica, ya que permite a la niña asimilar o rechazar aquello que no aporta bienestar (Latner, 1973).

En relación a lo anterior, cabe resaltar que la menor da cuenta de dos momentos que marcan su vivencia en el tratamiento. Un antes y un después del acompañamiento de los docentes a cargo de sus procesos educativos, en donde se puede identificar que anteriormente se sentía: *“triste y aburrida”*. Ahora bien, refiriéndose al presente, menciona que se siente feliz y disfruta de sus procesos educativos haciendo referencia a la asimilación del nuevo contexto.

Como se nombró anteriormente, la figura del docente hospitalario representa una significación positiva, tal como lo menciona la menor: *“cuando va el profe me siento muy bien, porque, ahí si voy a estar ocupada y despejar la mente. Porque ya no estoy haciendo nada. Así que me siento muy bien”* *“me emocioné mucho cuando llego alguien diferente a un doctor”*, mostrando como lo refiere Serradas (2015) que la labor del educador contribuye al manejo de las emociones negativas y genera nuevos hábitos, que permiten el bienestar entorno a la enfermedad.

La pedagogía hospitalaria no sólo garantiza el derecho a la educación, bajo los principios inclusivos, que requiere una reestructuración de las estrategias pedagógicas convirtiendo el currículo en un elemento dinámico (Grau, 2001; 2004), sino que a través de sus actividades permite la estructuración de emociones y valoraciones positivas, como se evidencia en el discurso de la menor cuando se le pregunta cómo se sintió cuando comenzó a recibir clases: *“Cuando estaba aislada, triste, aburrida, pero cuando ya me empezaron a dar clases ya me sentí feliz”* así mismo, la menor realiza afirmaciones como: *“Me gusta ver clases con mis profes en el hospital”*, reflejando que este tipo de labor genera emociones positivas que, según Pons (2018) se convierten en recursos psicológicos positivos que permitirá afrontar situaciones complejas.

Sin embargo, a nivel del ciclo de la experiencia, se evidencia un constante proceso de deflexión, en el momento de hablar del conocimiento de la enfermedad. De esta manera cuando se le pregunta qué sabe sobre el cáncer, la menor dice: *“casi no sé”*, sin embargo, al momento en que se le pregunta qué sabe de la leucemia, la niña refiere que es una enfermedad, relacionándolo con lo aprendido en el aula hospitalaria.

Retomando lo anterior, es posible dar cuenta de que si bien, existe un bloqueo en el precontacto, es decir, la menor conoce la existencia de la enfermedad como objeto relacional pero no llega al contacto de forma directa (Salamá, 2010). También se logra identificar que la pedagogía hospitalaria permite a través de sus actividades generar un acercamiento a la enfermedad, como ella misma lo menciona: *“Un día nos leyeron en el salón del hospital una historieta sobre que era el cáncer, que eran unas células malas, que con la ayuda de los doctores podíamos quitar las células malas y dejar las buenas”*, reflejando que existe también una polaridad bio-positiva en este bloqueo, si bien la evita de forma directa, sabe que existe. Schnake (2007) considera importante, conocer cómo funciona la enfermedad, puesto que esto permitirá tener un contacto con la misma, ya que la pérdida del contacto con el propio cuerpo será una manifestación constante.

Lo anterior da cuenta que la pedagogía hospitalaria en su función de garantizar el bienestar de los niños, genera nuevas estrategias y metodologías educativas que permiten el acercamiento a su nueva condición (Grau & Ortiz, 2001; Grau 2004), Con base en esto la niña es capaz de responder a que es específicamente la leucemia, a lo que menciona: *“es una enfermedad que a uno no le da por las comidas ni nada de eso, es que el que le toco le toco”*. Es de esta manera que la niña conoce qué es la leucemia, sabe que es una enfermedad y es cancerígena, de igual manera, es capaz de inferir que es una cuestión de azar, que no existe una razón externa por la cual se desarrolla.

Una vez valorado esto, fue necesario abarcar desde la sensación, cómo se dio la enfermedad en su cuerpo a lo cual respondió: *“le comienza a doler el cuerpo, dolor en el pecho y eso”*. En esta respuesta se puede ver como la menor refiere sensaciones y síntomas, pero no lo menciona relacionado a ella. Es por esto que es posible decir que la experiencia en sí es ajena a la persona, no hace contacto y del mismo modo no integra a su Yo lo que hasta el momento es suyo. Es decir, no está en el aquí y ahora, está por fuera de sí y bajo elementos bio-negativos como la evitación que la llevan a no generar consciencia (Salamá, 2012). De este modo, el desarrollo de la experiencia queda bifurcado y no existen la suspensión temporal bio-positiva que, en su defecto permitiría la integración de la experiencia.

Este tipo de apreciación conlleva a que no desarrolle las habilidades para adaptarse de manera adecuada al tratamiento, es decir, que la persona no afronta la realidad que de una u otra forma se representa a través de los miedos y la incertidumbre latentes en la parte negada.

Lo anterior se puede evidenciar con el uso del tapabocas, un implemento que resulta de vital importancia en pacientes inmunosuprimidos, puesto que disminuyen las posibilidades de contagio de virus y bacterias que habitan en el ambiente, información que es dada por el personal médico tanto al paciente como a la familia, por lo que el uso de este debe ser permanente en todos los contextos, de no usarlo el paciente, las personas a su alrededor deberán hacer uso de él.

Cuando se indagó sobre el tapabocas las respuestas de la menor fueron *“en la casa llego y me lo empiezo a quitar todo. El tapabocas casi no me gusta usarlo...me gusta estar sin tapabocas en la casa”* *“Yo me lo pongo, voy compro y apenas que estoy en la puerta me lo quito”* así mismo, la madre contribuye a estas acciones y se refleja en su discurso: *“yo ahora vea a mi hija mucho mejor por eso en la casa muy poco lo usa”* promoviendo que no se dé una adaptación adecuada al tratamiento.

Son entonces las máscaras la instancia perfecta en donde el individuo huye, deflece, evita el contacto con la experiencia de sentirse vulnerable ante la enfermedad, que no es más que el elemento que no se quiere ver de la realidad y por esta razón, la persona se convierte en paciente y se olvida de ser un sujeto activo (Schnake, 1995).

Es de esta manera que la niña se construye lejos de su realidad en la enfermedad, protegida por la madre que ha asumido el diagnóstico y es consciente, pero que, a través de la omisión de la información desde un principio, logró construir la coraza con la que cubre a la menor frente a la experiencia de su propia enfermedad.

Respecto a los aspectos bio-negativos de la deflexión, la evasión de la situación refiere a la huida al contacto con la experiencia, evitando mirar aquello que está en su presente, aquí y ahora (Salamá 2010). Clara evidencia de ello está en que, si bien al principio de su proceso de quimioterapia no se le mencionó en sí a la niña que tiene, por medio de lo que sintió a través de su cuerpo, logró vivenciar la enfermedad en el dolor, como lo refiere la madre: *“todos los días chuzones, todos los días martirios, si no era una cosa era otra...”*

Lo anterior da cuenta de que la niña vivió su enfermedad en el silencio establecido desde la decisión unánime de la madre, no obstante, después de unos meses se le hizo el acercamiento a la niña a la enfermedad, sin embargo, su esquema de bloqueo ya estaba fijo y la evasión a la situación era evidente ya que la experiencia traumática del dolor al inicio del tratamiento, no fue integrada y la menor vivió en desconocimiento de ello protegida por la madre.

A partir de lo anterior, la deflexión como polaridad bio-negativa es clara en el momento en que la niña menciona: *“cuando ya mi mamá me dijo que yo tenía cáncer, pues mi enfermedad ya estaba en 0%.”* *“normal, como ya no la tenía,*

normal.”, sin embargo, es consciente que debe seguir en su tratamiento, lo que significa que la menor aún tiene cáncer por lo cual recibe quimioterapia y accede al programa de aulas hospitalarias.

Con relación a los bloqueos y/o autointerrupciones del ciclo de la experiencia de la menor, se encontró también la proyección como bloqueo en la fase de formación de figura, esta se basa en la atribución de algo que le pertenece a la persona o a un objeto externo, de este modo lo niega en sí. Tras el bloqueo se ocultan emociones como el miedo y la angustia; un temor constante por conocer su necesidad y hacer contacto con la experiencia, por tanto, hace figura en el material simbólico que se escapa del yo auténtico y desvía la energía. (Salamá, 2010; 2012).

De esta forma, en los resultados se evidencia cómo la niña refiere sensaciones y emociones que atribuye a un objeto externo como su medicamento, el cual debe tomar de manera constante, sin embargo, durante su permanencia en el aula hospitalaria estas emociones y sentimientos no aparecen, por lo cual podemos establecer que son aspectos de sí con los que no hace contacto y los proyecta a algo externo, tal como lo menciona a continuación: “... *hay veces cuando me tomo las pastas o algo así me pongo llorona, triste, mimada*”. Es aquí en donde en su discurso se evidencia aquello que desvía y lo pone sobre otro objeto. De igual forma, cuando la menor refiere que se parece a la “*madre cuando hay enojo*” y a su “*hermana cuando no quiere hacer nada*”. La proyección aparece cuando aquello que es propio del individuo recae en otro, como lo es en el momento en que la niña menciona que es de cierta forma en relación a las personas que le acompañan constantemente, como lo es la madre y su hermana.

De esta manera, se da cabida al desarrollo del pseudo Yo, con base en la adquisición de aquello que es de otros, por encima del principio de autenticidad, el Yo que se esconde tras la máscara y aparece la excusa de yo soy porque el otro es y no “yo soy yo y tú eres tú” (Salamá, 2012 p.122). Esto también da cuenta de una

polaridad bio-negativa con relación a la distonía con el Yo, puesto que, la menor, “es cómo”, y ese cómo, está permeado por los introyectos estipulados por su contexto cercano.

En relación a lo anterior, sabemos que los procesos de proyección trascienden a introyectos en la medida en que son el resultado de aquello que para la persona es importante de los otros (Salamá, 2010). Esto se identifica cuando la menor infiere una idea de ser como adolescente en su contexto, como lo menciona en torno a la forma en que se comporta su hermana: *“ya comencé a crecer, ya casi, más o menos me gusta jugar y al mismo tiempo no. Y hay veces me gusta estar más con el celular que con mis juguetes”*.

No obstante, antes de entrar en detalles en relación a lo anterior, es necesario conocer lo que refiere justo en el momento en que se le pregunta cómo es su hermana: *“A veces le gusta estar más en el celular y ya no le gusta jugar”*.

Ahora bien, en este segundo enunciado habla de lo que le gusta a su hermana, en donde es evidente como ella menciona que esta ha dejado de lado actividades que antes realizaba con ella y por consiguiente, en el primer enunciado ella habla de una forma de ser, un deber ser de las adolescentes con base en los introyectos reconocidos en esa persona con la que se identifica y, así mismo se proyecta al momento en que no reconoce lo que es propio de ella porque es de las adolescentes.

En este proceso es en donde la niña se desarrolla en relación a sus proyecciones e introyectos y son unos de los aspectos bio-negativos que limitan el contacto con la realidad de su experiencia; en donde subyace su ambivalencia en la confusión del Yo/no Yo, es decir que es propio y que es de otro. A esto a lo que va Schnake (1995) cuando expresa que, en los procesos de enfermedad, el individuo no deja de ser

humano y detener su desarrollo es inevitable, sin embargo, es necesario hacer consciente la enfermedad, a fin de asumir con responsabilidad los aspectos relativos que tiene esta con la personalidad.

Por otra parte, es importante reconocer que la escuela es el primer agente para adquirir habilidades sociales, como lo menciona Martínez & Beltrán (2012) por lo que el alejamiento de este contexto implica grandes pérdidas para el menor. No obstante, la pedagogía hospitalaria busca dar continuidad a los procesos formativos a nivel educativo de los niños, con la intención de poder convertir el sufrimiento en aprendizaje, por lo que a través de sus propuestas pretende mantener el equilibrio psíquico y el ajuste social, contribuyendo al desarrollo integral de la menor (Zapata, 2012; Serradas, 2015).

El ajuste social al contexto hospitalario que supone nuevas interacciones para la menor, da cuenta de que el contacto social y la adquisición de habilidades en este aspecto no se pierden, puesto que la pedagogía hospitalaria, busca dentro de las limitaciones del contexto, garantizar una experiencia similar a la de la escuela tradicional.

Lo anterior se evidencia en lo que menciona la niña: *“en la escuela puedo estar con mis amigos y poder jugar con ellos y en el hospital no puedo estar en contacto con los otros niños. Pero cuando tenemos defensas altas podemos jugar”* Si bien, para la menor es relevante las interacciones sociales, estas no se eliminan en el contexto hospitalario gracias esta pedagogía inclusiva, puesto que, una vez la niña se vincula al programa, menciona que: *“me di cuenta que iba a compartir con más niños y así iban a hacer más amigos como yo”* por lo que la madre lo reconoce como una gran experiencia que genera un cambio en la vida de la menor como lo refiere: *“me gusto porque... les cambia mucho la vida, ya que no están reunidos con más niños que no sean como ellos... Y al hacer esta actividad ya les cambia mucho la vida a los niños”*.

Como toda dinámica educativa dentro de las clases en el contexto hospitalarios se realizan actividades que dan cuenta de la fase de acción dentro de las géstales de la menor, donde esta actúa movilizandando la energía del organismo para satisfacer la necesidad existente (Salamá, 2012), que en este contexto se relacionan con el desarrollo de las actividades propuestas por el agente educador, donde la menor acciona buscando ayuda en otros, como su madre, profesor y/o hermana.

Por medio de las dinámicas mencionadas, se evidencia como la menor a través de la polaridad bio-positiva, recuerda para resolver, logra dar solución a aquellas actividades que tuvo que posponer y no logró concluir, a través de estrategias como las que ella menciona: *“Pido ayuda. Si estoy con las profesoras o con mi mamá.”* *“Voy y pregunto a un adulto que ya sepa.”* *“hay veces me explica mi hermana o mi mamá”*. Es decir, que mantiene el contacto como recurso para resolver situaciones específicas como las mencionadas anteriormente, esto es porque la fijación de orden bio-positivo, no solo refiere aspectos de comportamientos rígidos u obsesiones acerca de situaciones difíciles de resolver, sino que también, puede estar permeado por situaciones que generen agrado, a las que accede como recuerdo para dar cierre a la experiencia.

Finalmente, respecto a las polaridades que se manifiestan en las interrupciones o bloqueos del ciclo de la experiencia, cabe resaltar aquellas que son bio-positivas y permiten el desarrollo de valoraciones que nutren su autoimagen que, si bien pueden ser considerados introyectos al ser producto de mensajes constantes respecto a un deber ser, son coherentes y están en armonía con la forma en que la niña se percibe y se muestra frente al mundo. Del mismo modo, otra dimensión a resaltar es el desarrollo del contacto que establece frente a la enfermedad a través de la pedagogía hospitalaria.

Durante el transcurso del análisis se ven momentos en los que la deflexión se posiciona frente a la menor y la enfermedad, en otras palabras, la evasión constante

de la niña respecto a lo que le sucede. Esto se evidencia en el momento en que evita preguntas en relación al cáncer, sin embargo, es aquí en donde la pedagogía hospitalaria toma una posición importante ya que, a través de las actividades que desarrolla en el aula del hospital, la niña establece una relación con su situación actual y es solo en tal contexto en que puede expresar lo que siente y conoce de la enfermedad.

Con base en lo anterior, la deflexión permite la completa desviación del contacto de la experiencia frente a su situación debido a la forma en que la madre refiere protección, ya que desde un principio la niña no tuvo acercamiento con su diagnóstico, solo vivenciaba la enfermedad como un individuo pasivo en su proceso, una paciente a la espera de no volver a hospitalización.

De esta manera, cuando la niña supo que tiene Leucemia Linfoblástica Aguda la madre introdujo el mensaje de que la enfermedad ya estaba en 0%, es decir, estaba controlada, ya que durante la primera fase del tratamiento se busca reducir al valor más mínimo la cantidad de células cancerígenas, sin embargo, su cuerpo aun las sigue produciendo, y es ahí en donde subyace el riesgo constante a una recaída. En relación a lo anterior la evitación se manifiesta soportada por los mensajes que suponen protección por parte de la madre de la niña.

Con relación a la significación que la niña le otorga a la Leucemia Linfoblástica Aguda, se logra identificar que al inicio del proceso era una enfermedad que genera dolor físico, ya que como Hernández & Rabadán (2013) afirman, las enfermedades son un desequilibrio con el estado de salud que pueden generar un impacto psicológico, y suele relacionarse con sentimientos tales como el miedo o la ansiedad.

