



UAI

Universidad
Abierta
Interamericana

Facultad de Ciencias de la Educación
y Psicopedagogía

Trabajo Final de carrera

La Trayectoria Escolar y la Modalidad

Domiciliaria y Hospitalaria

Alumna: *Rodriguez, Mailen Nahir*

Título a obtener: *Licenciatura en Psicopedagogía*

Tutoras de tesis: *Lic. Rotstein de Gueller, Berta*
Lic. Marquez, Gabriela

Fecha de presentación: *Febrero 2022*

SEDE CENTRO

Agradecimientos

Quiero agradecer a todas las personas que me acompañaron en este camino, principalmente a mis padres y mi hermana por ser los principales promotores de mis sueños, por confiar y creer en mi, por los consejos, valores y principios que me han inculcado. Son los grandes pilares de mi vida y mi gran sostén

A mis tutoras y a todos los demás docentes que, a lo largo de estos años, me han enseñado tanto. Sin su ayuda, esto no hubiese sido posible.

A mis amigos que siempre me han prestado un gran apoyo moral y humano, necesarios en los momentos difíciles de este camino.

A mis compañeras, amigas y futuras colegas Camila y Delfina que estuvieron en cada momento al lado mío, fueron una gran compañía durante estos años.

A mi hermana, prima, amiga y colega Rocío que es mi gran compañera.

A mis primos, hermanos Leonel, Valeria, Lautaro y Denise que me brindaron apoyo moral o emocional durante toda la carrera.

A mi ahijado, Gael que llena mi mundo de alegrías y amor.

Sin su apoyo este trabajo nunca se habría escrito y, por eso, este trabajo es también el suyo. Muchas gracias a todos.

Resumen

En este trabajo final realizado a fines del 2021 lleva a cabo una investigación con un enfoque cualitativo de tipo descriptiva - comparativa, donde se indaga acerca de la concepción que poseen los docentes hospitalarios y domiciliarios pertenecientes a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de la República Argentina sobre la trayectoria escolar de los alumnos en situación de enfermedad.

El instrumento utilizado para la recolección de datos fue la entrevista semidirigida, administrada a cuatro profesionales de la modalidad hospitalaria y domiciliaria. Para la sistematización y el análisis de la información recolectada se utilizó la Teoría Fundamentada de los Datos.

La concepción de los docentes hospitalarios y domiciliarios de CABA acerca de la trayectoria de los niños en situación de enfermedad se encuentra enmarcada en la educación especial, considerando a la enfermedad como una discapacidad, ocasionando que el accionar docente se encuentre teñido de acciones orientadas a espacios terapéuticos y la singularidad del alumno, provocando una pertenencia ficticia al sistema de educación dando por resultado una desigualdad de aprendizajes curriculares respecto a la de sus compañeros.

Palabras claves: *Educación domiciliaria- Educación hospitalaria- modalidad educativa- trayectoria escolar- alumno en situación de enfermedad- docente domiciliario- docente hospitalario- concepción*

Índice

Resumen	3
Introducción	6
Relevancia	7
Primera parte	10
1.1 Antecedentes científicos:	10
Segunda parte	13
Capítulo 1: Marco referencia normativo	13
2.1.1 La educación y su normativa en Argentina:	13
2.1.2 Historia de la escuela Domiciliaria y Hospitalaria	14
2.1.3 Sustento normativo de las escuelas Domiciliaria y Hospitalaria	16
2.1.4 Normativa CABA modalidad Hospitalaria y Domiciliaria	20
Capítulo 2: Marco de referencia teórico	21
2.2.1 Modalidad Educación Domiciliaria y Hospitalaria	21
2.2.2 Instituciones Domiciliaria y Hospitalaria:	23
2.2.3 La educación Hospitalaria y Domiciliaria como política inclusiva	24
2.2.4 El sujeto de la educación Domiciliaria y Hospitalaria	24
2.2.5 Enfermedad del niño	26
Capítulo 3: Docente domiciliario y hospitalario	28
2.3.1 Perfil del docente hospitalario y domiciliario	28
2.3.2 Abordaje pedagógico del docente hospitalario y domiciliario	29
Capítulo 4 : Trayectorias escolares	31
2.4.1 Aprendizaje escolar	31
2.4.2 Trayectoria escolar	33
Capítulo 5: Concepciones	36
Tercera parte	37
3.1 Encuadre metodológico	37
3.2. Problema	37
3.3 Muestra	37
3.4 Objetivos	38

Generales	38
Específicos	38
3.5 Recolección de datos	38
Cuarta Parte	39
4.1 Análisis e interpretación de los datos	39
4.1.1 Marco normativo	39
4.1.2 Ingreso	41
4.1.3 Escuela	44
4.1.4 Alumno	52
4.1.5. Docente	53
4.1.6 Curriculum	59
4.2 Síntesis de análisis de la escuela domiciliaria y hospitalaria	61
Quinta parte: Conclusión	63
Reflexiones finales	65
Bibliografía	67
Anexo	71

Introducción

En este trabajo final se lleva a cabo una investigación dividida en cinco secciones, con un enfoque cualitativo de tipo descriptiva - comparativa, donde se indaga acerca de la concepción que poseen los docentes hospitalarios y domiciliarios pertenecientes a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de la República Argentina sobre la trayectoria escolar de los alumnos en situación de enfermedad.

En la **primera sección** se encuentran los antecedentes científicos, es decir, las investigaciones halladas hasta el momento donde se diferencian las distintas miradas que poseen los profesionales sobre el niño en situación de enfermedad, el perfil docente domiciliario y hospitalario, el currículum en el contexto hospitalario y la formación del docente hospitalario y domiciliario.

En la **segunda sección** se presenta el marco teórico dividido en cinco capítulos, en el primer capítulo podemos observar el marco normativo de la modalidad hospitalaria y domiciliaria. En el segundo capítulo se refleja el marco de referencia de dicha modalidad, donde se observan las bases de la misma y sus características. En el tercer capítulo se observan las características fundamentales de los docentes domiciliarios y hospitalarios. En el cuarto capítulo se desarrolla la definición de trayectoria escolar, y en el quinto capítulo se encuentra la definición de concepción.

La **tercera sección**, comprende las decisiones metodológica

En la **cuarta sección** se encuentra el análisis de datos.

La **quinta sección** explica las conclusiones del trabajo final.

Por último, se hallan las referencias bibliográficas y el anexo, el cual contiene las entrevistas realizadas a los profesionales de la modalidad hospitalaria y domiciliaria.

Relevancia

Bernales Oré (2019) enuncia que los niños en edad escolar construyen una comprensión del mundo que los rodea, y luego experimentan discrepancias entre lo que ya saben y lo que descubren en su entorno, permitiendo así el aprendizaje. Para que esto se produzca es necesario que sucedan tres procesos: la motivación, la memoria y la atención.

No obstante ello, me pregunto ¿qué sucede cuando un niño se encuentra en situación de enfermedad y no puede realizar comparaciones entre lo aprendido y su entorno? o ¿qué acontece cuando alguno de estos tres procesos se ve afectado por una situación de enfermedad? Vigotsky (1987) sostenía que los sujetos desarrollan su aprendizaje mediante la interacción social, los individuos adquieren sus habilidades cognitivas en diferentes contextos mediante la interacción con otros. Por consiguiente, el desarrollo cognitivo de las personas está relacionado plenamente con el intercambio social, porque en él, el sujeto puede maximizar su potencial.

Ahora bien, ¿qué sucede cuando se ve obstaculizada la interacción social por estar en una situación de enfermedad? Fonseca (2003) plantea que la escuela, junto con la familia, constituyen el medio natural donde los niños se desenvuelven. Y la escolarización es la tarea primordial a desarrollar como medio específico de formación, desarrollo y socialización. Conforme a lo enunciado, Deval (2000) considera que la escuela es un lugar que tiene la función de socializar, transmitir conocimientos y ritos. En otras palabras, a primera vista, cuando un niño es hospitalizado la idea que surge es de desconexión, separación de su ambiente de convivencia habitual.

Si conociéramos más acerca de las trayectorias de niños argentinos en situación de enfermedad podríamos tener herramientas para poder acercarnos a ellos y seguir garantizando su derecho a la educación. Puesto que la posibilidad de seguir formándose, no sólo les permite adquirir cultura e instrucción, sino también los entretiene además de otorgarles un poco de la vida que perdieron. El aprendizaje para un niño en situación de enfermedad trae un mensaje de esperanza, por este motivo Rumeu (2005) en la Carta Europea de los Derechos del Niño Hospitalizado, decreta que todo niño enfermo tiene derecho a recibir atención educativa en el hospital y en su domicilio, con el objetivo

de asegurar la continuación escolar, para que el sujeto pueda seguir manteniendo su rol de alumno.

En Argentina, la Ley N° 26.206 en su artículo 16, indica que la obligatoriedad escolar se extiende desde la edad de cinco (5) años hasta la finalización del nivel de la Educación Secundaria, por ello el Estado debe garantizar que todos los ciudadanos puedan acceder a una educación sea cual sea su situación. Y para garantizar este derecho, tenemos las diferentes modalidades educativas.

He sido voluntaria en la Fundación Flexer (Sede Pichincha, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina), donde pude estar en contacto con niños y familias que están atravesando una situación de enfermedad. A partir de ahí, me he interesado principalmente por el aprendizaje de los mismos. Así comencé a incursionar en el tema y detecté que se ha analizado en poca profundización sobre la modalidad domiciliaria y hospitalaria de la educación argentina. Considero necesario investigar acerca de la concepción de los docentes hospitalarios y domiciliarios sobre la trayectoria escolar de los niños que se encuentran en situación de enfermedad, a fin de acompañarlos y garantizarles su derecho a la educación. Por tanto, sería oportuno tomar en consideración que la situación de enfermedad puede causar una suspensión en la escolaridad, dando por resultado una alteración en el ritmo de aprendizaje, lo que probablemente tenga numerosas repercusiones a corto y largo plazo.

El tema seleccionado se considera relevante para el campo de la Psicopedagogía debido porque el psicopedagogo es el profesional que se encarga de comprender e intervenir en situaciones de aprendizajes formales e informales, optimizando potencialidades, contribuyendo a la prevención y abordaje de dificultades, a fin de promover la salud integral de los sujetos en todas las etapas de desarrollo. Por consiguiente este trabajo le va a proporcionar al profesional herramientas para la prevención de dificultades de aprendizaje, además de contribuir a garantizar la salud integral de los sujetos aprendizaje. En otras palabras, este trabajo aporta al quehacer del psicopedagogo debido a que brinda información acerca de las trayectorias escolares de los sujetos en situación de enfermedad.

En conclusión, el problema que se plantea en este trabajo de investigación es ¿Cuáles son las concepciones de los docentes hospitalarios y domiciliarios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Caba) en el 2021 sobre la trayectoria escolar de los niños que se encuentran en una situación de enfermedad que impide la asistencia presencial a la escuela ?. Y esta problemática fue elegida:

- Por su relevancia educativa debido a que la modalidad domiciliaria y hospitalaria es un ámbito de aprendizaje, donde se ponen en manifiesto los elementos educativos.
- Por tener una relevancia profesional, debido a que está dentro del rol del psicopedagogo promover la salud integral del sujeto, prevenir las dificultades de aprendizaje, además de mejorar el hacer psicopedagógico brindando información sobre la concepción del sujeto que está atravesando una situación de enfermedad. Asimismo brindar información sobre cómo se concibe el sujeto aprendiente y cómo sostiene y piensa su trayectoria escolar en esta modalidad educativa.
- Porque es un problema que no se ha investigado aún.

Se comenzará el trabajo planteando el relevamiento de investigaciones sobre la temática, se continuará con un marco teórico, para luego desarrollar la investigación propiamente dicha, y concluyendo con un análisis de los datos recolectados.

Primera parte

1.1 Antecedentes científicos:

El objetivo de este apartado es observar los diferentes trabajos que se encuentran de la modalidad domiciliaria y hospitalaria, con el fin de realizar un reporte sobre lo que se ha hecho a nivel teórico y práctico de la temática planteada: ¿Cuál es la concepción de los docentes hospitalarios y domiciliarios sobre la trayectoria escolar de los niños que se encuentran en situación de enfermedad?

Requena (2011) va a diferenciar las distintas miradas que poseen los profesionales sobre el niño en situación de enfermedad. Para el equipo médico, el cuerpo enfermo del niño está ligado a su cama y a una referencia vinculada al diagnóstico, por consecuencia se plantea la dimensión biológica y orgánica de la enfermedad, esto se denomina cuerpo vivo, por ende, el equipo médico observa el cuerpo vivo de un niño. En cambio, para la maestra, cada niño posee un nombre y apellido, gustos específicos, un carácter particular, cada sujeto es único y tiene una historia, una familia que el maestro busca conocer, comprender y considerar. En consecuencia, los profesionales de la escuela hospitalaria consideran al sujeto como un cuerpo vivido, y trabajan desde la dimensión de la singularidad, considerando la experiencia social y subjetiva que atraviesan los niños en ese contexto, intentando además atender a las cuestiones vinculadas con lo vivido fuera del hospital.

Por otro lado, Bustos y Cornejo (2014) plantean cómo debe ser el perfil docente domiciliario y hospitalario. Para ellos, los vínculos afectivos son la base, además consideran que un docente domiciliario y hospitalario debe poseer equilibrio emocional, creatividad, empatía, adaptabilidad y comunicación para poder sobrellevar el contexto donde se encuentran inmersos. En coordinación con lo enunciado anteriormente, Panire (2019) agrega que el docente domiciliario debe tener la característica de flexibilidad. Adicionalmente, considera que la práctica pedagógica del contexto hospitalario se centra en el enseñar y aprender, poniendo de manifiesto la relación docente - conocimiento - alumno en situación de enfermo, mientras que para para Bustos y Cornejo (2014) la práctica pedagógica se basa en dos ejes: buscar la reinserción del niño

a la escuela formal a través de la entrega de herramientas y aprendizajes; y buscar que el aula se viva como un espacio de normalidad donde el niño encuentre un disfrute y vínculos emocionales.