No obstante, esta situación es resignificada al punto que la menor menciona ya no experimentar dolores, dando como resultado una enfermedad sin dolor, lo cual, es coherente cuando se evidencia una pérdida del contacto con la experiencia, puesto que la enfermedad representa miedo e incertidumbre, de aquello que está pasando en el cuerpo pero es desconocido (Schnake, 1995) y que a su vez, por decisión de la madre se le impidió en un primer momento vivenciar, saber e integrar ese proceso corporal que estaba experimentando, ya que como menciona Schnake (1995) la enfermedad representa aquello que la persona no desea ver y que de alguna forma lo vulnera.

Si bien la significación más evidente que se encontró fue esta, también se logró identificar que esta enfermedad es para la niña, la pérdida del contacto con otros, que genera sentimientos de tristeza, que se evidencia cuando ella refiere que ya no puede estar con niños, que se siente triste y aburrida en las hospitalización, entre otros, puesto que, la enfermedad lleva consigo una desestructuración de la vida cotidiana que permea muchas esferas de la vida de quien la padece. (Serradas, 2003)

Es entonces que la presencia de un programa de pedagogía hospitalaria, toma importancia en el acompañamiento de los procesos de ajuste social. Se logró evidenciar cómo la niña se refiere a estos espacios como contextos en los que comparte con otros niños, sintiéndose bien y dando continuidad a sus procesos escolares, además del aprendizaje que desarrolla entorno a la enfermedad. Puesto que, esta pedagogía debe garantizar el derecho a la educación inclusiva y buscar contribuir en el equilibrio psíquico y el ajuste social. (Grau, 2004; Serradas, 2015)

Es de esta manera que la menor menciona como este proceso le ha ayudado a mitigar el miedo y el impacto negativo que tiene la hospitalización, por tanto, la pedagogía hospitalaria le ha permitido reestructurar el significado del espacio y por consiguiente las emociones latentes durante la hospitalización (Grau, 2004). De

acuerdo a lo anterior la pedagogía hospitalaria en procesos de enfermedad como el cáncer se puede considerar una herramienta que co-ayuda al tratamiento del diagnóstico, respondiendo a sus necesidades educativas y sociales.

10. CONCLUSIONES

El cáncer infantil es una enfermedad neoplásica, que se da por la proliferación de células anómalas de forma descontrolada que se distribuyen y acumulan en diferentes partes del cuerpo, sus causas son desconocidas, por lo que no se puede prevenir.

Uno de los cánceres más comunes en los niños es la Leucemia Linfoblástica Aguda, esta afecta las células de la sangre denominadas Linfocitos los cuales combaten las infecciones virales.

Esta enfermedad requiere periodos de hospitalización prolongada y genera grandes impactos en la vida del paciente y de su familia, puesto que, tras su diagnóstico surge una desestructuración de la vida cotidiana que afecta los ámbitos emocionales, sociales, familiares y escolares, por lo que se requiere un periodo de adaptación al nuevo contexto.

El cáncer infantil es una enfermedad que se encuentra en aumento en Colombia y se ha convertido en una prioridad para el sistema de salud. En Santiago de Cali, existen cuatro entidades de salud que atienden a estos pacientes, de los cuales dos cuentan con un programa denominado Pedagogía Hospitalaria, el cual, se identifica como una herramienta que facilita la adaptación al contexto hospitalario y busca mitigar el impacto negativo que conlleva la enfermedad, a través de herramientas pedagógicas que garanticen los derechos de los menores relacionados con el bienestar y la educación.

Por otro lado, es relevante reconocer que el mundo en el que se desarrolla la existencia humana solo puede ser explorado a través de los sentidos, ya que son el

punto de contacto con todo lo que rodea al hombre. De este modo la experiencia corresponde a aquel evento sensorial que, por medio del organismo nos permite vivir en el mundo a través del intercambio de información con este medio (Delacroix, 2009; Perls & Col, 1951).

Es en este universo en donde el ser humano interactúa con otros y con el medio, lo cual es posible a través del cuerpo. Este es el vehículo de contacto en donde empieza a jugar un papel importante el sí mismo, quien lleva de portavoz al Yo, es decir, la personalidad del individuo en busca de la existencia en el mundo.

Tal estructura Yoica posee en sí la conciencia implícita o mejor conocido como el darse cuenta, que no es más que el conocimiento supuesto del contacto, aquello que implica ver la necesidad aquí y ahora. (Salama, 2010).

Es de esta manera que el ser humano se relaciona con el mundo por medio del funcionamiento del Yo, es decir, a través de aquello que representa la esencia del ser humano, el compromiso del organismo con la vida que se esfuerza por alcanzar el cierre de la experiencia o la Gestalt, que solo es posible en la satisfacción de la necesidad humana.

De esta manera, el funcionamiento de la estructura Yoica es capaz de asimilar y discriminar aquello que forma parte de la experiencia, por tanto, la armonía entre estos elementos constituyen la forma en que se relaciona el ser humano con su existencia en el mundo, sin embargo, las cargas, mensajes y deberes del medio pueden generar tal fuerza al punto de alienar al Yo y es aquí en donde se desarrolla el Pseudo Yo, esa instancia falsa que se pone la máscara de un supuesto integrador de la experiencia, pero al final solo contribuye al bloqueo (Salamá, 2010).

En síntesis, el desarrollo del ciclo de la experiencia en la enfermedad implica una serie de cambios en donde aparecen diferentes necesidades, que requieren de la atención del individuo para alcanzar el desarrollo satisfactorio de las géstales.

A partir de esto podemos decir que, respecto al ciclo experiencial de la menor vinculada a este proceso de estudio de caso, se evidencia que desde el principio no tuvo un acercamiento con la enfermedad y, aunque visitaba constantemente la clínica para llevar a cabo su tratamiento en contra de la leucemia, solo sabía que algo pasaba y era necesario ir constantemente al hospital.

Lo anterior significa que la menor fue reconocida como un individuo pasivo en su proceso, de acuerdo a la decisión que tomó su madre respecto al impacto que en su momento generó el diagnóstico de cáncer en la sangre.

No obstante, es justo después de la primera etapa de sus quimioterapias que la niña conoce que tiene cáncer, pero esta vez acompañada de un mensaje latente en su discurso como el de ya no tener la enfermedad porque se encuentra en 0%, aunque debe seguir en tratamiento, porque aún es una paciente oncológica.

Aclarando lo anterior, es evidente que la menor sigue asistiendo regularmente a quimioterapias y en algunos momentos a hospitalizaciones, ya que, tanto ella como la madre saben que si esta no continúa en este proceso, el riesgo de recaída es muy alto.

No obstante, es aquí en donde a profundidad se empieza a reconocer como deflecta en relación a la enfermedad a través de respuestas acompañadas de silencios, miradas a la madre e incluso cambiando el tema. Esto representa en sí un proceso de deflexión constante, ya que no ha hecho contacto con la enfermedad, es ajena a esto, puesto que, ante el cáncer no ha realizado la integración de la experiencia y

no está en el aquí y ahora, porque lo poco que menciona lo hace en tiempo pasado. De acuerdo a Schnake (1995), es aquí en donde la persona escapa de su realidad, en el caso de la menor, escapa de la realidad de tener cáncer y sigue siendo paciente en su proceso ya que no ha hecho consciencia de la dificultad que presenta en el aquí y ahora.

Ahora bien, se logró evidenciar que la pedagogía hospitalaria ayuda a mitigar la angustia que connota la enfermedad con relación al aislamiento, puesto que, permite cerrar las góntales con relación a las necesidades sociales, que demandan los niños en los contextos escolares. Esta pedagogía de orden inclusivo, propicia espacios de socialización e interacción con otros niños que padecen de cáncer, promoviendo un ajuste social adecuado al nuevo contexto, en especial cuando la niña debe permanecer por largas estancias en el hospital.

Así mismo, se refleja en el ciclo de la experiencia de la menor, la necesidad de recibir la aprobación de un otro, lo cual contribuye a la integración de mensajes que le permiten internalizar elementos nutritivos a su estructura Yoica, que favorecen su autoestima y la confianza en sí misma para enfrentarse al contexto hospitalario.

De este modo, ese otro que se encuentra en el aula de clase en el hospital se convierte en el agente educativo que, con valoraciones positivas relacionadas al quehacer de las actividades educativas, permite la integración de la experiencia de la hospitalización. Además, esto contribuye a la reestructuración emocional al ofrecer espacios en donde la menor experimenta emociones positivas como alegría y satisfacción, diferentes a las que se manifiestan en los periodos de aislamiento en su habitación, lo que da como resultado el bienestar emocional, ligado a su experiencia escolar en este nuevo contexto que suele presentarse como un contexto hostil.

Adicional a esto, se evidencia que la pedagogía hospitalaria contribuye positivamente en el flujo de la energía porque permite conservar la relación con la enfermedad. Esto es evidente porque al momento en que se aborda a la niña a través de preguntas directas con la enfermedad, la deflexión tiende de inmediato a la evitación, sin embargo, cuando esta temática es abordada desde la experiencia que ha tenido en el programa de pedagogía, la menor logra integrar el conocimiento de la enfermedad, es decir que sabe y conoce qué es la enfermedad, cómo funciona y cuál es su foco. De este modo, existe un contacto parcial con el objeto relacional que en este caso es la enfermedad, lo que significa que tiene conocimiento de la existencia de esta y aunque no la integra, sabe que su contexto actual es de niños con diagnóstico de cáncer.

Para finalizar, es importante retomar que en diversas investigaciones con relación a la pedagogía hospitalaria, se menciona la contribución de esta en la adherencia al tratamiento de los pacientes, no obstante, este beneficio no se logró evidenciar en la presente investigación.

Aunque la pedagogía hospitalaria influya positivamente en el flujo de la energía en algunas géstales de la menor, como se mencionó anteriormente, existe una marcada deflexión con relación al contacto que la niña genera con la enfermedad, puesto que evita enfrentar la situación que puede ser desagradable para ella, esto significa el desarrollo de una polaridad bio-negativa ya que, si bien reconoce la Leucemia, es una enfermedad que ella manifiesta no tener y por lo mismo, no acata las medidas permanentes de autocuidado como lo es el uso del tapabocas.

Si bien, la pedagogía hospitalaria a través de sus herramientas educativas, acerca a la menor al reconocimiento de la enfermedad, no se evidencia una incorporación al reconocimiento de la vivencia y por consiguiente a la integración a en su estructura Yoica. No obstante, esta sería una temática que podría ser abordada en profundidad, permitiendo así, reconocer si realmente existe o no una relación entre

la pedagogía hospitalaria y la adherencia en el tratamiento, evidente en el ciclo de la experiencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Äärelä, T., Määttä, M., & Uusiautti, S. (2018). *The challenges of parent–teacher collaboration in the light of hospital school pedagogy*, *Early Child Development and Care*. 188:6, 709-722, DOI: 10.1080/03004430.2016.1230108

Acuña, L. (2018). *Día internacional de la lucha contra el cáncer infantil*. *Boletín de información técnica especializada*, 4 No.2, 1-8. Recuperado de: [www.revistabiomedica.org > index.php > biomedica > issue > download](http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/issue/download)

Agudelo, D., Patiño, S-L., & Villa, A-I (2016). *El rol del pedagogo hospitalario en la experiencia de ruptura de los vínculos familiares y escolares que afronta un niño y/o niña hospitalizado: Experiencias en el Hospital Pablo Tobón Uribe de la ciudad de Medellín*. Corporación Universitaria Lasallista, Trabajo de grado, 1-102. Recuperado de http://repository.lasallista.edu.co/dspace/bitstream/10567/1808/1/Rol_pedagogo_hospitalario_ruptura_vinculos_familiares_escola.pdf

Álvarez, M. (2016). *Frecuencias y factores que influyen en el tratamiento oncológico*. (Tesis de grado no aplicada) Universidad San Carlos de Guatemala. Quetzaltenango- Guatemala. Recuperado de file:///C:/Users/Liliana/Downloads/05_9898.pdf

Ann., Cárdenas., & Peña, J. (productores) (2016). *Mira Lo Que Pasa: [Aulas Hospitalarias]*. Canal Capital Bogotá. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=xAeDAOuVWs0&feature=youtu.be>

Arcos, N., & I. Navarro, J. (Noviembre,2014). *El juego educativo en niños preescolares con leucemia hospitalizados*. *Revista Científica Estudios e Investigaciones*, 3(1), 149-164. Recuperado de <http://revista.unibe.edu.py/index.php/rcei/rt/captureCite/162/0/CbeCitationPlugin>

Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. Paris. Recuperado de <https://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>

Bernal, C. (2010) Metodología de la investigación administración, economía, humanidades y ciencias sociales, Tercera edición. Colombia. Recuperado de: <http://abacoenred.com/wp-content/uploads/2019/02/El-proyecto-de-investigaci%C3%B3n-F.G.-Arias-2012-pdf.pdf>

Cabrera, Y., López, E., López, E., & Arredondo, B. (2017). *La psicología y la oncología: en una unidad imprescindible*. *Revista Finlay*, 7(2), 115-127. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000200007&lng=es&tlng=pt.

Congreso de Colombia (2006). Ley 1090 “Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones”. Colombia. Recuperado de: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=66205>

Delacroix, J-M, (junio, 2009). *Encuentro con la psicoterapia: Una visión antropológica de la relación y el sentido de la enfermedad en la paradoja de la vida*. Chile. Cuatro Vientos. Recuperado de http://revistagpu.cl/2009/GPU_junio_2009_PDF/ENCUENTRO%20CON%20LA%20PSICOTERAPIA.pdf

Fuster, D. (2019) Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. Propósito y representaciones. Vol 7. pp. 201-229. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/pyr/v7n1/a10v7n1.pdf>

Frankl, V. (2016). Encuentro con la psicología individual. En Frankl, V. (Ed.) *Lo que no está escrito en mis libros*. Barcelona. Recuperado de: https://es.scribd.com/read/351483066/Lo-que-no-esta-escrito-en-mis-libros-Memorias#m_search-menu_172196

Frankl, V. (2018) *¿Neurotización de la humanidad o rehumanización de la psicoterapia?* .Herder Editorial, S.L. Barcelona. Recuperado de: https://es.scribd.com/read/400878333/Neurotizacion-de-la-humanidad-o-rehumanizacion-de-la-psicoterapia#m_search-menu_2234

Goldstein, K. (1961). La naturaleza Humana a La Luz de la Psicopatología. Paidós. Buenos Aires. Argentina. ISBN: 978-84-7800-105-7 ISBN: 978-84-9012-026-2 (pdf).

González, J., & Polaino, A. (1990), *Pedagogía Hospitalaria: Actividad educativa en ambientes clínicos*. Madrid. Recuperado de: https://books.google.com.co/books/about/Pedagog%C3%ADa_hospitalaria_actividad_educat.html?id=sF-LAAAACAAJ&redir_esc=y

Gutiérrez, E. (2018). Arteterapia familiar en oncología pediátrica. *Psicooncología*, 15(1), 133-151. <https://doi.org/10.5209/PSIC.59183>

Grau, C. (1993). *La integración escolar del niño con neoplasias*. Barcelona, CEAC. Recuperado de https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/inn_doc_esc_inclusiva/es_def/adjuntos/escuela-inclusiva/100004c_Pub_EJ_guia_cancer_c.pdf

Grau, C. (2004). Atención educativa al alumnado con enfermedades crónicas o de larga duración. Ediciones Aljibe. Málaga. España. ISBN: 84-9700-149-4

Grau, C., y Ortiz, M^a C. (2001). *Atención educativa a las necesidades educativas especiales derivadas de enfermedades crónicas y de larga duración*. En F. S. Mata, Enciclopedia psicopedagógica de necesidades educativas especiales (pp. 169-186). Ediciones Aljibe, Málaga. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1203275>

Hernández, E., & Rabadán, J. (2013). La hospitalización: Un paréntesis en la vida del niño. Atención educativa en población infantil hospitalizada. Perspectiva educacional, Formación de profesores, (51). 167-181. ISSN: 0716-0488

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación sexta edición*. México. Recuperado de: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

Latner, J. (1973). Fundamentos de la Gestalt. Edi. Diana. México. D.F. México. I.S.B.N. N° 956-242-013-2.

Ley 1384 de 2010. Ley Sandra Ceballos. Recuperado de https://www.defensoria.gov.co/public/Normograma%202013_html/Normas/Ley_13_84_2010.pdf

Lorente, A., & Lizasoain, O. (1992). La pedagogía hospitalaria en Europa: La historia reciente de un movimiento pedagógico innovador. Psicothema, Vol. 4 n°1, pp. 47-67. Recuperado de: https://www.academia.edu/21442982/La_pedagogia_hospitalaria_en_europa_la_historia_reciente_de_un_movimiento_pedagogico_innovador

Maher, D., & Perry, R., & Curry, J. (2014). Perceptions of the hospital school experience: Exploring transition, spaces for engagement and technology.. The International Journal of Adult, Community and Professional learning. Recuperate of <https://opus.lib.uts.edu.au/handle/10453/32030>

Martínez, A., & Beltrán, J. (Agosto, 2012). *Pedagogía hospitalaria: Un campo de acción interdisciplinar en favor de niños, niñas y adolescentes en situación de enfermedad*. Revista Colombiana de Rehabilitación, vol. 11, 96-103. ISSN. 1692-1879.

Ministerio de Educación Nacional (s.f) Modelos educativos flexibles - Escuela nueva. Recuperado de: <https://www.mineducacion.gov.co/portal/Preescolar-basica-y-media/Modelos-Educativos-Flexibles/340089:Escuela-Nueva>

Ministerio de Salud. (2012). Plan nacional para el control del Cáncer en Colombia 2012-2021, 1-124. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INCA/plan-nacional-control-cancer.pdf>

Ministerios de Salud Pública (2019) Programa cáncer, Santiago de Cali. Recuperado de <https://www.cali.gov.co/salud/publicaciones/141726/programa-cancer/>

Morilla, P., & Pichardo, M- C (abril, 2018). Relación entre la educación inclusiva y la calidad de vida. pp.53-62. Recuperado de <https://www.redalyc.org/jatsRepo/3498/349856428005/index.html>

Klunder, M., America, L., Lora, M., Dorantes, E., Zapata, M., Carranco, T., et al & Villasis, M-A. (2012). *Frecuencia de abandono del tratamiento en pacientes pediátricos con leucemia linfoblástica aguda*. Recuperado de

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462012000300010

Organización Mundial de la Salud. [OMS] (septiembre,2018). El Cáncer Infantil. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer-in-children>

Ortega, J. (2017). Aulas hospitalarias una mirada hacia el fortalecimiento y el desarrollo humano en niños, niñas y adolescentes hospitalizados. pp.16-28. Bogotá. Recuperado de <http://repository.pedagogica.edu.co/bitstream/handle/20.500.12209/2519/TE-21031.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Padilla, A. (diciembre, 2011). *Inclusión educativa de personas con discapacidad AP* Muñoz, Revista colombiana de psiquiatría, 40 (4). ISSN: 0034-7450. recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80622345006>

Palacios, X., & Vargas, L. (2011). Adherencia a la quimioterapia y radioterapia en pacientes oncológicos: una revisión de la literatura. *Psicooncología*, 8(2-3), 423-440. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2011.v8.n2-3.37890

Palomares, A., Sánchez, B. & Garrote, D. (agosto, 2016). *Educación inclusiva en contextos inéditos: la implementación de la Pedagogía Hospitalaria*. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 14 (2), pp. 1507-1522. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v14n2/v14n2a43.pdf>

Perls, F. (1947). Yo hambre y agresión. México. Ed. Fondo de cultura. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/338440339/Perls-Fritz-Yo-Hambre-Y-Agresion-pdf>

Perls, F. S. (1974). Sueños y Existencia. Chile. Ed. Cuatro Vientos. Recuperado de <http://datelobueno.com/wp-content/uploads/2014/05/Sue%C3%B1os-y-existencia.pdf>

Perls, F. (1975). Terapia Gestalt. Teoría y Práctica. Edi. Pax México. ISBN 978-968-860-783-1. México D.F. México. Recuperado de: <https://es.slideshare.net/dafnebp/225978617-perlsfritzterapiaGestaltteoriaypracticacopiar>

Perls, F. (1976). El enfoque gestáltico. Testimonios de Terapia. Edi. Cuatro Vientos. Santiago de Chile. Recuperado de: <https://vdocuments.mx/download/fritz-perls-el-enfoque-gestaltico-testimonios-de-terapiapdf>

Perls, F., Hefferline, R. y Goodman, P. (1951). Terapia Gestalt: excitación y crecimiento de la personalidad humana. España. Sociedad de Cultura Valle-Inclán. Recuperado de <https://sites.google.com/site/singtykonro/terapia-Gestalt-excitacion-y-crecimiento-de-la-p-48720429>

Pons, G. (2018). Como maestros/as de un aula hospitalaria, ¿podemos ayudar en la mejora del tratamiento de niños oncológicos? Universidad Zaragoza. Recuperado de: <https://zaquan.unizar.es/record/76819/files/TAZ-TFG-2018-3001.pdf>

Ponty, M. (1945) La fenomenología de la percepción. Paris. Gallimard. Recuperado de <http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFG/historia/rossi/Segunda%20Parte/merleau-ponty-maurice-fenomenologia-de-la-percepcion.pdf>

Erving, E., & Polster, M. (1973). TERAPIA GUESTÁLTICA. Ed. Amorrortu, Buenos Aires. Argentina. Recuperado de <http://centrodesarrollopsicologico.com/e2012/wp-content/uploads/2013/08/terapia-Gestaltica.polster1.pdf>

Ramírez, O. (Febrero, 2019). *En Cali, solo el 50 % de los niños que padecen cáncer logra sobrevivir a la enfermedad*. Febrero, de El país Sitio web: <https://www.elpais.com.co/cal/en-solo-el-50-de-los-ninos-que-padecen-cancer-logra-sobrevivir-a-la-enfermedad.html>

Razeto, A. (2016). *El involucramiento de las familias en la educación de los niños*. Cuatro reflexiones para fortalecer la relación entre familias y escuelas. Fondecyt , 9, 1-26 ISSN: 1688-7468

Rodríguez, G., Gil, J., & García, E. (s.f).Capitulo III Procesos y fases de la investigación cuantitativa. Rodríguez, G., Gil, J., & García, E. (Ed.), *Metodología de la investigación cualitativa* (pp. 62 -78). Ediciones aljibe. Recuperado de: <http://www.jbposgrado.org/icuali/Fases%20de%20la%20inv%20cualitativa.pdf>

Rojas, A., y Marañón, G (2012). *Antología de la Gestalt*. Instituto Universitario Carl Rogers. D.R. © DPO. Recuperado de https://www.academia.edu/20178447/Antologia_Gestalt_II_2

Salamá, H. (2002). *Psicoterapia Gestalt, Procedimiento y Metodología*. Alfaomega. México. Recuperado de https://kupdf.net/download/psicoterapia-Gestalt-proceso-y-metodolog-iacute-a-hector-Salamá_5908c121dc0d60c85c959e79_pdf

Salamá, H. (2010). *Psicoterapia Gestalt*. Editorial Amart. S,L. Barcelona. Recuperado de <https://dlscrib.com/downloadFile/5aadeab8e2b6f5e6018c2df1>

Salamá, H. (2012). *Gestalt 2.0 Actualización en Psicoterapia Gestalt*. México. Alfaomega. Recuperado de https://www.academia.edu/8175272/Gestalt_2.0_Actualizaci%C3%B3n_en_Psicoterapia_Gestalt

Samudio, A., Figueredo, Torres, R., Mattio, I., Servin, J., Alcaraz, E., Zelada, O., & Caniza, M. (Agosto, 2013). *Estrategias para prevenir el abandono de tratamiento en niños con cáncer en un país en vías de desarrollo*. *Pediart*, 40, 119-123. Recuperado de <https://www.revistaspp.org/index.php/pediatria/article/view/96/94>

Serradas, M (septiembre,2003). *La pedagogía hospitalaria de un niño enfermo: Un aspecto más en la intervención socio-familiar*. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/262483117_La_pedagogia_hospitalaria_y_el_nino_enfermo_Un_aspecto_mas_en_la_intervencion_socio-familiar

Serradas, M. (2015). La Pluridimensionalidad del rol del docente hospitalario. *Educación en Contexto*, vol. 1, 38-55. ISSN 2477-9296

Simon C., Giné, C., y Echeita,G, (2016). *Escuela familia y comunidad: construyendo alianzas para promover la inclusión*. *Revista latinoamericana de educación inclusiva* 10(1), (25-42). Madrid. ISSN: 0718-7378.

Schnake, A. (1995) *Los diálogos del cuerpo*. Editorial cuatro vientos. Santiago de Chile. Recuperado de: <https://es.scribd.com/read/438549936/Los-Dialogos-del-Cuerpo-Un-enfoque-holistico-de-la-salud-y-la-enfermedad>

Schanake, A. (2007). *Enfermedad, síntoma y carácter. Diálogos gestálticos con el cuerpo*. Buenos Aires: Del Nuevo Extremo. Chile: Cuatro Vientos. Recuperado de: <https://es.scribd.com/doc/205754935/Adriana-Schnake-Enfermedad-Sintoma-y-Character>

Violant V., Cardona P., Monsalve C & Márquez L, (2012). *Multidimensionalidad de la pedagogía hospitalaria desde la transdisciplinariedad: análisis de necesidades en los itinerarios formativos*. Barcelona. Recuperado de [https://www.academia.edu/33262214/Multidimensionalidad de la Pedagog%C3%](https://www.academia.edu/33262214/Multidimensionalidad_de_la_Pedagog%C3%)

[ADa Hospitalaria desde la Transdisciplinariedad Análisis de Necesidades en los Itinerarios Formativos](#)

Yelamo, C., García, G., Fernández, B., & Pascual, C. (sf). El cáncer en los niños. aecc contra el cáncer, pp.1-38. Recuperado de <https://www.aecc.es/sites/default/files/migration/actualidad/publicaciones/documentos/guiareducida.pdf>

Yontef, G. (1995), *Proceso y diálogo en Gestalt*. Editorial Cuatro Vientos. Segunda Edición. Recuperado de <https://ishareslide.net/document/proceso-y-dialogo-en-Gestalt-gary-yontef-completo-pdf>

Zapata, C. (2012). *Pedagogía hospitalaria una oportunidad para el encuentro con el ser humano* .3 - 16. Medellín. Recuperado de <https://es.scribd.com/doc/299490960/Pedagogia-hospitalaria-Oportunidad-Zapata-2012-pdf>

ANEXOS.

Aprobación del instrumento

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA CATÓLICA LUMEN GENTIUM
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
TRABAJO DE GRADO

EVALUACIÓN, CONCEPTO Y VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTO

Por medio del presente informe hago constar que se ha realizado la revisión, evaluación y, establecido un concepto, en el proceso de validación del instrumento: ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA formulado por las estudiantes **Gabriela Monroy Ramirez, Juan Alejandro Rodríguez Gómez y Liliana Lasso Balanta**, bajo la dirección del profesor ALEXANDER AGUIRRE ZARTA. en el marco del proyecto investigativo de trabajo de grado titulado: **LA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA UNA HERRAMIENTA EN EL PROCESO DE DIAGNÓSTICO DE CANCER EN NIÑOS**, con objetivo general de: **Conocer la experiencia del cáncer a través de la pedagogía hospitalaria, de un par de niños diagnosticados con cáncer de la Fundación Anhelos de Vida de la Ciudad de Cali**

Concediendo la siguiente valoración cualitativa y cuantitativa del mismo:

ASPECTOS A EVALUAR	D.	A	B.	E.	PUNTAJE
Objetivo de la investigación				x	4.8

Claridad variable (s)/categoría (s) de análisis			x		4.4
Coherencia ítems-variable (s)/categoría(s)				x	4.8
Ítems mide variable (s)/categoría (s)				x	4.8
Redacción de los ítems				x	5
Ortografía de los ítems				x	5
Presentación de instrumento				x	5
Selección de población /muestra			x		4.3
Procedimiento			x		4.4
Consentimiento asistido				x	5
Aspectos éticos, bioéticos y deontológicos				x	5

D: Deficiente (1.0-2.9), A: Aceptable (3.0-3.9), B: Bueno (4.0-4.7) E: Excelente: (5.0)

Observaciones:

El diseño del instrumento es coherente con el objetivo y el título de la investigación, sin embargo, desde mi perspectiva me parece poco funcional el diseño de un instrumento que sea aplicado al mismo tiempo a los niños, los cuidadores y los pedagogos, con la salvedad de los asteriscos para delimitar unos u otros. Creo que el instrumento base es el aplicado a los niños, todas las preguntas deben estar orientadas a esta población y de ahí salen las versiones adaptadas para cuidador y pedagogo, ya por ejemplo en la subcategoría efectos... algunas preguntas no son para el niño.

EXPERTO:

Nombre y apellidos: ALEJANDRO GIRALDO M

Profesión: PSICÓLOGO DOCENTE

Número de tarjeta profesional: 121201

FECHA: 25112018

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA CATÓLICA LUMEN GENTIUM
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
TRABAJO DE GRADO

EVALUACIÓN, CONCEPTO Y VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTO

Por medio del presente informe hago constar que se ha realizado la revisión, evaluación y, establecido un concepto, en el proceso de validación del instrumento: ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA formulado por las estudiantes **Gabriela Monroy Ramirez, Juan Alejandro Rodríguez Gómez y Liliana Lasso Balanta**, bajo la dirección del profesor ALEXANDER AGUIRRE ZARTA. en el marco del proyecto investigativo de trabajo de grado titulado: **LA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA UNA HERRAMIENTA EN EL PROCESO DE DIAGNÓSTICO DE CANCER EN NIÑOS**, con objetivo general de: **Conocer el ciclo de la experiencia a través de la pedagogía hospitalaria, de una niña diagnosticado con cáncer de la Fundación Anhelos de Vida de la Ciudad de Cali.**

Concediendo la siguiente valoración cualitativa y cuantitativa del mismo:

ASPECTOS A EVALUAR	D.	A	B.	E.	PUNTAJE
Objetivo de la investigación		X			3.0
Claridad variable (s)/categoría (s) de análisis		X			3.0
Coherencia ítems-variable (s)/categoría(s)		x			3.0
Ítems mide variable (s)/categoría (s)			X		4
Redacción de los ítems			X		4
Ortografía de los ítems			X		4
Presentación de instrumento			X		4
Selección de población /muestra			X		4

Procedimiento			X		4
Consentimiento asistido			X		4
Aspectos éticos, bioéticos y deontológicos			X		4

D: Deficiente (1.0-2.9), A: Aceptable (3.0-3.9), B: Bueno (4.0-4.7) E: Excelente: (5.0)

EXPERTO:

Alejandra Cerón Mf.

Nombre y apellidos: Alejandra Cerón Morales.

Profesión: Psicóloga – Magister en Familia.

Número de tarjeta profesional:

FECHA: 15- Abril-2020

**ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA
CPH-NC**

La entrevista CPH-NC. Es una entrevista semiestructurada que permitirá reconocer información frente al ciclo de la experiencia, a través de la pedagogía hospitalaria centrándose en el cáncer como situación principal, por medio de tres categorías:

La significación del cáncer, que no cuenta con subcategorías, pero busca identificar, como la persona percibe la enfermedad con relación a su vida y su experiencia.

La segunda categoría corresponde a: recursos de afrontamiento, los cuales se centraron en la teoría planteada por Salamá (2002) sobre el ciclo de la experiencia donde hace referencia a las polaridades bio-positivas y bio-negativas de la persona, esta categoría no se divide en subcategorías, pues, se plantean preguntas que permita identificar como la persona podría reaccionar ante diferentes situaciones según la polaridad que emerja.

Por último, la tercera categoría corresponde a: Efectos de la pedagogía hospitalaria, la cual cuenta con las subcategorías: Metodologías flexibles, Ajuste social y Mitigación del miedo. Buscando a su vez, identificar si existe un ajuste al contexto hospitalario o no.

Toda categorías y subcategorías, aquí mencionadas, son vistas en búsqueda de identificar las necesidades que generan el inicio de nuevos ciclos, para así, poder identificar si el ciclo de la experiencia de la persona, tiene un flujo continuo de la energía, o si por el contrario surgen bloqueos en el transcurso de la vivencia de la enfermedad.

Para esto se realizarán 56 preguntas; algunas de ellas dirigidas también a cuidadores y pedagogos de los niños. La información suministrada será usada solo para fines académicos, tal como lo menciona el Art. 25 de la ley 1090 donde el profesional en psicología guardará la confidencialidad de la información, excepto

cuando se corra riesgo la vida del paciente o de otros. Del mismo modo, se tendrá en cuenta el Art. 46:

“Cuando el psicólogo construye o estandariza tests psicológicos, inventarios, listados de chequeo, u otros instrumentos técnicos, debe utilizar los procedimientos científicos debidamente comprobados. Dichos tests deben cumplir con las normas propias para la construcción de instrumentos, estandarización, validez y confiabilidad.” (Ley 1090, 2006).