Tomando a los autores mencionados anteriormente, se considera fundamental contemplar cómo es la labor del docente domiciliario y hospitalario. Por ello, enuncian que el profesional debe trabajar con el aquí y ahora, apartando los significados del pasado y futuro del niño, además de destacar la importancia de la dimensión afectiva debido a que los vínculos significativos son un elemento facilitador para la enseñanza y el aprendizaje.

Requena (2011) considera que la experiencia escolar-hospitalaria posibilita la creación de lazos sociales corriendo al niño del lugar de cuerpo enfermo, permitiéndole elaborar de forma activa y colectiva su padecimiento. Además, las maestras hospitalarias favorecen la re-creación simbólica de ciertas prácticas escolares, corriendo al niño del lugar de cuerpo vivo a cuerpo vivido.

Por otro lado, Panire (2019) cuando se interroga acerca de cómo se manifiesta el currículum en el contexto hospitalario, lo hace porque considera importante que el docente identifique y organice los contenidos prioritarios de esa sala/grado/año. Esta selección deberá tener en cuenta el momento del ciclo lectivo en el que se encuentra, además de los documentos curriculares de la jurisdicción.

El Consejo Federal de Educación, acordó un conjunto de contenidos mínimos o Núcleos de Aprendizajes Prioritarios (NAP) que pueden ser orientadores en la selección de estos contenidos. Estos documentos son fundamentales especialmente cuando el alumno proviene de otra jurisdicción. Por lo tanto, los docentes de la Escuela Hospitalaria toman como marco referencial el currículum oficial para poder realizar el proceso de selección y organización de los contenidos de la enseñanza. Pero aclara que en hay jurisdicciones que aún no cuentan con un diseño curricular de nivel primario, por ende, los docentes hacen su propia selección considerando qué año cursaba antes de enfermarse y en qué momento del ciclo lectivo están actualmente.

Por consiguiente, ¿qué es lo que tiene en cuenta el docente al momento de seleccionar qué enseñar? Respondiendo a este interrogante el autor plantea que las docentes

hospitalarias no van a basarse en una planificación previa, sino que van a regular sus intenciones de enseñanza con la realidad que le sucede en ese momento al sujeto, ya que, el quehacer docente está atravesado por las variables de salud y enfermedad del niño y por sus tiempos de aprendizaje que deben ser respetados. En conclusión, el currículum real de la Escuela Hospitalaria podría considerarse una visión transformadora de los contenidos escolares situados en una lógica ligada a la educación integral que logre establecer nexos y conexiones sólidas entre el desarrollo personal y cultural, entre las distintas capacidades y los contenidos.

Otro aspecto importante es la formación del docente domiciliario y hospitalario. Álvarez (2013) enuncia que la formación inicial para el ingreso a las Escuelas Hospitalarias en la actualidad se imparte por medio de un curso habilitador específico y obligatorio para los maestros de grado, tiene un carácter presencial y dura aproximadamente un año. Su evaluación es mediante trabajos y se abordan contenidos como el concepto hospitalario, la noción de educación, el rol del pedagogo, las variables que se deben tener en cuenta cuando el niño está internado y enfermo, y el modo de realizar intervenciones. No existe una formación universitaria de docentes hospitalarios, no hay en la educación universitaria o terciaria ninguna asignatura relacionada específicamente con el sector. Tampoco la materia de Educación Especial abarca contenidos del área, lo único que existe son pasantías. Por ende, un docente hospitalario debe estar en constante formación, por eso una vez que ya ingresaron al cuerpo de la Escuela Hospitalaria se ofrecen cursos por parte del Gobierno de la Ciudad, de las organizaciones gremiales, de las facultades y universidades.

En síntesis, entre los estudios relevados se observa vacancia en la temática seleccionada. Por ende, este trabajo tendrá como fin contribuir a la comunidad educativa informando respecto a la concepción de la trayectoria escolar que poseen los docentes hospitalarios y domiciliarios acerca de los niños que se encuentran atravesando su escolaridad dentro de ambas modalidades. Es una investigación dirigida a estudiantes y profesionales de la educación como también para padres y niños que hayan o estén atravesando una enfermedad.

Segunda parte

Capítulo 1: Marco referencia normativo

2.1.1 La educación y su normativa en Argentina:

En Argentina, el sistema educativo está reglamentado por la Ley N° 26.206 sancionada en el año 2006. A través de la misma, el Estado tiene la responsabilidad de garantizar la igualdad y el acceso a la enseñanza de todos los habitantes de la República Argentina. Por lo cual, esta ley tiene como objetivo que todos los ciudadanos alcancen una educación de calidad, que garantice la igualdad de oportunidades debido que, a partir de la educación se construye el lazo de pertenencia a la sociedad (2007, Antelo). Por consiguiente, quien no reciba educación pierde la oportunidad de constituirse en un ciudadano que haga uso de sus derechos y cumpla con sus deberes y obligaciones a favor del bien común.

En concordancia, Blanco (1996) enuncia que todos los niños tienen derecho a la educación, ya que la misma es un derecho humano fundamental que cada persona tiene por el hecho de ser un ser humano. En conclusión, para Sileoni (2014) la educación es considerada como un instrumento fundamental en la construcción de un país más justo e igualitario y ubica al Estado como el garante de derechos para todos y todas.

La Ley de Educación Nacional N.º 26.206 establece que las políticas educativas deberán asegurar la inclusión, la integración y el logro educativo de niños, jóvenes y adultos en todos los niveles y modalidades. El sistema educativo nacional se comprende por cuatro niveles: la Educación Inicial, la Educación Primaria, la Educación Secundaria y la Educación Superior. Que a su vez cuenta con ocho modalidades, las mismas son aquellas opciones organizativas y/o curriculares de la educación que buscan dar respuestas a requerimientos específicos de formación, atendiendo a las particularidades permanentes o temporales tanto personales como contextuales. El objetivo de las modalidades educativas es garantizar el derecho a la educación, cumpliendo con las exigencias legales, técnicas y pedagógicas de los diferentes niveles educativos. Las modalidades educativas son: La Educación Técnico Profesional, La Educación Artística, La Educación Especial, La Educación Permanente de Jóvenes y Adultos, La Educación Rural, La Educación Intercultural Bilingüe, la Educación en Contextos de

Privación de Libertad y la Educación Domiciliaria y Hospitalaria. En este trabajo haremos hincapié en la última mencionada.

2.1.2 Historia de la escuela Domiciliaria y Hospitalaria

La Educación Domiciliaria y Hospitalaria se constituye como una modalidad del sistema educativo en los niveles de Educación Inicial, Primaria y Secundaria, destinada a garantizar el derecho a la educación de los alumnos que, por razones de salud, se ven imposibilitados de asistir con regularidad a una institución educativa.

La primera aula hospitalaria formal se instauró el 19 de septiembre de 1946, por ello se considera que Argentina fue un país pionero en América Latina en el reconocimiento público de este régimen de enseñanza. La aparición de dicha modalidad se debe al Dr. Ricardo Gutiérrez, Director del Hospital de Niños, puesto que el 1° de abril del año 1922, solicitó maestras o voluntarios para poder ocupar el tiempo libre de los niños internados. Posteriormente se intentó que los profesionales, se encarguen del aprendizaje formal de los sujetos, de esta manera las docentes voluntarias iniciaron a denominarse maestras contratadas, y comenzaron a formar una escuela a la que se llamó la Escuela Ambulante del Hospital Durand. Más adelante en el año 1946, el Gobierno de Juan Domingo Perón, a través de un decreto oficializó y creó la primera escuela hospitalaria. Por consecuencia, en el año 1946 se oficializó el primer instituto hospitalario, aunque desde el año 1922 se trabajaba en dicha educación, a través de diferentes proyectos, en los diferentes hospitales.

La primera Escuela Hospitalaria del área surge en la época del modelo higienista en hospitales y fue inaugurada bajo la gestión de la Sra. María Luisa Basso de Luciani, y se la llamó la Escuela Hospitalaria N° 1. La misma contaba con una planta funcional de dieciocho maestros de grado, seis docentes especiales y una inscripción de doscientos cincuenta alumnos. Así fue como las experiencias de Buenos Aires se extendieron a otros lugares como La Plata, Córdoba, Misiones, Chubut, Tucumán, Rawson y otros lugares del sur del país.

En la ciudad de Buenos Aires llegaron a funcionar diecisiete Escuelas Hospitalarias simultáneamente, con cargos de director y vicedirector, existiendo en todos los hospitales tanto atención al niño como al adulto. Durante el gobierno del Gral. Videla, la

Municipalidad de Buenos Aires estaba a cargo de Osvaldo Cacciatore, quién ordenó el cierre de todas las escuelas hospitalarias y domiciliarias, inclusive la de Casa Cuna, quedando en funcionamiento nada más que la Escuela del Hospital de Niños. Este gobierno realizó un cambio de concepción en la educación y la salud, creían que las escuelas hospitalarias eran innecesarias. Otro motivo fue que, durante este contexto de represión, la municipalidad comenzó a tener déficit y decidió dar por finalizada la campaña de alfabetización. Los docentes de la educación especial tenían dificultades en la realización de sus tareas educativas. Además de las supervisiones militares regía la prohibición de la actividad sindical, así como también la persecución y censura a la creación de asociaciones, la reducción de servicios y recursos ante los alumnos con discapacidad y otro tipo de obstáculos.

En el año 1989 se solicita al gobierno de la Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires la necesidad de incluir la Escuela Hospitalaria dentro del Hospital de Pediatría Juan Pedro Garrahan, este había sido inaugurado en 1987. Posteriormente en el año 2006 se suma a las Escuelas ya existentes, una tercera Escuela situada en el Hospital Elizalde, donde antiguamente se había clausurado la Escuela Hospital Casa Cuna. Este mismo año, cuando se sanciona la Ley N° 26.206 “Ley de educación nacional”, se incluye a la educación domiciliaria y hospitalaria como una modalidad de la educación.

Actualmente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires funcionan tres escuelas Hospitalarias:

- 1) Escuela Hospitalaria N°. 1/D.E. 2°. Hospital R. Gutiérrez
- 2) Escuela Hospitalaria N°. 2/D.E. 5°. Hospital P. Garrahan
- 3) Escuela Hospitalaria N°. 3. Hospital Dr. Pedro de Elizalde.

También CABA posee 3 escuelas domiciliarias

- 1) Escuela Domiciliaria N° 1: (de la calle Rivadavia al norte)
- 2) Escuela Domiciliaria N° 2:(de la calle Rivadavia al sur)
- 3) Escuela Domiciliaria N° 8: Dirección de Educación Especial.

2.1.3 Sustento normativo de las escuelas Domiciliaria y Hospitalaria

En la ciudad Autónoma de Buenos Aires, las escuelas domiciliarias y hospitalarias dependen de la modalidad de educación especial. En su mayoría son Escuelas Especiales con servicios hospitalarios y/o domiciliarios agregados. La modalidad domiciliaria y hospitalaria tiene sus bases normativas en:

1. **La Constitución Nacional Argentina (1994):** en el artículo 14 se establece que *“Todos los habitantes de la Nación gozan de los siguientes derechos conforme a las leyes que reglamenten su ejercicio; a saber: De trabajar y ejercer toda industria lícita; de navegar y comerciar; de peticionar a las autoridades; de entrar, permanecer, transitar y salir del territorio argentino; de publicar sus ideas por la prensa sin censura previa; de usar y disponer de su propiedad; de asociarse con fines útiles; de profesar libremente su culto; de enseñar y aprender.”*
2. **La Declaración de Ginebra (1924):** se centra en el bienestar del niño y reconoce su derecho al desarrollo, asistencia, socorro y a la protección. Su principal objetivo son los derechos del infante con el fin de que el niño pueda obtener una niñez feliz y gozar, de su propio bien y de la sociedad. En la declaración de Ginebra se proclaman 10 principios, los que le dan el sustento normativo a la modalidad educativa hospitalaria y domiciliaria. Son los principios 5 y 7. En el principio 5 se enuncia que todos los niños que tengan algún impedimento físico o mental deben recibir tratamiento, educación y los cuidados específicos que requiera su caso. En el principio 7 se proclama que todo niño tiene derecho a recibir educación, gratuita y obligatoria en las etapas elementales. La educación deberá favorecer su cultura e igualdad de oportunidades frente a la sociedad. Además de desarrollar sus aptitudes, su juicio individual, su responsabilidad moral y social, con el fin de que se convierta en un sujeto útil para la sociedad.
3. **La Carta Europea sobre los Derechos de los Niños Hospitalizados (1986):** nos enuncia los 21 derechos que todo niño hospitalizado posee, entre ellos se encuentra el derecho a seguir estudiando durante su permanencia en el hospital, y a contar con el material didáctico necesario que aporte su colegio, sobre todo

si la hospitalización es larga. El estudio no debe perjudicar el bienestar del niño o de la niña ni obstaculizar su tratamiento médico. Como también el derecho a seguir estudiando cuando la hospitalización es parcial o la convalecencia se realiza en su casa.