CPH-NC

**Ciclo de la experiencia a través de
la Pedagogía Hospitalaria de niño
con cáncer**

INSTRUCCIONES

El entrevistador deberá explicarle de forma oral a las personas entrevistadas que a continuación llevaran a cabo una entrevista, en la cual es importante que la persona conteste con claridad y total tranquilidad, puesto que toda información que suministre se tratará de forma privada, teniendo en cuenta el Art 47 de la Ley 1090 de 2006.²

Se resolverán las dudas que el entrevistado tenga antes de iniciar y se recalcará que si surgen nuevas inquietudes en el transcurso no duden en preguntar.

Se iniciará la entrevista, una vez el investigador diligencia la hoja de registro, donde se recolectan los datos del menor, cuidador y/o pedagogo.

² **ARTÍCULO 47.** El psicólogo tendrá el cuidado necesario en la presentación de resultados diagnósticos y demás inferencias basadas en la aplicación de pruebas, hasta tanto estén debidamente validadas y estandarizadas. No son suficientes para hacer evaluaciones diagnósticas los solos tests psicológicos, entrevistas, observaciones y registro de conductas; todos estos deben hacer parte de un proceso amplio, profundo e integral.

PREGUNTAS/EJES TEMÁTICOS POR CATEGORÍA Y SUBCATEGORÍAS

Las siguientes preguntas y/o ejes temáticos son una guía metodológica para el momento de la realización de la entrevista. Por la misma dinámica y carácter de las entrevistas semiestructurada, el orden o el lenguaje utilizado con los sujetos no estará limitado de forma literal a como presentamos el siguiente instrumento.

Nota: Se tendrá en cuenta el fin de la pregunta y el acto a seguir dependiendo de la respuesta.

CATEGORIA SIGNIFICACIÓN DEL CANCER

La significación hace referencia al grado de importancia y comprensión subjetiva de la información que se aprende o recibe, como la organiza para dar resolución a las demandas que provienen del medio (Martínez, 2006). Es importante tener en cuenta la etiología del cáncer del menor, porque de acuerdo a la ubicación de la enfermedad, varían los síntomas que afectan los pensamientos y sentimientos del niño o niña.

Objetivo: Conocer como la niña con cáncer significan la enfermedad,

Subcategoría	Preguntas
No se dan subcategorías, pues se pretende identificar como la menor percibe la enfermedad; teniendo en cuenta que el cáncer suele relacionarse con	¿Sabes qué es el cáncer?
	¿Qué es para usted el cáncer? ^{*3}
	¿Conoces que es la Leucemia Linfoblástica aguda?
	¿Cuéntanos quien te dio tu diagnóstico y que sentiste? *
	¿Antes de esto, habías escuchado sobre el cáncer? *
	¿Qué significa para ti, tu diagnóstico? *

³ Todas las preguntas con * serán realizadas también al cuidador del menor.

<p>una enfermedad traumática, que genera dolor tanto físico como emocional, en el caso del cáncer infantil se desconocen las causas, no obstante, cuenta con tratamientos que pueden llevar a la cura de la misma.</p>	¿Cómo reaccionó su niño(a) cuando se dio cuenta del diagnóstico? *
	¿Qué quieres ser cuando estés grande? *
	¿Te gustaría cambiar algo de tu vida? (¿Qué?)
	¿Cómo te imaginas tu vida en 5 años? ¿Como te imaginas en un futuro cercano? ¿Y en uno más lejano? *
	¿Le tienes miedo a algo? (¿a qué?) *
	¿Cuál es tu más grande sueño?
	Describe tus cualidades. ¿Cuáles son?
	¿Qué es lo que más te gusta de tu forma de ser?
	¿Crees que te pareces a alguien? ¿A quién? ¿En qué?
	¿Ha cambiado algo en ti en el último año?
	¿Cómo crees que te percibe tu madre?
	¿Cuáles son tus características físicas?
	¿Cómo te sientes con el trato de los médicos contigo?
	¿Qué es lo que más te gusta de ti cuando te vez a un espejo? y ¿Qué es lo que menos te gusta de ti cuando te vez a un espejo?

CATEGORIA
POLARIDADES DE LAS INTERRUPCIONES DEL CICLO DE LA
EXPERIENCIA.

En el ciclo de la experiencia, los bloqueo o autointerrupciones cuentan con sus propias polaridades, estas son denominas: bio-positiva (+) que refiere a lo nutritivo y temporal, no obstante, la parte bio-negativa (-) alude a algo tóxico y permanente (Rojas & Marañon, 2012). De acuerdo a lo anterior, se puede reconocer que las

polaridades orientan la reacción de la persona ante una situación determinada, siendo estas los recursos o no del sí mismo.

Objetivo: Identificar las polaridades de las interrupciones en el ciclo de la experiencia de un niño con cáncer.

Subcategoría	Preguntas
<p>Esta categoría no cuenta con subcategorías, pues se busca identificar a través de las respuestas de la persona, el ciclo de la experiencia, donde se evidencie el flujo de la energía y donde subyacen las polaridades, que determinan los recursos de afrontamiento que posee el niño.</p>	¿Cómo solucionas cuando tienes dificultad para realizar una actividad?
	¿Utilizas la tecnología para buscar información de tu condición de salud?
	¿Cuándo no comprendes un tema académico como lo resuelves?
	¿Cuándo te peleas con un amigo/a, como lo solucionas?
	¿Cuándo no puedes resolver una situación, a quien acudes?
	¿Qué sueles hacer cuando te sientes triste?
	¿Qué sientes al hablar del cáncer?
	¿Qué piensas o sientes cuando tienes una cita médica?
	¿Qué emociones experimentas cuando tienes un problema?
	¿Sueles contarle a tu madre o a tu padre, lo que sientes?
	¿Qué sientes cuando estas en la clase y realizas las actividades completas?
¿Qué sientes cuando tu profesor te felicita por tus logros?	

	¿Con quién hablas cuando te sientes triste, o necesitas ayuda?
	¿Pertenece a algún grupo social o religioso?
	¿Cuál es tu relación con Dios?
	¿Con que frecuencia acudes a alguien cuando tienes problemas?

CATEGORIA

EFECTOS DE LA PEDAGOGÍA HOSPITALARIA

La pedagogía hospitalaria es una herramienta que, si bien permite la continuidad escolar de los niños, niñas y adolescentes en estado de hospitalización, también da un aporte a todo el componente psicosocial. De este modo, es posible definir la pedagogía hospitalaria como un conjunto multidisciplinar desde la medicina, psicología, pedagogía y ciencias sociales que permiten abordar desde estrategias pedagógicas aspectos emocionales en torno al niño, niña o adolescente, y a la familia, reduciendo el riesgo de aislamiento total en la hospitalización. (Grau & Ortiz, 2001) Brindando un espacio en donde este puede interactuar con otros con quienes comparte características de cuidado similares.

Objetivo: Identificar desde la mirada de la niña y su familia los efectos que promueve la pedagogía hospitalaria frente al cáncer

Subcategoría	Preguntas
Mitigación del miedo: Uno de los factores que interviene la pedagogía hospitalaria es todo aquello que corresponde al impacto emocional que establece el	¿Cómo te sientes cuando puedes ir al aula hospitalaria? *
	¿Cómo te hace sentir el saber que habrá un profesor que ira a tu habitación a darte clase?
	¿Cómo te sientes desde que has empezado a recibir clase en el hospital? *

<p>diagnóstico de una enfermedad que requiere hospitalización. De este modo, el aturdimiento que genera la desestructuración de la cotidianidad, responde a una pérdida que implica un duelo en función de la readaptación al nuevo contexto en la hospitalización (Grau, 1993). Generando momentos de negación, ira, culpa e incertidumbre tanto para el niño o niña, como para la familia.</p>	<p>¿Qué sientes o has sentido durante el tratamiento?</p>
	<p>¿Cómo reaccionan los niños cuando usted llega a sus habitaciones? **4</p>
	<p>¿Le expresas a los adultos tus sentimientos con frecuencia? (¿cuales?)</p>
	<p>¿te gusta compartir tiempo en clase con tu cuidador?</p>
<p>Ajuste Social</p> <p>Es importante reconocer el objetivo psicoterapéutico que se refiere a “mantener el equilibrio psíquico y el ajuste social del infante recluido, favorecer su adaptación psicosocial, prevenir o reducir el efecto traumático que el hospital pueda producirle, fomentar su desarrollo integral y evitar el retraso escolar.” (Serradas 2015, p.48). De este modo, la pedagogía hospitalaria no solo alude a los procesos educativos, sino también, al proceso adaptativo que implica asumir la enfermedad desde un contexto diferente como lo es el hospital.</p>	<p>¿Hablas con tus padres de lo que te enseñan los profesores? *</p>
	<p>¿Ha notado cambios en el niño(a) desde que recibe clases? *</p>
	<p>¿Cómo te sientes cuando quien pasa contigo la mayoría de tiempo te ayuda a hacer tareas?</p>
	<p>¿Te gusta hacer tareas solo o en compañía de alguien? ¿por qué? *</p>
	<p>¿Te gusta ir al aula hospitalaria? ¿Por qué? *</p>
	<p>¿Cómo te sientes al compartir con otros niños que también están hospitalizados?</p>

⁴ Todas las preguntas con ** serán realizadas también al pedagogo de la pedagogía hospitalaria.

<p>Metodologías Flexibles:</p> <p>El desarrollo del niño se debe ajustar en relación a su nueva condición física. Por tanto, la pedagogía hospitalaria pretende disminuir el riesgo de cosificar al niño como un sujeto de la clínica, puesto que es una persona activa en el proceso. Para esto, es necesario la estimulación del componente social y afectivo a través de estrategias pedagógicas como el juego de roles, e incluso lecturas o estimulación a través de material didáctico. De este modo el miedo e incertidumbre que aborda al niño o niña se va reestructurando a través de nuevas experiencias significativas y así mismo continuar con su proceso educativo (Grau & Ortiz, 2001).</p>	¿Te han explicado en el aula algo sobre el cáncer? **
	¿Qué te han enseñado del cáncer?
	¿Cuál es la diferencia entre pedagogía hospitalaria y la pedagogía de las escuelas? **
	¿Cuáles son las principales dificultades al dar clases con esta población? **
	¿Qué tipo de contenido ven los niños en las clases? **
	¿Su niño les recuerda sobre el uso del tapabocas o es usted quien se lo recuerda? *

Cabe resaltar que este procedimiento se realizará teniendo en cuenta la autorización del participante, evidenciándose de forma clara a través de un consentimiento informado donde expresamos nuestro compromiso con la total confidencialidad de la información y la finalidad del proceso de investigación.

Además, se constata que el sujeto ha expresado voluntariamente su intención de participar en la investigación, comprendiendo que su fin es netamente académico. Agregado a ello, se señala que se hará uso de pseudónimos con el fin de proteger la identidad y los datos personales del participante.

Consentimiento informado de la entidad.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INSTITUCIÓN

Fecha: 14/07/2024

La fundación Anhelo de Vida representada legalmente por Francisca Elena Gómez Yepes con cédula de ciudadanía número 66.841.747 de la ciudad de Calí, ubicada en la dirección Calle 5B N° 30-11 y número de teléfono 3004331777 manifiesto que he sido informada(o) sobre el objetivo del proyecto de investigación de pregrado al que me invitan a participar los estudiantes de Psicología aquí firmantes como una práctica privada y orientada académicamente de la Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium (UNICATOLICA). Por lo tanto, doy testimonio de que se me hizo saber también mis derechos y las características de aplicación del(os) instrumento(s) y el proceso que se llevara a cabo con las personas que pertenecen a la Fundación Anhelo de Vida.

Entendiendo que los resultados serán tratados de forma anónima, respetando la confidencialidad de los datos e identidad de los participantes. Se me informó de igual manera que el proceso de la investigación en el participo no representa ningún peligro ni efectos secundarios para la fundación, ni para las personas que participaran. Comprendo que esta información será utilizada únicamente para fines académicos e investigativos en la medida en que es importante para el fortalecimiento de las competencias académicas de los futuros profesionales de la psicología de la Unicatólica.

Fui informada(o) y manifiesto haber obtenido respuesta a todos mis interrogantes y dudas al respecto. Soy consciente que tengo el derecho a retirar este consentimiento informado si durante o al finalizar la participación lo considero necesario.

Por lo tanto, acepto libre y voluntariamente que esta investigación sea llevada a cabo en mi Fundación.

Firma [Firma]
Nombre(s), Apellido(s) de la entidad participante
C.C.: 66841747

Firma Carmela Henao R
Nombre(s), Apellido(s)
C.C.: 1.107.092.549
Estudiante en práctica
Firma

Nombre(s), Apellido(s)
C.C.:
Estudiante en práctica

Firma Juan Alexander R G
Nombre(s), Apellido(s)
C.C.: 1144153501
Estudiante en práctica

Co-investigador
Docente asesor: (NOMBRE COMPLETO DEL ASESOR)

Consentimiento informado del representante legal del menor.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA CUIDADORES Y PEDAGOGOS

Fecha: 11/02/2024

Yo, Doña Patricia González identificada(o) con cédula de ciudadanía número 1130616304 de la ciudad de Cali, con 32 años de edad, residencia en la dirección Calle G^A Costa #44^B y número de teléfono 3206064158 manifiesto que he sido informada(o) sobre el objetivo del proyecto de investigación de pregrado al que me invitan a participar los estudiantes de Psicología aquí firmantes como una práctica privada y orientada académicamente de la Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium (UNICATOLICA). Por lo tanto, doy testimonio de que se me hizo saber también mis derechos y las características de aplicación del(os) instrumento(s) Experiencia del Cáncer a través del Cáncer. Aplicación que no tendrá una duración mayor a 60 minutos.

Acepto contestar de manera clara y sincera, entendiendo que los resultados serán tratados de forma anónima, respetando la confidencialidad de mis datos y mi identidad. Se me informó de igual manera que el proceso de la investigación en el participo no representa ningún peligro ni efectos secundarios para mi persona. Comprendo que esta información será utilizada únicamente para fines académicos e investigativos en la medida en que es importante para el fortalecimiento de las competencias académicas de los futuros profesionales de la psicología de la Unicatólica.


Fui informada(o) y manifiesto haber obtenido respuesta a todos mis interrogantes y dudas al respecto. Soy consciente que tengo el derecho a retirar este consentimiento informado si durante o al finalizar la participación lo considero necesario.

Por lo tanto, acepto participar libre y voluntariamente.

Firma Doña Patricia González
Nombre(s), Apellido(s) de la entidad participante
C.C.: 1130616304

Firma Gabriela H. R.
Nombre(s), Apellido(s)
C.C.: 1.107.091.544
Estudiante en práctica

Firma Juan Alexander H. L.
Nombre(s), Apellido(s)
C.C.: 1144153501
Estudiante en práctica

Firma 
Nombre(s), Apellido(s)
C.C.: 34515576
Estudiante en práctica

Co-investigador
Docente asesor: (NOMBRE COMPLETO DEL ASesor)

Consentimiento informado del menor.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL MENOR

Fecha: 21/03/2021

Como proceso de orden académico, se realizará una entrevista semiestructurada al menor de edad, si este desea ser partícipe de esta actividad. Si usted autoriza su participación a continuación, complete los siguientes datos:

Yo, Sharon Dayanna González identificada(o) con cédula de ciudadanía número TI 1108567038 de la ciudad de Cali, con 11 años de edad, residencia en la dirección _____ y número de teléfono 320 6064158 manifiesto que he sido informada(o) sobre el objetivo del proyecto de investigación de pregrado al que me invitan a participar a una entrevista semiestructurada los estudiantes de Psicología aquí firmantes como una práctica privada y orientada académicamente de la Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium (UNICATOLICA). Por lo tanto, doy testimonio de que se me hizo saber también mis derechos y las características de aplicación del(os) instrumento(s) Experiencia del cinec a través de la pedagogía hospitalaria.

En calidad de Padre Madre Cuidador , doy mi consentimiento para que el menor participe en el ejercicio con fines académicos e investigativos.

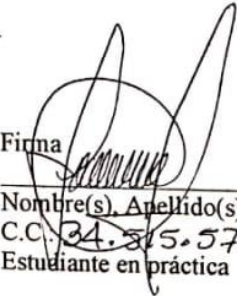
Finalmente, fui informada(o) y manifiesto haber obtenido respuesta a todos mis interrogantes y dudas al respecto. Soy consciente que tengo el derecho a retirar este consentimiento informado si durante o al finalizar la participación lo considero necesario.