4. **La Ley N° 23.849 (1990):** proclama los derechos del Niño, enunciados en 1989 en New York. Dicha Ley consta de 54 artículos donde se detallan los derechos de los niños, considerándolos como tal a los sujetos menores de 18 años. Los artículos que le dan sustento normativo a la modalidad hospitalaria y domiciliaria son: Artículo 23, donde proclama que todos los niños deberán tener acceso efectivo a la educación, la capacitación, los servicios sanitarios, los servicios de rehabilitación, la preparación para el empleo y las oportunidades de esparcimiento y reciba tales servicios con el objeto de que el niño logre la integración social y el desarrollo individual, incluido su desarrollo cultural y espiritual, en la máxima medida posible. Artículo 28 donde se enuncia que todo niño tiene derecho a la educación, y por esto Argentina deberá:

- Considerar a la enseñanza primaria como obligatoria y gratuita para todos.
- Fomentar el desarrollo de la enseñanza secundaria, haciendo que todos los niños dispongan y tengan acceso a ella.
- Hacer la enseñanza superior accesible a todos.
- Hacer que todos los niños dispongan de información y orientación en cuestiones educacionales y profesionales y tengan acceso a ellas.
- Adoptar medidas para fomentar la asistencia regular a las escuelas y reducir las tasas de deserción escolar. Por ende, la función del Estado será la de buscar cuantas medidas sean posibles para que la disciplina escolar se administre de la mejor manera posible.

5. **La Ley N°26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (2005):** tiene como objetivo la protección de niñas/os y la garantía de su condición de sujeto de derecho. La ley está compuesta por 78 artículos. En su artículo 15 se proclama el derecho a la educación; los niños y adolescentes tienen derecho a la educación pública y gratuita, con el objetivo de

fomentar su desarrollo integral. Por ninguna causa se podrá restringir el acceso a la educación. Y el artículo 16 enuncia la gratuidad de la educación: la educación pública será gratuita en todos los servicios estatales, niveles y regímenes especiales.

6. **La Ley N° 26.206 (2006):** Establece que el sistema educativo argentino estará compuesto por 3 niveles, y 8 modalidades, entre las cuales se encuentra la modalidad de Educación Domiciliaria y Hospitalaria. En el artículo 60 se enuncia que la Educación Domiciliaria y Hospitalaria es la modalidad del sistema educativo en los niveles obligatorios destinada a garantizar el derecho a la educación de las personas que por razones de salud se ven imposibilitadas de asistir con regularidad a una institución educativa. Y en el artículo 61 se proclama que el objetivo de esta modalidad es garantizar la igualdad de oportunidades a los alumnos, permitiendo la continuidad de sus estudios y su reinserción en el sistema común, cuando ello sea posible.

7. **La Declaración de los Derechos del Niño, la Niña o Joven Hospitalizado y/o en Tratamiento (2009):** los miembros de la Red Latinoamericana y del Caribe enuncian el derecho a la educación de niños y jóvenes hospitalizados o en tratamiento clínico. Esta declaración contiene 12 ítems donde se describe la educación de los niños hospitalizados:

- Derecho a recibir educación mientras se encuentra hospitalizado, en tratamiento ambulatorio o en situación de enfermedad, durante toda la línea de vida desde su nacimiento.
- Derecho a que los países establezcan y desarrollen la normativa necesaria para hacer efectiva la atención educativa, implementando las políticas pertinentes al efecto.
- Derecho a ser educados por profesionales de la educación especializados, conforme a proyectos educativos que atienden sus necesidades especiales, con contenidos, metodología y evaluación que consideren su situación médica y de salud
- Derecho a recibir un servicio educativo integral, que tenga en cuenta la persona, sus aspectos físicos, psicosociales, espirituales, familiares,

afectivos, cognitivos, artísticos, expresivos, y culturales, haciendo especial hincapié en los aspectos sanos sobre el déficit.

- Derecho a recibir educación en los establecimientos de salud, en espacios propios definidos para desarrollar actividades pedagógicas, en lugares adecuados, accesibles, debidamente implementados, que respondan a las tendencias educativas vigentes.
- Derecho a recibir educación en el lugar donde éste se encuentre, cuando no sea posible su traslado al Aula y/o Escuela Hospitalaria.
- Derecho a ser educados en sus domicilios por educadores capacitados cuando su condición de salud lo justifique.
- Derecho a que su familia sea informada de la existencia de las Aulas y/o Escuelas Hospitalarias y Domiciliarias y de su posibilidad de continuar su proceso de aprendizaje.
- Derecho a mantener el contacto y pertenencia a su establecimiento educacional de origen y la factibilidad del retorno a éste una vez recuperada la salud.
- Derecho a recibir la visita de sus compañeros de curso y de establecimiento de origen, para mantener su pertenencia y su vinculación con su establecimiento educacional de origen.
- Derecho a que los estudios cursados en el Aula y/o Escuela Hospitalaria o en su domicilio sean reconocidos por los organismos públicos educacionales y posibiliten la promoción escolar.
- Derecho a que los adultos no interponga ningún tipo de interés o convivencia personal, sea político, religioso, social, económico, o de cualquier naturaleza, que impidan, perturben, menoscaben u obstaculicen su legítimo acceso a la Educación durante su hospitalización o tratamiento médico ambulatorio

2.1.4 Normativa CABA modalidad Hospitalaria y Domiciliaria

El Consejo Federal de Educación en la Resolución CFE N° 202/13 (2013), enuncia que la Educación Domiciliaria y Hospitalaria como modalidad del Sistema Educativo, implica brindar a los sujetos una clara pertenencia a los niveles del sistema educativo. Paralelamente, el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires manifiesta en su sitio web que la Educación Especial es la modalidad del sistema educativo destinada a asegurar el derecho al acceso a la educación que tiene todo niño adolescente y joven con discapacidad temporal o permanente, y de esta manera, fomentar la inclusión educativa. La modalidad Especial se divide en tres escalafones:

- **Escalafón A:** Escuelas Domiciliarias y Hospitalarias. La primera busca garantizar la escolaridad educativa en domicilios en todos los niveles a sujetos que, por razones de salud, se encuentran imposibilitados a acceder a los establecimientos educativos de forma temporal o permanente. Mientras que la Escuela Hospitalaria busca garantizar la escolaridad en los Niveles Inicial, Primario y Secundario a sujetos que se encuentran internados por más de quince días en los Hospitales Dr. Ricardo Gutiérrez, Dr. Juan Garrahan o Dr. Pedro Elizalde o que reciben atención de salud en forma ambulatoria en dichos establecimientos. Es importante destacar que la atención se brinda independientemente de la jurisdicción a la que pertenezca la escuela de origen. Mediante la internación o el tratamiento ambulatorio, se realizan articulaciones con las escuelas de origen a efectos de sostener la continuidad educativa de los alumnos
- **Escalafón B:** Escuelas Integrales Interdisciplinarias (EII). Centros Educativos Interdisciplinarios (CEI). Centros Educativos para Niños con Tiempos y Espacios Singulares (CENTES).
- **Escalafón C:** Escuelas propiamente dichas de educación especial.

Capítulo 2: Marco de referencia teórico

2.2.1 Modalidad Educación Domiciliaria y Hospitalaria

El Ministerio de Educación (2014) establece que la Educación Domiciliaria y Hospitalaria es considerada institucionalmente como una de las ocho modalidades del Sistema Educativo Nacional desde el año 2006, cuando se dictaminó la Ley de Educación Nacional N° 26.206. En ella se establece que las instituciones, los alumnos y docentes de la modalidad de educación Domiciliaria y Hospitalaria pertenecen al sistema educativo a pesar de que los encuentros pedagógicos se realicen en centros de salud o hogares.

Por lo tanto, se considera a la modalidad Domiciliaria y Hospitalaria como una opción organizativa y/o curricular de la educación común que se propone escolarizar a los sujetos que no han completado los niveles obligatorios y se encuentran transitando una enfermedad o tratamiento que los imposibilita a concurrir a la escuela. Por tanto, el objetivo de la modalidad es garantizar la igualdad de oportunidades a los alumnos, permitiéndoles la continuidad de sus aprendizajes y su reinserción al sistema común, cuando puedan realizarlo. Se considera, por ende, que la finalidad principal de la modalidad Hospitalaria y Domiciliaria es garantizar el derecho a la educación. Y como objetivos específicos podemos destacar:

- *“Garantizar el inicio o continuidad de la escolarización en los Niveles de Educación Inicial, Primaria y Secundaria y Modalidades respectivas de los sujetos en situación de enfermedad;*
- *Mantener la continuidad de los aprendizajes escolares para asegurar las trayectorias escolares;*
- *Mantener y propiciar el vínculo con la escuela de referencia del alumno, en pos de su reinserción;*
- *Reducir el ausentismo, la repitencia y la deserción escolar provocados por la enfermedad;*
- *Reducir los efectos negativos derivados del aislamiento que produce la enfermedad;*

- *Favorecer los procesos de relación y socialización de los alumnos, necesarios para su desarrollo*
- *Proyectar al alumno hacia el futuro y la vida*
- *Resignificar la situación adversa habilitando nuevos aprendizajes que favorezcan la promoción de la salud, la prevención de accidentes o enfermedades y el protagonismo en el cuidado de la propia salud.*
(Ministerio de educación; 2014 p32) ”

En el año 2009 se creó la Coordinación Nacional de la Modalidad Educación Domiciliaria y Hospitalaria y fue entonces cuando se comenzaron a trazar los lineamientos de la misma. El primero establece que *“La Modalidad se organiza de forma transversal a los niveles de la escolaridad obligatoria y a las demás modalidades, a fin de mantener las trayectorias escolares, en sus múltiples formas de atravesar la experiencia educativa”* (Ministerio de Educación, 2014, p. 30). En el mismo apartado se aclara que cada jurisdicción podrá organizar ofertas educativas de la modalidad para los niveles no obligatorios siempre y cuando tenga cubierta la obligatoria. Otro lineamiento enunciado en el documento es con referencia al tiempo que debe transcurrir un alumno antes de ingresar a la modalidad. Se toma como requisito un mínimo de treinta días corridos para poder ingresar. De igual forma cada jurisdicción adaptará sus mecanismos administrativos y organizativos para que el niño pase el menor tiempo posible en espera. De acuerdo con lo mencionado anteriormente en la modalidad Hospitalaria y Domiciliaria, según el Consejo Nacional de Educación (2013) se reconocen tres niveles de decisión:

- **El nivel Nacional**, significa que *“El Estado Nacional y los estados provinciales y CABA, acuerdan criterios, articulan estrategias políticas y diseñan líneas de acción comunes, para otorgar homogeneidad y coherencia al sistema.”*(Consejo Federal de Educación, 2013, p. 20).
- **El nivel Jurisdiccional** indica que en *“el marco de los acuerdos federales, cada provincia y CABA administran sus sistemas educativos y disponen los medios que garantizan la atención educativa de todos los destinatarios de la modalidad, en todo el territorio jurisdiccional”*. (Consejo Federal de Educación, 2013, p. 20).

- **El nivel Institucional** conlleva que *“las escuelas y servicios domiciliarios y hospitalarios con sus directivos, profesionales, técnicos y docentes, implementan las disposiciones jurisdiccionales de acuerdo con la normativa local y nacional, adaptando sus propuestas educativas a la realidad y características de cada escuela de referencia y de sus destinatarios, en defensa de su trayectoria y de una educación de calidad para el alumno”* (Consejo Federal de Educación, 2013, p. 20)

2.2.2 Instituciones Domiciliaria y Hospitalaria:

Dentro de la modalidad hospitalaria y domiciliaria según el Consejo Nacional de Educación (2013) se identifican tres clases de Escuelas. *“Se designan como Escuelas, los establecimientos educativos que cuenten con una estructura orgánico-funcional que responda a las pautas reglamentadas por el Poder Ejecutivo Provincial para cada uno de los niveles y modalidades. Su especificidad institucional se refiere a los fines y objetivos propios de la modalidad”* (Consejo Federal de Educación, 2013, p. 23):

- 1) **Escuelas Hospitalarias y Domiciliarias:** *“Son designadas como tales los establecimientos educativos que cuenten con aulas hospitalarias y domiciliarias, y que lleven a cabo la escolarización de los sujetos que cursan los niveles obligatorios, contando con una sede o espacio físico que podrá estar emplazada dentro del hospital de referencia o en otro edificio”* (Consejo Federal de Educación, 2013, p. 21).
- 2) **Escuelas Hospitalarias:** *“Son designadas como tales los establecimientos educativos que lleven a cabo la escolarización de los sujetos que cursan los niveles obligatorios, internados en los efectores sanitarios, contando con un espacio físico o aula hospitalaria dentro del mismo para la organización y desarrollo de la tarea”* (Consejo Federal de Educación, 2013, p. 21).
- 3) **Escuelas Domiciliarias:** *“Son designadas como tales, los establecimientos educativos que lleven a cabo la escolarización de los sujetos que cursan los niveles obligatorios y que se encuentren en reposo domiciliario, contando con una sede administrativa o espacio físico para la coordinación y organización de la tarea”* (Consejo Federal de Educación, 2013, p. 21).

2.2.3 La educación Hospitalaria y Domiciliaria como política inclusiva

En este contexto me parece sumamente interesante reflexionar acerca de la escuela Domiciliaria y Hospitalaria como una forma de inclusión escolar. El Ministerio de Educación (2014) sostiene que *“La inclusión es un principio, proceso, acción social colectiva, que resulta de una construcción simbólica de los grupos humanos, de las comunidades educativas, contribuyendo a mejorar las condiciones de los entornos para dar respuesta a todos”* (Ministerio de Educación, 2014, p. 29). Se define a la integración como la capacidad de integrar a la vida comunitaria a todos y cada uno de los miembros de la sociedad. De acuerdo con lo anteriormente mencionado, Blanco (1996) proclama que los sujetos también tienen el derecho a la igualdad de oportunidades, la escuela Domiciliaria y Hospitalaria daría respuesta a estos dos derechos, como una forma de inclusión para los alumnos que se encuentran en situación de enfermedad. Para sostener el derecho a la educación es fundamental trabajar con la diversidad, ya que la misma nos permite acceder a las experiencias de aprendizaje que cada sujeto necesita para su adecuado desarrollo y socialización. Por ello Melero (2000) enuncia que es importante trabajar con las necesidades específicas de aprendizaje de cada niño, ya que todos tenemos diferentes ritmos y modos de aprendizaje, por ende, cada sujeto requiere una enseñanza de acuerdo a su singularidad y circunstancia. En conclusión, la escuela Domiciliaria y Hospitalaria trabajaría con la diversidad debido que, según Panire (2019), las mismas utilizan un currículo real siendo el mismo una visión transformadora de los contenidos escolares situados en una lógica ligada a la educación integral que logre establecer nexos y conexiones sólidos entre el desarrollo personal y cultural, entre las distintas capacidades y los contenidos.