Por lo tanto, acepto la participación de niño, niña o adolescente de manera libre y voluntaria.

Firma Sharon
Nombre(s), Apellido(s) de la entidad participante
C.C.:

Firma Gabriela M. R.
Nombre(s), Apellido(s)
C.C.: 1.107 092 544
Estudiante en práctica

Firma Juan Alexander R G
Nombre(s), Apellido(s)
C.C.: 1144153501
Estudiante en práctica

Firma 
Nombre(s), Apellido(s)
C.C.: 34.515.576
Estudiante en práctica

Co-investigador
Docente asesor: (NOMBRE COMPLETO DEL ASESOR)

Listado de códigos para el análisis de CPH-CN

Parte Pasiva del ciclo de la experiencia (CEP)

Ciclo de la experiencia	Camino de la energía para cierre de Gestalt	Mecanismos de defensa-Bloqueos para el cierre Gestalt
CUADRANTES	SUBCATEGORIA	SUBCATEGORIA
1, Zona interna	Reposo Sensación	Postergación Desensibilización
2, Zona de la fantasía	Formación de Figura Movilización de la energía	Proyección Introyección

Parte Pasiva del ciclo de la experiencia (CEP)

Ciclo de la experiencia	Camino de la energía para cierre de Gestalt	Mecanismos de defensa-Bloqueos para el cierre Gestalt
CUADRANTES	SUBCATEGORIA	SUBCATEGORIA
1, Zona interna	Reposo Sensación	Postergación Desensibilización
2, Zona de la fantasía	Formación de Figura Movilización de la energía	Proyección Introyección

Categoría: Significación del cáncer (SC)

SUBCATEGORIA	SUBCATEGORIA
Dolor Físico	Sin dolor físico
Dolor Emocional	Muerte
Enfermedad con Cura	Inexplicable

Polaridades del ciclo de la experiencia (PCE)

Polaridades Parte Pasiva (PCEP)

Bio-Positivo	COD	Bio- Negativo	COD
Saber Posponer	PCEP+(SP)	Evita Concluir	PCEP-(EC)
Busca auto-apoyo	PCEP+(AP)	Impide Sensación	PCEP-(IS)
Estado de Alerta	PCEP+(EA)	Confunde el yo/No yo	PCEP-(CYN)
Sistónico con el Yo	PCEP+(SY)	Distónico con el Yo	PCEP-(DY)

Polaridades Parte Activa (PCEP)

Bio-Positivo	COD	Bio- Negativo	COD
Capacidad de espera	PCEA+(CE)	Auto-agresion	PCEA-(AG)
Conserva la relación	PCEA+(CR)	Evita la situación	PCEA-(ES)

Sirve para socializar	PCEA+(SS)	Confunde el Yo/ otros	PCEA-(CYO)
Recuerda para resolver	PCEA+(RR)	Recuerda y se queja	PCEA-(RQ)

Efectos de la Pedagogía hospitalaria (EPH)

SUBCATEGORIA	COD	CATEGORIA	COD
Ajuste Social	EPH(PHS)	Reestructuración emocional	EPH(RE)
Metodologías Flexibles	EPH(MFLX)		

Codificación Abierta de los resultados del CPH-CN

No	Pregunta	Respuesta	CAT 1	CAT 2	CAT 3	COMENTARIO
1	E: ¿Qué sabes sobre el cáncer?	N: La verdad es que casi no sé	CEA-(B3D)	PCEA-(ES)		Se evidencia una polaridad bio negativa en relación al ciclo de la experiencia
2	E: Qué sabes de la leucemia	N: es una enfermedad que a uno no le da por las comidas ni nada de eso, es que el que le toco le toco.	SC-(INX)			
3	E. ¿Sabes más o menos que le pasa al cuerpo con esto?	N. Mmm le comienza a doler el cuerpo, dolor en el pecho y eso.	SC-(DLF)			La niña menciona lo que para ella significa la enfermedad
4	E. Para la madre ¿Qué es el cáncer?	M. Mms es algo duro que cualquier ser humano no se lo espera, mmm... es un golpe muy bajo, la verdad... uno tiene que tener, como es que se llama, ya se me olvidó. Es algo... traumático y... cuando tienes otros hijos de por medio sientes que se te viene todo el mundo encima. Y es la peor enfermedad que le puede dar a un ser humano.	SC-(DLE)			La enfermedad representa para la madre un dolor emocional por el sufrimiento de su hija y el impacto que genera a nivel familiar.
5		Gracias a Dios hay cura, ee hay que estar constante en el proceso, pero, es agotador	SC+(ENFC)			
		M. Quee no tiene explicación.	SC-(INX)			

		Digamos supuestamente todo el mundo lo tiene, todo el mundo lo tenemos, pero, que a unos se le desarrolla más rápido que a otro. Eemm que te digo, es una			
	E.	¿En célula maligna que se apoderan cuánto lo que del cuerpo, comoo, tiene varios le han niveles. No, está el A, el B y el hablado los C. El A es cuando apenas está médicos del empezando que tiene más fácil cáncer que de proceso de curarse más ha rápido. El A es cuando apenas comprendido está empezando que tiene más ? fácil de proceso de curarse más rápido. El B es más larguito un poquito, pero tiene posibilidades... Pero el C muy poco las personas o los niños se han podido salvar.		OTRO	
6	E.	¿Usted recuerda quien le dio el diagnóstico?	M. Mi psicóloga.		OTRO
7	E.	¿Cómo te lo dijo?	N. Mmm normal, pues a mí me pareció que era una enfermedad normal, hasta que unos meses, mi mamá me dijo que tenía cáncer.		OTRO
8	E.	¿Qué te dijo la psicóloga ese día?	N. Mmmms es que no recuerdo bien. (Mira a su madre)	CEA-(B3D)	PCEA-(ES)
					La niña en el momento refiere no conocer la respuesta y dirige la mirada a su acompañante. sin embargo, más adelante da cuenta que si conoce sobre lo

					relacionado sobre la enfermedad
		M. No, le dijo en sí, que mi hija tenía cáncer. Si no que le dijo en otras palabras para que no fuera un choque; como lo tome yo, me dio mucha rabia, y comencé a golpear la cabeza con las paredes.	CEA-(B3R)	PCEA-(AG)	Se evidencia un recurso de afrontamiento bio-negativo, en donde moviliza su energía sobre sí misma.
9	E. ¿Cómo te sentiste? (madre)	M. Jumm me quería morir. Fue tenaz.	SC-(DLE)		
10	E. Y tú ¿Cómo te sentiste?	N. En cuanto mi mama me dijo que tenía cáncer, normal. Como ya no la tenía, normal.	CEA-(B3D)	PCEA-(ES)	La niña conoce su diagnóstico actual, sin embargo, niega tener la enfermedad, aunque aún está en tratamiento.
11	E. ¿Cómo así que ya no la tenías?	N. Eee cuando ya mi mama me dijo que yo tenía cáncer, pues mi enfermedad ya estaba en 0% M. Pero había que seguir con el tratamiento, no lo podíamos... relajar nada	CEA-(B3D) CEA-(B3D)	PCEA-(ES) PCEA-(ES)	
12	E. ¿Hace cuánto tiempo ocurrió eso?	M. Hace poquito.	OTRO		

13	<p>E. Antes de que su hija se enfermara ¿usted había escuchado sobre esta enfermedad?</p>	<p>M. Si, que se moría la gente, que se morían, casos de niños y yo he tenido que ver niños que han estado en el proceso con mi hija. cuando pum...</p>	SC-(MRT)	<p>Inicialmente había dolor físico el cual disminuyó, significación se daba por el malestar físico. No al dolor emocional. Inicialmente había dolor físico el cual disminuyó, significación se daba por el malestar físico. No al dolor emocional.</p>
14	<p>E. Y tú ¿habías escuchado antes de esta enfermedad? ¿Que habías escuchado?</p>	<p>N. Mi mama también se puso triste porque había una niña como de cuatro años o cinco que había muerto.</p>	OTRO	
15	<p>E. Para ti que significa tener LLA que es tu diagnóstico.</p>	<p>N. Antes sí me parecía duro, pero ya después, ya me pareció muy fácil y seguro</p>	SC+(SDF)	
16	<p>E. ¿Porque te parece Fácil ahora?</p>	<p>N. Porque antes me mantenían chuzando me levantaban a cada rato y antes las quimios me daban un poquito duro, pero ahora ya no siento nada con las quimios</p>	SC+(SDF)	
17	<p>E. ¿Y para ti que significó?</p>	<p>M. Algo traumático, de ver a mi hija todos los días chuzones, todos los días martirios, si no era una cosa era otra, me le dio hígado graso, bueno cosas que ahora es más fácil,</p>	SC-(DLE)	

	pero sin embargo a mí no se me ha quitado la agresividad, ya mantengo así (gesto con las manos en posición de garra); no me dejo joder de nadie.	CEA-(B3R)	CEA-(B4F)	PCEA-(RQ)	Se evidencia un bloqueo en el ciclo a causa de las vivencias traumáticas, ya que responde a la experiencia con el mismo recurso fijo y manifiesta una queja.
	cualquier medicamento que le pongan a mi hija y yo no haya mirado en internet ni nada yo no se lo dejo poner, porque casi mi hija parte por un descuido, ya.	CEA+(G3AC)	PCEP+(EA)		La movilización de la energía (acción) se convierte en un Recurso de afrontamiento.
	Haber, fue el 29 de octubre, le estaba celebrando el cumpleaños de mi hija, ella salió de aquí del hospital, yo no me iba a demorar, yo no me demore nada. Llegué cuando mi hija me dijo Sharito se cayó y yo dije:	OTRO			
18	E. Cuéntanos un poco sobre esto. ¿pero por qué! Eso quedo normal, dije de pronto fue un mareo, pero yo soy de las mamás que soy muy prevenida, al ver un enfermero dentro de la habitación de mi hija con mi hija dopada; yo me imaginé que me la había manoseado, me la había hecho cantidad de cosas,	CEP+(G2Fi)	PCEP+(EA)		

		<p>entonces yo empecé a revisar a mirarla, pero, cuando yo ya vi que a mi hija se le desplomó las piernitas dije uyy que pasó, entonces llamé a la doctora y le dije; doc a Sharon me le pasa algo. Ella no se demoró en llegar y era que me le habían colocado un medicamento sin permiso mío, sin haberme dicho nada a mí, era porque, mi hija vomitaba sangre, era para relajar el estómago para que mi hija tolerará la comida, entonces. Eh, la doctora ¡pum! cuando ya vio a Sharon con el pulso lento, todo el mundo empezó aaa corre, bueno, por aquí para allá, tuvieron que traer un médico no sé si fue de valle de lili, llegó a las tres de la mañana a darle milanta a mi hija, la milanta cortaaaa, cuando uno tiene exceso de pastas, ¿cómo se llama?</p>		
		<p>M. Sobredosis, bueno mi hija dura tres días en coma, donde yo no me hubiera percatado en ver a mi hija de verdad que mi hija no estuviera aquí Eso se llama un descuido; por que el médico mandó una dosis. La enfermera nueva mando otra y el enfermero la coloco sin...</p>		
19	E. Sobredosis.		CEP+(G2Fi)	PCEP+(E A)
		<p>N. Me la metió de una (medicamento).</p>		OTRO
20	E. Y tu ¿estabas despierta	<p>N. Si. Yo estaba viendo televisión y me la metió de una (medicamento)</p>		OTRO

	cuando el y al momentico sentí que me enfermero te mareé y me dieron ganas de ir al aplicó el baño y me caí y me y me acosté medicamento normal y cuando sentí fue una ? cosa fría era que me estaba meando y si mi mamá no llega a limpiarme, yo estaría en la UCI. M. A ella casi se me la llevan pa la UCI. N. La verdad un poco de cosas.	CEP+(G1S)			
21	E. Cambiando un poco el tema, nos gustaría saber ¿qué te gustaría ser cuando seas grande?	Antes que me diera la enfermedad, yo quería que me metieran a porrismo, esa cosa de gimnastas, porque un día del colegio nos llevaron al gimnasio del pueblo y vi me pareció muy divertido y me gustó mucho. Y la otra es ser patinadora profesional y también ser doctora de animalitos.	CEP+(G2Fi)	PCEP+(SY)	Es sintónico con el yo porque sus ideales del ser son coherentes con su autoimagen.
22	E. ¿Te gustaría cambiar algo en tu vida?	N. No.	CEA+(G4PSC)		Logra movilizar su energía permitiendo el cierre de la Gestalt relacionado a la situación actual, de este modo, a pesar de la enfermedad, ella valora lo que ya es y no desea cambiar.
23	E. ¿Cómo te imaginas en cinco años?	N. A ahí si no sé cómo responder.		OTRO	
24	E. ¿Cómo te imaginas	N. Ahí no puedo responder, porque no sé.		OTRO	

	cuando tengas 16 años?	M. ¿Cómo la edad de tu hermana te gustaría ya haber terminado el bachiller? N. Si yo tuviera 16 ya terminaría mis estudios. Me gustaría hacer lo que les dije. Y no se si cuando yo crezca ser como mi hermana o algo así.	OTRO CEP+(G2Fi)		Se visualiza a futuro respecto a sus expectativas de vida.
25	E. ¿Cómo es tu hermana?	N. A veces le gusta estar más en el celular y ya no le gusta jugar.	OTRO		
	E. Y usted mamá ¿cómo se la imagina en cinco años?	M. Que mi hija este sana. Que mi hija... mmm que siga siendo la misma niña que esta enfermedad la ha detenido, que siga siendo la misma niña de antes.	SC+(ENFC) SC-(DLE)		
27	E. ¿Sharon a que le tienes miedo?	N. Mmm a las arañas, las cucarachas y las ratas. Veo una cucaracha por ahí corriendo y me trepo a algo.	CEA+(G3AC)	PCEP+(EA)	El recurso de afrontamiento biopositivo permite el flujo de la energía hacia la acción generado por la vivencia del miedo.
28	E. ¿Hay algo más que te cause miedo?	N. La oscuridad, no me gusta estar en lo oscuro.	CEP+(G2Fi)		
29	E. ¿Y a la mama que le da miedo?	M. Mmm a perder mis hijas. Creo que es duro.	OTRO		
30	E. Sharon ¿cuál es tu más grande sueño?	N. Ser gimnasta profesional.	CEP+(G2Fi)		Identifica dentro de la zona de fantasía, cual es la imagen de sí mismo respecto a sus ideales.

	E. ¿Cuáles son tus cualidades?	N. En el colegio soy muy buena en matemáticas.	OTRO		
31	Aquello que tú dices en esto soy buena.	cuando no hay nada para hacer en la casa me comienzo a dibujar todo lo que encuentre; eso me gusta mucho.	CEA+(G3AC)		Moviliza su energía en torno a acciones que le generan gusto. La niña refiere a las valoraciones positivas que ha recibido, adoptantandolas en el su esquema del sí mismo, definiéndola como es. La niña reconoce sus emociones, no obstante, las atribuye como producto de un medicamento.
		N. Ser la persona que soy. divertida, alegre.	PCEP+(SY)		
32	E. De ti ¿qué te gusta?				
		Pero hay veces cuando me tomo las pastas o algo así me pongo llorona, triste, mimada.	CEP-(B2P)	PCEP-(DY)	
		N. Si. (sonrisa) A mi hermana, a mi mamá y a mi papá. A mi mamá cuando me enojo, a mi hermana cuando no quiere hacer nada y a mi papá en los ojos.	CEP-(B2P)		Atribuye sus cualidades negativas a otros
33	E. ¿Crees que te pareces a alguien?				
		N. Si. Ya me estoy desarrollando y como ya comencé a crecer, ya casi, más o menos me gusta jugar y al mismo tiempo no. Y hay veces me gusta estar más con el celular que con mis juguetes.	CEP-(B2P)	CEP-(B2i)	La niña se proyecta en su hermana y así mismo establece un patrón de comportamiento con base en lo que refiere de ella, asumiendo
34	E. ¿Ha cambiado algo de ti en este último año?				

					como propio lo que es de otros.
35	E. ¿Cómo crees que te describe tu madre?	N. (la niña mira a su madre antes de dar respuesta) No sé.	CEA-(B3D)	PCEA-(ES)	Deflecta la situación y busca respuestas directamente de su madre.
		M. Como la describo yo, mmm, una niña alegre, una niña diferente a mi otra hija; las dos tienen algo en común, son mimadas, son niñas que nos son			
36	E. ¿Cómo la describe la mamá?	groseras, niñas, mmm la personalidad de Sharón tiene algo que atraer a la gente, mmm, ella es como un ángel, tiene algo que a veces me desarma porque ella es muy tierna, mmm, no puedo ni explicar cómo es mi hija.	OTRO		Esta respuesta es importante ya que argumenta las valoraciones positivas y a adoptado a su valoración de si mismo.
37	E. ¿Qué piensas de la descripción que tu madre ha hecho de ti?	N. Muy lindo.	OTRO		
38	E. ¿Sharón que ves cuando te paras al espejo?	N. Una niña muy alegre, muy juguetona y una niña bonita.	CEP+(G2Fi)	PCEP+(SY)	Se visualiza de manera coherente a las valoraciones positivas en armonía con su ideal de autoimagen.
39	E. ¿Qué crees que es lo más bonito de ti?	N. Pues todo. (sonrisas)	OTRO		

40	E. ¿Cómo te has sentido con el trato que te han dado en el hospital?	N. Muy bien.	OTRO	Reconoce la presencia de otros en su contexto y así mismo da solución a una dificultad
41	E. ¿Cuándo se te dificulta la realización de una actividad académica, que haces?	N. Pido ayuda. Si estoy con las profesoras o con mi mamá.	PCEA+(RR) EPH(PHS)	Reconoce la presencia de otros en su contexto y así mismo da solución a una dificultad
42	E. ¿Haces uso del teléfono o el computador para averiguar sobre tu enfermedad?	N. Nooo.	OTRO	Esto da cuenta de que la niña se siente como una persona realizada hasta el momento con el sí mismo.
43	E. ¿Alguna vez te has imaginado o has querido ser otra persona?	N. Ser otra persona, no, me gusta como soy.	CEA+(G4PS C)	Esto da cuenta de que la niña se siente como una persona realizada hasta el momento con el sí mismo.
44	E. ¿Cuándo no comprendes algo, que haces?	M. Voy y pregunto a un adulto que ya sepa.	PCEA+(RR)	Esto da cuenta de que la niña se siente como una persona realizada hasta el momento con el sí mismo.
45	E. ¿Tienes amigos/as?	N2. Si, a donde vivo tengo una amiga.	OTRO	Esto da cuenta de que la niña se siente como una persona realizada hasta el momento con el sí mismo.

46	<p>E. Cuando peleas con ese amigo, como haces para reconciliarte. ¿Y cómo lo resuelves?</p>	<p>N. Que no peleamos. En Córdoba tengo unas amiguitas que hay veces, si peleamos de vez en cuando y pues nos pedimos perdón.</p>	PCEA+(RR)	<p>La persona recuerda para resolver de acuerdo a esos recursos previos en los que en experiencias pasadas ha tenido resultados, para dar solución a una situación, en este caso, para la niña es pedir perdón.</p>
47	<p>E. ¿Cuándo te sientes triste qué haces?</p>	<p>N. Hablo con una muñeca que me dieron en el hospital, que se llama Milagros.</p>	CEA+(G3AC)	<p>Porque ella busca una manera de movilizar su energía y lo hace a través de este objeto (Muñeca) Respecto a la acción de la niña, se evidencia un proceso de fijación en el post contacto, no obstante, su recurso es biopositivo, ya que es funcional para resolver su necesidad de manifestar sus sentimientos en el momento, así sea una muñeca.</p>
48	<p>E. ¿Qué le cuentas a Milagros?</p>	<p>N. Todo lo que siento cuando estoy triste, porque al hablar con ella me suelta un poquito y dejó de estar triste.</p>	CEA-(B4F)	PCEA+(RR)

49	E. ¿Qué sientes cuando debes ir a las consultas médicas?	N. Pereza de levantarme, porque los jueves siempre dan las novelas y nosotras nos quedamos despiertas hasta que se terminen todas las novelas.	OTRO	La niña no termina su discurso y desvía lo relacionado con el sentir frente a una situación, evitando concluir. Moviliza la energía en contra de si a través de sentimientos como lo es la rabia.	
50	E. ¿Cuándo se te presenta un problema que sientes? ¿Por qué?	N. Mmm cuando no puedo hacer algo mmm. Hay si como que me pongo un poquito...No me gusta cuando algo se me dificulta.	CEA-(B3D)	PCEP-(EC)	Hace referencia a la necesidad de atención social.
51	E. ¿Cómo te sientes cuando en clase terminas con todas tus actividades?	N. No me gusta, al mismo tiempo me da rabia conmigo, N. Muy feliz, porque me gusta hacer tareas para que me feliciten	CEA-(B3R)	PCEA-(AG)	Refiere que tiene docentes en el contexto hospitalaria. Esto da cuenta de un ajuste en torno a la situación de enfermedad
52	E. ¿Cómo te sientes cuando tu profe te felicita?	N2. Muy bien, porque me gusta ver clase con mis profesores en el hospital.	EPH (MFLX)		

53	E. ¿Vas a una iglesia o asistes a algún grupo?	N2. No.	OTRO	
54	E. ¿Tu oras?	N. Más o menos	OTRO	
55	E. ¿Cuándo oras que pides?	N. Eee Que todos los niños que están hospitalizados en la UCI que ya puedan salir y pido también por Dayanna Pineda que ya no vuelva más a la UCI.	OTRO	
56	E. ¿Cómo te sientes cuando estas hospitalizada y asistes al aula hospitalaria?	N. Comienzo a jugar con todos, me siento muy feliz, porque se me olvido de la enfermedad.	EPH (PHS) EPH(RE)	Permite tener contacto a pesar del aislamiento durante el tratamiento en cáncer Permite generar espacios que contribuyen a mitigar el efecto negativo de la enfermedad
57	E. Y la mamá ¿cómo se siente cuando pueden ir al aula hospitalaria?	M. Bieeen, porque veo que mi hija es más feliz y tiene algo diferente a ver solo television. ¡no hay nada como la casa!	EPH (PHS) OTRO	
58	E. ¿Cuándo estás en aislamiento y va el profe a tu cuarto cómo te sientes?	N. Mmm cuando va el profe me siento muy bien, porque, ahí si voy a estar ocupada y despejar la mente que ya no estoy haciendo nada. A sí que me siento muy bien.	EPH(RE)	Genera valoraciones positivas ante las actividades académicas que mitigan las emociones que llevan la enfermedad

59	<p>E. ¿Pensaste que fuera posible llevar la escuela al hospital?</p> <p>N. Mmm, pues no y me emocioné mucho cuando llego a alguien diferente a un doctor</p>	EPH(PHS)	EPH(RE)	<p>Menciona que le genera satisfacción recibir alguien diferente al personal médico.</p>
60	<p>E. ¿Antes de que llegaran los profes, ya habían ido otras personas a enseñarles en el hospital?</p> <p>N. Si. Mmm un profe fue allá y le explico a mi mamá todo eso.</p>	OTRO		
61	<p>E. ¿Y te explicó a ti?</p> <p>N. También y me di cuenta que iba a compartir con más niños y así iba a hacer más amigos como yo.</p>	EPH(PHS)		
62	<p>E. ¿Cómo te sentiste con sus enseñanzas?</p> <p>N. No pues le dije a mi mamá que, que debía ir a la escuela para que todo me lo mandaran y yo poder hacer las cosas, porque estar tanto tiempo sola en el hospital me aburre</p>	EPH(MFLX)		<p>Da cuenta del proceso necesario para la atención de la niña en el aula hospitalaria</p>
63	<p>E. ¿Y la madre como llevo el proceso?</p> <p>M. Mmm pues la verdad me gusto, me gusto porque, vuelvo y digo, les cambia mucho la vida, ya que no están reunidos con los más niños que no sean como ellos, ya no. Y al hacer esta actividad ya les cambia mucho la vida a los niños.</p>	EPH(PHS)		
64	<p>E. ¿Tu compartes con tu madre lo que enseña el profe?</p> <p>N. Si, a mi mamá y, a mi papá antes.</p>	OTRO		

65	E. ¿Qué les cuenta Sharon de las clases?	M. Que hizo tal actividad, que la felicitaron, como lo de la maquetica del cuadro. A ella le dio rabia por qué no lo había podido terminar y sin terminar no se lo podía llevar para la casa. Ya como lo tiene en la casa, dice mami mira el cuadrito que yo hice.	OTRO	Se evidencia que la niña busca ayuda para dar respuesta a sus dudas.	
66	E. ¿Quién te ayuda a realizar las actividades?	N2. Los profes del hospital.	EPH(MFLX)		
67	E. ¿Y en la casa?	N. En la casa pues no hago tantas actividades. Pero hay veces me explica mi hermana o mi mamá.	CEA+(G3AC)		
		M. De por sí cuando ella puede lo hace sola.	OTRO		
68	E. ¿En el hospital tienes contacto con otros niños?	N. Cuando estoy aislada, casi no, pero hay veces en que la doctora me deja salir y conozco a otros niños en el aula.	EPH(PHS)	Identifica que el aula hospitalaria es un espacio en donde puede conocer más niños	
		M. Otra cosita es que cuando ella tiene las defensas muy bajitas no es recomendable, los niños pueden tener otra cosa y pasárselo a ella o viceversa.	OTRO		
69	E. ¿Cuándo te sientes feliz, triste, enojada; le dices a los adultos?	N. No, mmm solo miran mi carácter.	CEA-(B3D)	CEP-(B2P)	No hace verbal sus emociones y asume que los adultos deben saber cuáles son sus estados emocionales con base en su

				corporalidad, por tanto, no se hace responsable de sí misma en este momento.
70	E. ¿Tus profes te han explicado sobre la enfermedad? (cáncer)	N. Un día nos leyeron en el salon del hospital una historieta sobre que era el cáncer, que eran unas células malas, que con la ayuda de los doctores podíamos quitar las células malas y dejar las buenas.	EPH(MFLX)	Los docentes establecen estrategias para enseñarle a la niña que es la enfermedad.
71	E. ¿Cuál es la mayor diferencia entre las clases en la escuela y en el hospital?	N. Mmm en la escuela puedo estar con mis amigos y poder jugar con ellos y en el hospital no puedo estar en contacto con los otros niños. Pero cuando tenemos defensas altas podemos jugar	EPH(PHS)	Evidencia la adaptación del contacto hospitalario en donde se da la integración con otros niños.
72	E. ¿Para usted cuál es la mayor diferencia que ha notado?	M. Emm en el hospital, ella no ha dejado del todo el colegio. Están frecuentemente enseñándole, no se aburre tanto. ella es feliz cuando los profesores van, o a veces cuando no pasan para ella era traumático.	EPH(MFLX) EPH(RE)	Refieren que para la niña es difícil el no recibir a sus docentes en sus periodos de hospitalización.
73	E. ¿En qué momentos usas el tapabocas?	N. Cuando salgo. Pero en la casa llego y me lo empiezo a quitar todo. El tapabocas casi no me gusta usarlo porque hay veces cuando me agito un poquito no me deja respirar bien. Y me gusta estar sin tapabocas en la casa porque puedo correr, saltar.	CEA+(G3AC) PCEA+(CE)	A pesar de que existe la necesidad de quitarse el tapabocas, refiere que solo lo hace en un contexto que para ella supone ser seguro, de

					este modo, da cuenta de su capacidad de espera respecto a la ejecución de una acción.
74	E. ¿Cuándo te quitas el tapabocas tus familiares se lo colocan?	N. No		OTRO	
75	E. Cuando vas a salir te pones sola el tapabocas o deben recordártelo?	N. Pues como hay veces me manda a la tienda como es al frente de la casa, me dice póngase el tapabocas. Yo me lo pongo, voy compro y apenas que estoy en la puerta me lo quito.		PCEA+(CE)	Refiere que solo lo hace uso del tapabocas en un contexto que para ella supone ser seguro, de este modo, da cuenta de su capacidad de espera al momento de quitárselo. Si bien, hace uso del tapabocas por un deber ser en su enfermedad, evita las conductas adaptativas puesto que no corresponden a su ideal del si mismo.
76	E. ¿Te lo deben recordar siempre?	N. Cuando voy al hospital, a veces me dicen y a veces me lo pongo yo.		CEP-(B2i)	PCEP-(DY)

		M. Si, es algo a lo que uno no está acostumbrado, yo ahora vea a mi hija mucho mejor por eso en la casa muy poco lo usa, claro como no mantenemos encima de ella. y... siempre he dicho algo, entre usted más	
77	E. ¿El uso del tapabocas es difícil?	M. Si, a un hijo, más va a mantener enfermo, yo la cuido, pero tampoco en exceso. Yo tengo dos perras, una pitbull y otra; yo le he dicho, apenas juegues con ella ve a lavarte las manos, mantengo el antibacterial, emm, mantengo limpiando todo, las perras las mantengo full.	OTRO
78	E. ¿Las mascotas las tienen desde que ella fue diagnosticada?	M. Si, a mí me dijeron que tenía que deshacerme de ella y yo dije si me deshago de ella tengo que deshacer de una de mis hijas, si, por que cuando uno tiene un animalito lo considera parte de su familia; un hijo más. Yo digo que Sophia (la mascota) se ha convertido en una terapia para mi hija.	OTRO
79	E. ¿Cómo te sentiste cuando empezaron a ir los profes a darte las clases en el hospital?	N. Cuando estaba aislada, triste aburrida, pero, cuando ya me empezaron a dar clases, ya me sentí feliz.	EPH(RE)

Codificación Cerrada de los resultados del CPH-CN

▪ **CATEGORIA 1: Ciclo de la experiencia = CEP**

Subcategorías de la parte pasiva del ciclo de la experiencia y sus bloqueos.

Parte Pasiva del ciclo de la experiencia (CEP)

Ciclo de la experiencia	Camino de la energía para cierre de Gestalt	Mecanismos de defensa-Bloqueos para el cierre Gestalt		
CUADRANTES	SUBCATEGORIA	COD	SUBCATEGORIA	COD
1, Zona interna	Reposo	CEP+(G1R)	Postergación	CEP-(B1P)
	Sensación	CEP+(G1S)	Desensibilización	CEP-(B1D)
2, Zona de la fantasía	Formación de Figura	CEP+(G2Fi)	Proyección	CEP-(B2P)
	Movilización de la energía	CEP+(G2Me)	Introyección	CEP-(B2i)

Subcategoría: Sensación CEP+(G1S)

No.	Pregunta	Respuesta	CAT 1	CAT 2	CAT 3	COMENTARIO
20	E. Y tú ¿estabas despierta cuando el enfermero te aplicó el medicamento?	y al momento sentí que me mareé y me dieron ganas de ir al baño y me caí y me y me acosté normal y cuando sentí fue una cosa fría era que me estaba meando y si mi mamá no llega a limpiarme, yo estaría en la UCI.	CEP+(G1S)			

Subcategoría: Formación de figura CEP+(G2Fi)

No.	Pregunta	Respuesta	CAT 1	CAT 2	CAT 3	COMENTARIO
18	¿Y para ti que significo el cáncer? Cuéntanos un poco sobre esto.	yo soy de las mamas que soy muy prevenida, al ver un enfermero dentro de la habitación de mi hija con mi hija dopada; yo me imaginé que me la había manoseado, me	CEP+(G2Fi)	PCEP+(EA)		

	la había hecho cantidad de cosas,			
19	<p>E. Sobredosis. (refiere a la situación que le sucedió con un enfermero que aparentemente le dio a su hija mas medicamento del debido)</p>	<p>M. Sobredosis, bueno mi hija dura tres días en coma, donde yo no me hubiera percatado en ver a mi hija de verdad que mi hija no estuviera aquí Eso se llama un descuido; por que el médico mandó una dosis. La enfermera nueva mando otra y el enfermero la coloco sin...</p>	<p>CEP+(G2Fi) PCEP+(EA)</p>	
21	<p>E. Cambiando un poco el tema, nos gustaría saber ¿qué te gustaría ser cuando seas grande?</p>	<p>N. La verdad un poco de cosas. Antes que me diera la enfermedad, yo quería que me metieran a porrismo, esa cosa de gimnastas, porque un día del colegio nos llevaron al gimnasio del pueblo y vi me pareció muy divertido y me gustó mucho. Y la otra es ser patinadora profesional y también ser doctora de animalitos.</p>	<p>CEP+(G2Fi) PCEP+(SY)</p>	<p>Es sistónico con el yo porque sus ideales del ser son coherentes con su autoimagen.</p>
28	<p>E. ¿Hay algo más que te cause miedo?</p>	<p>N. La oscuridad, no me gusta estar en lo oscuro.</p>	<p>CEP+(G2Fi)</p>	

30	E. Sharon ¿cuál es tu más grande sueño?	N. Ser gimnasta profesional.	CEP+(G2Fi)			Identifica dentro de la zona de fantasía, cual es la imagen de sí mismo respecto a sus ideales. Se visualiza de manera coherente a las valoraciones positivas en armonía con su ideal de autoimagen.
38	E. ¿Sharon que ves cuando te paras al espejo?	N. Una niña muy alegre, muy juguetona y una niña bonita.	CEP+(G2Fi)	PCEP+(SY)		Se visualiza a futuro respecto a sus expectativas de vida.
24	E. ¿Cómo te imaginas cuando tengas 16 años?	N. Si yo tuviera 16 ya terminaría mis estudios. Me gustaría hacer lo que les dije. Y no se si cuando yo crezca ser como mi hermana o algo así.	CEP+(G2Fi)			Se visualiza a futuro respecto a sus expectativas de vida.