2.2.4 El sujeto de la educación Domiciliaria y Hospitalaria

La modalidad Hospitalaria y Domiciliaria está destinada a *“todo sujeto en situación de enfermedad que no haya completado los niveles de educación obligatoria, en cualquiera de sus modalidades (se encuentre o no escolarizado)”* (Consejo Federal de Educación, 2013, p. 19). El alumno en situación de enfermedad requiere un abordaje pedagógico que sea capaz de afrontar las nuevas necesidades del sujeto, entre ellas se destacan:

- I. La relación con el diagnóstico.
- II. La relación con la hospitalización.
- III. Las prácticas médicas desconocidas.
- IV. La pérdida de su continuidad (modificación de tiempos y espacios en su vida) .
- V. La desvinculación de su escuela de origen y de su grupo de pares.
- VI. La vivencia del dolor, temores y ansiedades, y por último.
- VII. Las manifestaciones expresadas por su familia.

El Ministerio de Educación de la Nación (2014), sostiene que el ingreso de los alumnos a dicha modalidad tiene lugar a partir de dos circunstancias:

- La primera hace referencia a la irrupción repentina de enfermedades de carácter circunstancial, ya que las mismas obligan al sujeto a permanecer internado o en reposo domiciliario. Superada esta situación, el alumno retorna a su escuela.
- La segunda hace referencia a aquellas patologías de carácter crónico o que presentan recurrencias pero que no generan largos períodos de internación o reposo. Éstas presentan remisiones que permiten al alumno asistir a su escuela de origen por períodos más o menos prolongados de tiempo. Los períodos en que la enfermedad vuelve a manifestarse, los alumnos serán nuevamente destinatarios de esta modalidad. También están incluidos en este segundo grupo aquellas enfermedades cuyas secuelas implican la realización de tratamientos ambulatorios prolongados o chequeos frecuentes.

Aguirre y Vargas (2017) enuncian que cuando hablamos de un alumno que atraviesa una situación de enfermedad o que padece una enfermedad, no hablamos de un “alumno enfermo”, debido que dicha expresión sitúa a la enfermedad como equivalente de todo su ser. La Modalidad Hospitalaria y Domiciliaria ubica a las afecciones de la salud como una condición circunstancial de la vida, independientemente del pronóstico de las mismas.

2.2.5 Enfermedad del niño

La enfermedad es una alteración física, que puede tener importantes influencias sobre la personalidad de un sujeto, trayendo repercusiones significativas (Lizasoán y Ochoa 2003). Fonseca (2003) sostiene que la enfermedad incide no sólo en el bienestar psicológico del niño sino también en el de toda su familia, la misma es considerada como el soporte emocional y punto de referencia más importante para el sujeto. En este sentido, comprender lo que sucede en ese núcleo familiar puede ayudar a comprender sus necesidades debido a que la enfermedad llevará al niño a una crisis que lo hará sufrir, independientemente de que en el futuro pueda o no afectarle. En otras palabras, la enfermedad constituye para el niño el encuentro con una experiencia personal innovadora. Por consecuencia, Lizasoán y Ochoa (2003) enuncia que la situación por la que atraviesa un infante hospitalizado está cargada de factores negativos de todo tipo. La hospitalización conlleva la ruptura de los ambientes y círculos que rodean a todo niño: el familiar, el escolar y el social. Por ello, Fernández Castilo (2005) plantea que la hospitalización se asocia con consecuencias psicológicas diversas, destacando tres grupos:

- Alteraciones conductuales tales como agresividad, conducta de oposición, falta de adhesión al tratamiento médico, trastornos de sueño, de apetito, respuestas de evitación, mutismo y dependencia afectiva.
- Alteraciones cognitivas tales como déficit de atención o dificultad para concentrarse.
- Alteraciones emocionales como ansiedad, miedos y temores, depresión, apatía o falta de interés por las cosas.

En síntesis, Simancas y Polaino (1990) enuncian que los niños con enfermedades crónicas son sujetos susceptibles, ya que se enfrentan no sólo con el dolor y el temor que conlleva la enfermedad, sino también al fenómeno de la hospitalización y a la ausencia de una vida normal, lo que influye además sobre la familia e incrementa las dificultades respecto a su vuelta al hogar, la readaptación a la escuela, su resocialización, etc. Por ello, para Fonseca (2003) es común que el sujeto enfermo se cuestione acerca de sí mismo, paralelamente también problematiza y se preocupa de su cuidado. Es muy posible que a raíz de este padecimiento y de su ingreso en el hospital

cambie sus motivaciones y modifique sus valores, alterando el significado de los estímulos a los que está expuesto.

Por último, Lizasoáin, y Ochoa (2003) expresan que los sujetos enfermos precisan de su familia, del juego, de las actividades escolares, de la orientación y de la atención individualizada, a fin de evitar el retraso en su desarrollo y garantizar una vida normal acorde con su etapa evolutiva. Para ello es preciso elaborar y aplicar programas específicos de intervención psicopedagógica, a fin de reducir los efectos negativos de la enfermedad y de la hospitalización. Los objetivos principales de estos programas de intervención serán principalmente:

- *“Fomentar la actividad, procurando que el niño ocupe provechosamente su tiempo libre.*
- *Proporcionar apoyo emocional al niño y paliar sus déficits afectivos*
- *Tratar de reducir las carencias escolares, tratando de prevenir y evitar la marginación respecto del proceso educativo de los niños enfermos hospitalizados en edad escolar.*
- *Cultivar la natural alegría infantil y las relaciones sociales.*
- *Atender a la formación del carácter y la voluntad del niño, en el sentido de apelar a su esfuerzo y animarle al trabajo.*
- *Lograr la adaptación a la hospitalización y a la situación de enfermedad.*
- *Disminuir la ansiedad, y demás efectos negativos, desencadenados como consecuencia de la hospitalización.*
- *Y, en general, mejorar la calidad de vida del niño enfermo hospitalizado”*
(Lizasoáin y Ochoa, 2003, p 80-81).