Subcategoría: Proyección (B2P)

No.	Pregunta	Respuesta	CAT 1	CAT 2	CAT 3	COMENTARIO
32	E. De ti ¿qué te gusta?	Pero hay veces cuando me tomo las pastas o algo así me pongo llorona, triste, mimada.	CEP- (B2P)	PCEP- (DY)		La niña reconoce sus emociones, no obstante, las atribuye como producto de un medicamento.
33	E. ¿Crees que te pareces a alguien?	N. Si. (sonrisa) A mi hermana, a mi mamá y a mi papá. A mi mamá cuando me enojo, a mi hermana cuando no quiere hacer nada	CEP- (B2P)			Atribuye sus cualidades negativas a otros

34	E. ¿Ha cambiado algo de ti en este último año?	N. Si. Ya me estoy desarrollando y como ya comencé a crecer, ya casi, más o menos me gusta jugar y al mismo tiempo no. Y hay veces me gusta estar más con el celular que con mis juguetes.	CEP-(B2P)	CEP-(B2i)	La niña se proyecta en su hermana y así mismo establece un patrón de comportamiento con base en lo que refiere de ella, asumiendo como propio lo que es de otros.
69	E. ¿Cuándo te sientes feliz, triste, enojada; le dices a los adultos?	N. No, mmm solo miran mi carácter.	CEA-(B3D)	CEP-(B2P)	No hace verbal sus emociones y asume que los adultos deben saber cuáles son sus estados emocionales con base en su corporalidad, por tanto, no se hace responsable de sí misma en este momento.

Subcategoría: Introyección CEA-(B2i)

No.	Pregunta	Respuesta	CAT 1	CAT 2	CAT 3	COMENTARIO
34	E. ¿Ha cambiado algo de ti en este último año?	N. Si. Ya me estoy desarrollando y como ya comencé a crecer, ya casi, más o menos me gusta jugar y al mismo tiempo no. Y hay veces me gusta estar más con el celular que con mis juguetes.	CEP-(B2P)	CEP-(B2i)		La niña se proyecta en su hermana y así mismo establece un patrón de comportamiento con base en lo que refiere de ella, asumiendo como propio lo que es de otros.

76	E. ¿Te lo deben recordar siempre? (Refiere al uso del tapabocas)	N. Cuando voy al hospital, a veces me dicen y a veces me lo pongo yo.	CEP-(B2i)	PCEP-(DY)	Si bien, hace uso del tapabocas por un deber ser en su enfermedad, evita las conductas adaptativas puesto que no corresponden a su ideal del sí mismo.
----	--	---	-----------	-----------	--

Subcategorías de la parte activa del ciclo de la experiencia y sus bloqueos.

Parte Activa del ciclo de la experiencia (CEA)

Ciclo de la experiencia	Camino de la energía para cierre de Gestalt	Mecanismos de defensa-Bloqueos para el cierre Gestalt		
CUADRANTES	SUBCATEGORIA	COD	SUBCATEGORIA	COD
3. Zona externa	Acción	CEA+(G3AC)	Retroflexión	CEA-(B3R)
	Pre-contacto	CEA+(G3PC)	Deflexión	CEA-(B3D)
4. Continuo de conciencia	Contacto	CEA+(G4C)	Confluencia	CEA-(B4C)
	Post-Contacto	CEA+(G4PSC)	Fijación	CEA-(B4F)

Subcategoría: Acción CEA+(G3AC)

No.	Pregunta	Respuesta	CAT 1	CAT 2	CAT 3	COMENTARIO
17	E. ¿Y para ti que significó? (Refiere a el significado de la enfermedad)	cualquier medicamento que le pongan a mi hija y yo no haya mirado en internet ni nada yo no se lo dejo poner, porque casi mi hija	CEA+(G3AC)	PCEP+(EA)		La movilización de la energía (acción) se convierte en un Recurso de afrontamiento.

		parte por un descuido, ya.		
27	E. ¿Sharon a que le tienes miedo?	N. Mmm a las arañas, las cucarachas y las ratas. Veo una cucaracha por ahí corriendo y me trepo a algo.	CEA+(G3AC) PCEP+(EA)	El recurso de afrontamiento biopositivo permite el flujo de la energía hacia la acción generado por la vivencia del miedo.
31	E. ¿Cuáles son tus cualidades? Aquello que tú dices en esto soy buena.	cuando no hay nada para hacer en la casa me comienzo a dibujar todo lo que encuentre; eso me gusta mucho.	CEA+(G3AC)	Moviliza su energía en torno a acciones que le generan gusto.
47	E. ¿Cuándo te sientes triste que haces?	N. Hablo con una muñeca que me dieron en el hospital, que se llama Milagros.	CEA+(G3AC)	Porque ella busca una manera de movilizar su energía y lo hace a través de este objeto (Muñeca)
67	E. ¿Y en la casa? (Refiere a si alguien le ayuda a hacer las tareas)	N. En la casa pues no hago tantas actividades. Pero hay veces me explica mi hermana o mi mamá.	CEA+(G3AC)	Se evidencia que la niña busca ayuda para dar respuesta a sus dudas.
73	E. ¿En qué momentos usas el tapabocas?	N. Cuando salgo. Pero en la casa llego y me lo empiezo a quitar todo. El tapabocas casi no me gusta usarlo porque hay veces cuando me agito un poquito no me deja respirar bien. Y me gusta estar sin	CEA+(G3AC) PCEA+(CE)	A pesar de que existe la necesidad de quitarse el tapabocas, refiere que solo lo hace en un contexto que para ella supone ser seguro, de este modo, da cuenta de su capacidad de espera respecto a la

	tapabocas en la casa porque puedo correr, saltar.				ejecución de una acción.
--	---	--	--	--	--------------------------

Subcategoría: Retroflexión CEA-(B3R)

No.	Pregunta	Respuesta	CAT 1	CAT 2	CAT 3	COMENTARIO
8	E. ¿Qué te dijo la psicóloga ese día? (Refiere al día que la diagnosticaron)	M. No, le dijo en sí, que mi hija tenía cáncer. Si no que le dijo en otras palabras para que no fuera un choque; como lo tome yo, me dio mucha rabia, y comencé a golpear la cabeza con las paredes.	CEA-(B3R)	PCEA-(AG)		Se evidencia un recurso de afrontamiento bio-negativo, en donde moviliza su energía sobre sí misma.
17	E. ¿Y para ti que significó?	M. pero sin embargo a mí no se me ha quitado la agresividad, ya mantengo así (gesto con las manos en posición de garra); no me dejo joder de nadie.	CEA-(B3R)	CEA-(B4F)	PCEA-(RQ)	Se evidencia un bloqueo en el ciclo a causa de las vivencias traumáticas, ya que responde a la experiencia con el mismo recurso fijo y manifiesta una queja.
50	E. ¿Cuándo se te presenta un problema que sientes? ¿Por qué?	N. No me gusta, al mismo tiempo me da rabia conmigo,	CEA-(B3R)	PCEA-(AG)		Moviliza la energía en contra de sí a través de sentimientos como lo es la rabia.

Subcategoría: Deflexión CEA-(B3D)

No.	Pregunta	Respuesta	CAT 1	CAT 2	CAT 3	COMENTARIO
-----	----------	-----------	-------	-------	-------	------------

1	E: ¿Qué sabes sobre el cáncer?	N: La verdad es que casi no sé	CEA- (B3D)	PCEA- (ES)	Se evidencia una polaridad bio negativa en relación al ciclo de la experiencia. La niña en el momento refiere no conocer la respuesta y dirige la mirada a su acompañante. sin embargo, más adelante da cuenta que si conoce sobre lo relacionado sobre la enfermedad.
8	E. ¿Qué te dijo la psicóloga ese día?	N. Mmmms es que no recuerdo bien. (Mira a su madre)	CEA- (B3D)	PCEA- (ES)	La niña conoce su diagnóstico actual, sin embargo, niega tener la enfermedad, aunque aún está en tratamiento.
10	E. Y tú ¿Cómo te sentiste?	N. En cuanto mi mama me dijo que tenía cáncer, normal. Como ya no la tenía, normal.	CEA- (B3D)	PCEA- (ES)	
11	E. ¿Cómo así que ya no la tenías?	N. Eee cuando ya mi mama me dijo que yo tenía cáncer, pues mi enfermedad ya estaba en 0% M. Pero había que seguir con el tratamiento, no lo podíamos... relajar nada	CEA- (B3D)	PCEA- (ES)	
35	E. ¿Cómo crees que te describe tu madre?	N. (la niña mira a su madre antes de dar respuesta) No sé.	CEA- (B3D)	PCEA- (ES)	Deflecta la situación y busca respuestas directamente de su madre.
50	E. ¿Cuándo se te presenta un problema que sientes? ¿Por qué?	N. Mmm cuando no puedo hacer algo mmm. Hay si como que me pongo un poquito...No me gusta cuando algo se me dificulta.	CEA- (B3D)	PCEP- (EC)	La niña no termina su discurso y desvía lo relacionado con el sentir frente a una situación, evitando concluir.

69	E. ¿Cuándo te sientes feliz, triste, enojada; le dices a los adultos?	N. No, mmm solo miran mi carácter.	CEA- (B3D)	CEP- (B2P)	No hace verbal sus emociones y asume que los adultos deben saber cuáles son sus estados emocionales con base en su corporalidad, por tanto, no se hace responsable de sí misma en este momento.
----	---	------------------------------------	------------	------------	---

Subcategoría: Fijación CEA-(B4F)

No.	Pregunta	Respuesta	CAT 1	CAT 2	CAT 3	COMENTARIO
17	E. ¿Y para ti que significó? (Refiere al significado de la enfermedad)	pero sin embargo a mí no se me ha quitado la agresividad, ya mantengo así (gesto con las manos en posición de garra); no me dejo joder de nadie.	CEA- (B3R)	CEA-(B4F)	PCEA- (RQ)	Se evidencia un bloqueo en el ciclo a causa de las vivencias traumáticas, ya que responde a responder a la experiencia con el mismo recurso fijo y manifiesta una queja. Respecto a la acción de la niña, se evidencia un proceso de fijación en el post contacto, no obstante, su recurso es biopositivo, ya que es funcional para resolver su necesidad de manifestar sus sentimientos en el momento, así sea una muñeca.
48	E. ¿Qué cuentas Milagros? (Refiere a la muñeca de trapo que tiene)	N. Todo lo que siento cuando estoy triste, porque al hablar con ella me suelta un poquito y dejó de estar triste.	CEA- (B4F)	PCEA+(RR)		

▪ **CATEGORIA 2: Polaridades del ciclo de la experiencia =PCE**

Subcategorías de las polaridades bio-Positivas y bio-negativas de las interrupciones del ciclo de la experiencia.

Polaridades del ciclo de la experiencia (PCE)

Polaridades Parte Pasiva (PCEP)

Bio-Positivo	COD	Bio- Negativo	COD
Saber Posponer	PCEP+(SP)	Evita Concluir	PCEP-(EC)
Busca auto-apoyo	PCEP+(AP)	Impide Sensación	PCEP-(IS)
Estado de Alerta	PCEP+(EA)	Confunde el yo/No yo	PCEP-(CYN)
Sistónico con el Yo	PCEP+(SY)	Distónico con el Yo	PCEP-(DY)

Polaridades Parte Activa (PCEP)

Bio-Positivo	COD	Bio- Negativo	COD
Capacidad de espera	PCEA+(CE)	Auto-agresion	PCEA-(AG)
Conserva la relación	PCEA+(CR)	Evita la situación	PCEA-(ES)
Sirve para socializar	PCEA+(SS)	Confunde el Yo/ otros	PCEA-(CYO)
Recuerda para resolver	PCEA+(RR)	Recuerda y se queja	PCEA-(RQ)

Subcategoría: Estado de Alerta PCEP+(EA)

No.	Pregunta	Respuesta	CAT 1	CAT 2	CAT 3	COMENTARIO
17	E. ¿Y para ti que significó?	cualquier medicamento que le pongan a mi hija y yo no haya mirado en internet ni nada yo no se lo dejo poner, porque casi mi hija parte por un descuido, ya.	CEA+(G3AC)	PCEP+(EA)		La movilización de la energía (acción) se convierte en un Recurso de afrontamiento.
18	E. Cuéntanos un poco sobre esto.	yo soy de las mamás que soy muy prevenida, al ver un enfermero dentro de la habitación de mi hija con mi hija dopada; yo me imaginé que me la	CEP+(G2Fi)	PCEP+(EA)		

había manoseado,
me la había hecho
cantidad de cosas,

19 E. Sobredosis. M. Sobredosis,
bueno mi hija dura
tres días en coma,
donde yo no me
hubiera percatado
en ver a mi hija de
verdad que mi hija
no estuviera aquí CEP+(G2Fi) PCEP+(EA)
Eso se llama un
descuido; por que el
médico mandó una
dosis. La enfermera
nueva mando otra y
el enfermero la
coloco sin...

27 E. ¿Sharon a que
le tienes miedo? N. Mmm a las
arañas, las
cucarachas y las
ratas. Veo una CEA+(G3AC) PCEP+(EA)
cucaracha por ahí
corriendo y me trepo
a algo. El recurso de
afrontamiento
biopositivo permite el
flujo de la energía
hacia la acción
generado por la
vivencia del miedo.

Subcategoría: Sistónico con el Yo PCEP+(SY)

No.	Pregunta	Respuesta	CAT 1	CAT 2	CAT 3	COMENTARIO
21	E. Cambiando un poco el tema, nos gustaría saber ¿qué te gustaría ser cuando seas grande?	N. La verdad un poco de cosas. Antes que me diera la enfermedad, yo quería que me metieran a porrismo, esa	CEP+(G2Fi)	PCEP+(SY)		Es sintónico con el yo porque sus ideales del ser son coherentes con su autoimagen.

		cosa de gimnastas, porque un día del colegio nos llevaron al gimnasio del pueblo y vi me pareció muy divertido y me gustó mucho. Y la otra es ser patinadora profesional y también ser doctora de animalitos.				
32	E. De ti ¿qué te gusta?	N. Ser la persona que soy. divertida, alegre.	PCEP+(SY)			La niña refiere a las valoraciones positivas que ha recibido, adoptantandolas en el su esquema del sí mismo, definiéndola como es.
38	E. ¿Sharon que ves cuando te paras al espejo?	N. Una niña muy alegre, muy juguetona y una niña bonita.	CEP+(G2Fi) PCEP+(SY)			Se visualiza de manera coherente a las valoraciones positivas en armonía con su ideal de autoimagen.

Subcategoría: Capacidad de espera PCEA+(CE)

No.	Pregunta	Respuesta	CAT 1	CAT 2	CAT 3	COMENTARIO
-----	----------	-----------	-------	-------	-------	------------

73	E. ¿En qué momentos usas el tapabocas?	N. Cuando salgo. Pero en la casa llego y me lo empiezo a quitar todo. El tapabocas casi no me gusta usarlo porque hay veces cuando me agito un poquito no me deja respirar bien. Y me gusta estar sin tapabocas en la casa porque puedo correr, saltar.	CEA+(G3AC) PCEA+(CE)			A pesar de que existe la necesidad de quitarse el tapabocas, refiere que solo lo hace en un contexto que para ella supone ser seguro, de este modo, da cuenta de su capacidad de espera respecto a la ejecución de una acción.
75	E. Cuando vas a salir te pones sola el tapabocas o deben recordártelo?	N. Pues como hay veces me manda a la tienda como es al frente de la casa, me dice póngase el tapabocas. Yo me lo pongo, voy compro y apenas que estoy en la puerta me lo quito.	PCEA+(CE)			Refiere que solo lo hace uso del tapabocas en un contexto que para ella supone ser seguro, de este modo, da cuenta de su capacidad de espera al momento de quitárselo

Subcategoría: Recuerda para resolver PCEA+(RR)

No.	Pregunta	Respuesta	CAT 1	CAT 2	CAT 3	COMENTARIO
41	E. ¿Cuándo se te dificulta la realización de una actividad académica, que haces?	N. Pido ayuda. Si estoy con las profesoras o con mi mamá.	PCEA+(RR)	EPH(PHS)		Reconoce la presencia de otros en su contexto y así mismo da solución a una dificultad
44	E. ¿Cuándo no comprendes algo, que haces?	M. Voy y pregunto a un adulto que ya sepa.	PCEA+(RR)			

46	E. Cuando peleas con ese amigo, como haces para reconciliarte. ¿Y cómo lo resuelves?	N. Que no peleamos. En Córdoba tengo unas amiguitas que hay veces, si peleamos de vez en cuando y pues nos pedimos perdón.	PCEA+(RR)		La persona recuerda para resolver de acuerdo a esos recursos previos en los que en experiencias pasadas ha tenido resultados, para dar solución a una situación, en este caso, para la niña es pedir perdón. Respecto a la acción de la niña, se evidencia un proceso de fijación en el post contacto, no obstante, su recurso es biopositivo, ya que es funcional para resolver su necesidad de manifestar sus sentimientos en el momento, así sea una muñeca.
48	E. ¿Qué cuentas Milagros?	N. Todo lo que siento cuando le estoy triste, porque a al hablar con ella me suelta un poquito y dejó de estar triste.	CEA-(B4F) PCEA+(RR)		

Subcategoría: Evita concluir PCEP-(EC)

No.	Pregunta	Respuesta	CAT 1	CAT 2	CAT 3	COMENTARIO
50	E. ¿Cuándo se te presenta un problema sientes? ¿Por qué?	N. Mmm cuando no puedo hacer algo un mmm. Hay si como que me pongo un poquito...No me gusta cuando algo se me dificulta.	CEA-(B3D)	PCEP-(EC)		La niña no termina su discurso y desvía lo relacionado con el sentir frente a una situación, evitando concluir.

Subcategoría: Distónico con el Yo PCEP-(DY)

No.	Pregunta	Respuesta	CAT 1	CAT 2	CAT 3	COMENTARIO
32	E. De ti ¿qué te gusta?	Pero hay veces cuando me tomo las pastas o algo así me	CEP-(B2P)	PCEP-(DY)		La niña reconoce sus emociones, no obstante, las atribuye

		pongo llorona, triste, mimada.				como producto de un medicamento.
76	E. ¿Te lo deben recordar siempre?	N. Cuando voy al hospital, a veces me dicen y a veces me lo pongo yo.	CEP-(B2i)	PCEP-(DY)		Si bien, hace uso del tapabocas por un deber ser en su enfermedad, evita las conductas adaptativas puesto que no corresponden a su ideal del sí mismo.

Subcategoría: Auto-agresión PCEA-(AG)

No.	Pregunta	Respuesta	CAT 1	CAT 2	CAT 3	COMENTARIO
8	E. ¿Qué te dijo la psicóloga ese día?	M. No, le dijo en sí, que mi hija tenía cáncer. Si no que le dijo en otras palabras para que no fuera un choque; como lo tome yo, me dio mucha rabia, y comencé a golpear la cabeza con las paredes.	CEA-(B3R)	PCEA-(AG)		Se evidencia un recurso de afrontamiento bio-negativo, en donde moviliza su energía sobre sí misma.
50	E. ¿Cuándo se te presenta un problema que sientes? ¿Por qué?	N. No me gusta, al mismo tiempo me da rabia conmigo,	CEA-(B3D)	PCEA-(AG)		Moviliza la energía en contra de si a través de sentimientos como lo es la rabia.

Subcategoría: Evita la situación PCEA-(ES)

No.	Pregunta	Respuesta	CAT 1	CAT 2	CAT 3	COMENTARIO
1	E: ¿Qué sabes sobre el cáncer?	N: La verdad es que casi no sé	CEA-(B3D)	PCEA-(ES)		Se evidencia una polaridad bio negativa en relación al ciclo de la experiencia

8	E. ¿Qué te dijo la psicóloga ese día?	N. Mmmms es que no recuerdo bien. (Mira a su madre)	CEA-(B3D)	PCEA-(ES)	La niña en el momento refiere no conocer la respuesta y dirige la mirada a su acompañante. sin embargo, más adelante da cuenta que si conoce sobre lo relacionado sobre la enfermedad
10	E. Y tú ¿Cómo te sentiste?	N. En cuanto mi mama me dijo que tenía cáncer, normal. Como ya no la tenía, normal.	CEA-(B3D)	PCEA-(ES)	La niña conoce su diagnóstico actual, sin embargo, niega tener la enfermedad, aunque aún está en tratamiento.
11	E. ¿Cómo así que ya no la tenías? (Refiere a la enfermedad)	N. Eee cuando ya mi mama me dijo que yo tenía cáncer, pues mi enfermedad ya estaba en 0% M. Pero había que seguir con el tratamiento, no lo podíamos... relajar nada	CEA-(B3D)	PCEA-(ES)	
35	E. ¿Cómo crees que te describe tu madre?	N. (la niña mira a su madre antes de dar respuesta) No sé.	CEA-(B3D)	PCEA-(ES)	Deflecta la situación y busca respuestas directamente de su madre.

Subcategoría: Recuerda y se queja PCEA-(RQ)

No.	Pregunta	Respuesta	CAT 1	CAT 2	CAT 3	COMENTARIO
17	E. ¿Porque te parece ahora? (Refiere a la significación del cáncer)	pero sin embargo a mí no se me ha quitado la Fácil agresividad, ya mantengo así (gesto con las manos en posición de garra); no me dejo joder de nadie.	CEA-(B3R)	CEA-(B4F)	PCEA-(RQ)	Se evidencia un bloqueo en el ciclo a causa de las vivencias traumáticas, ya que responde a responder a la

experiencia con el mismo recurso fijo y manifiesta una queja.

▪ **CATEGORIA 3: Significación del Cáncer = SC**

Categoría: Significación del cáncer (SC)

SUBCATEGORIA	COD	SUBCATEGORIA	COD
Dolor Físico	SC-(DLF)	Sin dolor físico	SC+(SDF)
Dolor Emocional	SC-(DLE)	Muerte	SC-(MRT)
Enfermedad con Cura	SC+(ENFC)	Inexplicable	SC-(INX)

Subcategoría: Dolor Físico SC-(DLF)

No.	Pregunta	Respuesta	CAT 1	CAT 2	CAT 3	COMENTARIO
3	E. ¿Sabes más o menos que pasa al cuerpo con esto?	N. Mmm le comienza a doler el cuerpo dolor en el pecho y eso.	SC-(DLF)			La niña menciona lo que para ella significa la enfermedad

Subcategoría: Dolor Emocional SC-(DLE)

No.	Pregunta	Respuesta	CAT 1	CAT 2	CAT 3	COMENTARIO
4	E. Para la madre ¿Qué es el cáncer?	M. Mms es algo duro que cualquier ser humano no se lo espera, mmm... es un golpe muy bajo, la verdad... uno tiene que tener, como es que se llama, ya se me olvidó. Es algo... traumático y... cuando tienes otros hijos de por medio sientes que se te viene todo el mundo encima. Y es la peor enfermedad que le	SC-(DLE)			La enfermedad representa para la madre un dolor emocional por el sufrimiento de su hija y el impacto que genera a nivel familiar.

		puede dar a un ser humano.				
9	E. ¿Cómo te sentiste? (madre)	M. Jumm me quería morir. Fue tenaz.	SC-(DLE)			
17	E. ¿Y para ti que significó?	M. Algo traumático, de ver a mi hija todos los días chuzones, todos los días martirios, si no era una cosa era otra, me le dio hígado graso, bueno cosas que ahora es más fácil, Que mi hija... mmm	SC-(DLE)			
26	E. Y usted mamá ¿cómo se la imagina en cinco años?	que siga siendo la misma niña que esta enfermedad la ha detenido, que siga siendo la misma niña de antes.	SC-(DLE)			

Subcategoría: Enfermedad con Cura SC+(ENFC)

No.	Pregunta	Respuesta	CAT 1	CAT 2	CAT 3	COMENTARIO
4	E. Para la madre ¿Qué es el cáncer?	Gracias a Dios hay cura, ee hay que estar constante en el proceso, pero, es agotador	SC+(ENFC)			
26	E. Y usted mamá ¿cómo se la imagina en cinco años?	M. Que mi hija en este sana.	SC+(ENFC)			

Subcategoría: Sin dolor físico SC+(SDF)

No.	Pregunta	Respuesta	CAT 1	CAT 2	CAT 3	COMENTARIO
15	E. Para ti que significa tener	N. Antes sí me parecía duro, pero ya después, ya me	SC+(SDF)			Inicialmente había dolor físico el cual disminuyó, significación se daba

	LLA que es tu diagnóstico.	pareció muy fácil y seguro				por el malestar físico. No al dolor emocional.
16	E. ¿Porque te parece Fácil ahora?	N. Porque antes me mantenían chuzando me levantaban a cada rato y antes las quimios me daban un poquito duro, pero ahora ya no siento nada con las quimios	SC+(SDF)			Inicialmente había dolor físico el cual disminuyó, significación se daba por el malestar físico. No al dolor emocional.

Subcategoría: Muerte SC-(MRT)

No.	Pregunta	Respuesta	CAT 1	CAT 2	CAT 3	COMENTARIO
13	E. Antes de que su hija se enfermara ¿usted había escuchado sobre esta enfermedad?	M. Si, que se moría la gente, que se morían, casos de niños y yo he tenido que ver niños que han estado en el proceso con mi hija. cuando pum...	SC-(MRT)			

Subcategoría:: Inexplicable SC-(INX)

No.	Pregunta	Respuesta	CAT 1	CAT 2	CAT 3	COMENTARIO
2	E: ¿Qué sabes de la leucemia?	N: es una enfermedad que a uno no le da por las comidas ni nada de eso, es que el que le toco le toco.	SC-(INX)			
5	E. ¿En cuánto lo que le han hablado los médicos del cáncer que ha comprendido?	M. Quee no tiene explicación.	SC-(INX)			

▪ **CATEGORÍA 4: Efectos de la pedagogía hospitalaria = EPH**

Efectos de la Pedagogía hospitalaria (EPH)

SUBCATEGORIA	COD	CATEGORIA	COD
Ajuste Social	EPH(PHS)	Reestructuración emocional	EPH(RE)
Metodologías Flexibles	EPH(MFLX)		

Subcategoría: Ajuste Social EPH(PHS)

No.	Pregunta	Respuesta	CAT 1	CAT 2	CAT 3	COMENTARIO
41	E. ¿Cuándo se te dificulta la realización de una actividad académica, que haces?	N. Pido ayuda. Si estoy con las profesoras o con mi mamá.	PCEA+(RR)	EPH(PHS)		Reconoce la presencia de otros en su contexto y así mismo da solución a una dificultad
51	E. ¿Cómo te sientes cuando en clase terminas con todas tus actividades?	N. Muy feliz, porque me gusta hacer tareas para que me feliciten	EPH(PHS)			Hace referencia a la necesidad de atención social.
56	E. ¿Cómo te sientes cuando estas hospitalizada y asistes al aula hospitalaria?	N. Comienzo a jugar con todos,	EPH(PHS)			Permite tener contacto a pesar del aislamiento durante el tratamiento en cáncer
57	E. Y la mamá ¿cómo se sienten cuando pueden ir al aula hospitalaria?	M. Bieeen, porque veo que mi hija es más feliz y tiene algo diferente a ver solo televisión.	EPH(PHS)			
59	E. ¿Pensaste que fuera posible llevar la escuela al hospital?	N. Mmm, pues no y me emocioné mucho cuando llego alguien diferente a un doctor	EPH(PHS)	EPH(RE)		Menciona que le genera satisfacción recibir alguien diferente al personal médico.

61	E. ¿Y te explicó a ti?	N. También y me di cuenta que iba a compartir con más niños y así iba a hacer más amigos como yo.	EPH(PHS)	
63	E. ¿Y la madre como llevo el proceso?	M. Mmm pues la verdad me gusto, me gusto porque, vuelvo y digo, les cambia mucho la vida, ya que no están reunidos con más niños que no sean como ellos, ya no. Y al hacer esta actividad ya les cambia mucho la vida a los niños.	EPH(PHS)	
68	E. ¿En el hospital tienes contacto con otros niños?	N. Cuando estoy aislada, casi no, pero hay veces en que la doctora me deja salir y conozco a otros niños en el aula.	EPH(PHS)	Identifica que el aula hospitalaria es un espacio en donde puede conocer más niños
71	E. ¿Cuál es la mayor diferencia entre las clases en la escuela y en el hospital?	N. Mmm en la escuela puedo estar con mis amigos y poder jugar con ellos y en el hospital no puedo estar en contacto con los otros niños. Pero cuando tenemos defensas altas podemos jugar	EPH(PHS)	Evidencia la adaptación del contacto hospitalario en donde se da la integración con otros niños.

Subcategoría: Metodologías Flexibles EPH(MFLX)

No.	Pregunta	Respuesta	CAT 1	CAT 2	CAT 3	COMENTARIO
52	E. ¿Cómo te sientes cuando tu profe te felicita?	N2. Muy bien, porque me gusta ver clase con mis profesores en el hospital.	EPH(MFLX)			Refiere que tiene docentes en el contexto hospitalaria. Esto da cuenta de un ajuste en torno a la situación de enfermedad
62	E. ¿Cómo te sentiste con sus enseñanzas?	N. No pues le dije a mi mamá que, que debía ir a la escuela para que todo me lo mandaran y yo poder hacer las cosas, porque estar tanto tiempo sola en el hospital me aburre	EPH(MFLX)			Da cuenta del proceso necesario para la atención de la niña en el aula hospitalaria
66	E. ¿Quién te ayuda a realizar las actividades?	N2. Los profes del hospital.	EPH(MFLX)			
70	E. ¿Tus profes te han explicado sobre la enfermedad? (cáncer)	N. Un día nos leyeron en el salón del hospital una historieta sobre que era el cáncer, que eran unas células malas, que con la ayuda de los doctores podíamos quitar las células malas y dejar las buenas.	EPH(MFLX)			Los docentes establecen estrategias para enseñarle a la niña que es la enfermedad.
72	E. ¿Para usted cuál es la mayor diferencia que ha notado?	M. Emm en el hospital, ella no ha dejado del todo el colegio. Están frecuentemente enseñándole, no se	EPH(MFLX)	EPH(RE)		Refieren que para la niña es difícil el no recibir a sus docentes en sus periodos de hospitalización.

aburre tanto. ella es feliz cuando los profesores van, o a veces cuando no pasan para ella era traumático.

Subcategoría: Reestructuración Emocional EPH(RE)

No.	Pregunta	Respuesta	CAT 1	CAT 2	CAT 3	COMENTARIO
56	E. ¿Cómo te sientes cuando estas hospitalizada y asistes al aula hospitalaria?	me siento muy feliz, porque se me olvido de la enfermedad.	EPH(RE)			Permite generar espacios que contribuyen a mitigar el efecto negativo de la enfermedad
58	E. ¿Cuándo estás en aislamiento y va el profe a tu cuarto cómo te sientes?	N. Mmm cuando va el profe me siento muy bien, porque, ahí si voy a estar ocupada y despejar la mente que ya no estoy haciendo nada. A sí que me siento muy bien.	EPH(RE)			Genera valoraciones positivas ante las actividades académicas que mitigan las emociones que llevan la enfermedad
59	E. ¿Pensaste que fuera posible llevar la escuela al hospital?	N. Mmm, pues no y me emocioné mucho cuando llego alguien diferente a un doctor M. Emm en el hospital, ella no ha dejado del todo el colegio. Están frecuentemente enseñándole, no se aburre tanto. ella es feliz cuando los profesores van, o a veces cuando no	EPH(PHS)	EPH(RE)		Menciona que le genera satisfacción recibir alguien diferente al personal médico.
72	E. ¿Para usted cuál es la mayor diferencia que ha notado?	Están frecuentemente enseñándole, no se aburre tanto. ella es feliz cuando los profesores van, o a veces cuando no	EPH(MFLX)	EPH(RE)		Refieren que para la niña es difícil el no recibir a sus docentes en sus periodos de hospitalización.

pasan para ella era traumático.

79 E. ¿Cómo te sentiste cuando empezaron a ir los profes a darte las clases en el hospital?

N. Cuando estaba aislada, triste aburrida, pero, cuando ya me empezaron a dar clases, ya me sentí feliz.

EPH(RE)