Capítulo 3: Docente domiciliario y hospitalario

2.3.1 Perfil del docente hospitalario y domiciliario

Según el estatuto docente de la Ciudad de Buenos Aires del 2015, se considera docente a quien imparte, guíe, supervise, oriente y asista técnica y profesionalmente a la educación, así como a quien colabora directamente en esas funciones. Además, se consideran que cada profesional tendrá el deber de:

- Sustentar y educar a los alumnos en los principios democráticos y en la forma de gobierno instituida en nuestra Constitución Nacional y en las leyes dictadas en su consecuencia, con absoluta prescindencia partidaria y religiosa.
- Respetar y hacer respetar los Símbolos Nacionales y desarrollar en los alumnos un asentado amor a la Patria, inculcándoles el respeto por los derechos humanos y el sentido de la Justicia.
- Observar una conducta acorde con los principios de la moral y las buenas costumbres y con las normas de la ética en el comportamiento social.
- Desempeñar digna, eficaz y lealmente las funciones inherentes a su cargo.
- Reconocer la jurisdicción técnica administrativa y la jurisdicción disciplinaria, así como la vía jerárquica.
- Ampliar su cultura, mantener su actualización docente y perfeccionar su preparación técnica y/o pedagógica.
- Cumplir los horarios que correspondan a las funciones asignadas.
- Velar por la conservación y el uso debido de los bienes puestos a su disposición.
- Concurrir a reconocimientos médicos psicofísicos preventivos cada cinco años

El Ministro de Educación de la Nación Argentina (2010) enuncia que el docente es un instrumento mediador entre el alumno y el conocimiento, destacando que el profesional de la educación habilita espacios de enseñanza-aprendizaje donde se encuentre, es decir, que el docente domiciliario y hospitalario se acerca a la cama o domicilio del alumno para convocar su deseo de aprender, desarrolla sus potencialidades como sujeto, incluyendo la situación de enfermedad. En consecuencia, Salgado (2020) va a mencionar que la labor principal de los docentes hospitalarios y domiciliarios, se ve abocada a educar en la enfermedad. Y ello exige conocer las patologías y las estrategias

necesarias para ser abordadas en esta situación, con todas sus implicaciones, restricciones y oportunidades. Para esto, es necesario que el docente sea un profesional versátil y flexible, con una gran capacidad de adaptación y empatía, conocedor de las nuevas tecnologías aplicadas a la educación y con un gran sentido del humor. Paralelamente, el maestro debe poseer conocimientos y habilidades muy avanzadas sobre las necesidades educativas y psicosociales de los niños que se encuentren hospitalizados, así como un elevado grado de preparación para desarrollar su labor de forma coordinada con los padres, con el personal médico asistencial y demás profesionales encargados de su atención en el hospital.

2.3.2 Abordaje pedagógico del docente hospitalario y domiciliario

El Ministro de Educación (2010) afirma que el alumno en situación de enfermedad requiere un abordaje pedagógico capaz de adaptarse a sus nuevas necesidades: las relacionadas al diagnóstico, a la hospitalización, a las prácticas médicas desconocidas, a la modificación de los tiempos y los espacios, a la pérdida de la cotidianidad, al aislamiento, a la desvinculación de su escuela de origen y de su grupo de pares, a la vivencia de dolor, a los temores, ansiedades y otras manifestaciones subjetivas expresadas en él y su familia. Por ello Naranjo (2005) plantea que es fundamental que los contenidos y las actividades sean flexibles, es decir, que se debe tener en cuenta las características y el estado biopsicosocial del niño enfermo. Panire (2019) agrega que en la práctica docente es fundamental contemplar como estrategia el juego, debido a que a través del mismo se puede motivar y generar cambios en el estado de ánimo en los alumnos, es decir el juego es la estrategia principal para la enseñanza.

Es importante considerar cómo se abordan las necesidades educativas anteriormente nombradas, por ello el Ministro de Educación de la Nación Argentina (2010) plantea que las necesidades educativas se abordarán a partir de organizar el campo de trabajo en la intersección de las dos variables primordiales de análisis: el diagnóstico (patología o enfermedad) y la permanencia (el tiempo que dure esta situación) y son las que el docente deberá contemplar desde una lectura integradora e interdiscursiva para sostener un abordaje flexible, una intervención específica y pertinente, a través de acciones

muchas veces intersectoriales. Por consecuencia, Soto (2017) afirma que la metodología que sigue un docente domiciliario y hospitalario no es universal sino única, porque las estrategias que utilice cada docente van a estar orientadas a las necesidades y características del grupo o el alumno.

Generalmente se busca que el niño o adolescente exprese sus sentimientos, su punto de vista, intereses y principalmente tenga un lugar para la recreación. Es importante destacar que para Sileoni (2010) el docente debe ordenar su campo de trabajo, la escena escolar y establecer una dirección tanto en el pensamiento como en la acción, siguiendo procedimientos que le permitan alcanzar el objetivo. Estos no se podrán establecer a priori sino que derivarán tener una lectura inicial de la realidad, es decir, el proceso educativo inscripto en la amplitud de la subjetividad del alumno y variará de acuerdo a la forma natural con que el alumno aprenda, en la delicada conjugación de sus necesidades y la creatividad del docente. Estos lineamientos podrán inscribirse dentro de una planificación estratégica, la cual será integrada e interdisciplinaria, buscando favorecer el proyecto personal y social del alumno por sobre la visión centrada en el diagnóstico.

Para finalizar destacaremos las actitudes que hay que tener en cuenta al realizar una tarea con un alumno hospitalizado:

- Es conveniente ser tolerantes, comprensivos y cariñosos con el niño en esta situación, pero sin excesos que lleven a la sobreprotección.
- Evitar la utilización del médico u otros profesionales como amenaza para lograr en el niño un determinado comportamiento, pues la relación entre él y quienes lo tratan debe ser de empatía y confianza.
- Se deberá hablar siempre con un lenguaje sincero.
- Se debe propiciar la utilización de todas las manifestaciones comunicativas disponibles como gestos, palabras, juegos y dibujos.
- Priorizar siempre los aspectos afectivos por sobre los propios de los tratamientos médicos, pues es más importante el niño, que la enfermedad que padece.
- Sostener el humor y la actitud esperanzada como recurso “llave” que abra caminos comunicacionales.

Sanchez y Abellán (2013) expone que los docentes hospitalarios y domiciliarios deben realizar una acción integral y de calidad no sólo con el niño enfermo, sino también con los padres y otros profesionales

Capítulo 4: Trayectorias escolares

2.4.1 Aprendizaje escolar

Primero definiremos el aprendizaje para luego comprender el aprendizaje escolar. Pozo (1996) teoriza que el aprender es una propiedad adaptativa inherente a los organismos, sin duda la capacidad de aprender, junto con el lenguaje, el humor, la ironía, la mentira, entre otras adornan nuestra conducta, es decir constituyen el núcleo básico del ser humano, y es lo que nos diferencia de otras especies. La función fundamental del aprendizaje es interiorizar e incorporar cultura, para así formar parte de ella, pero es importante destacar que cada cultura determina qué se enseña y cómo. Para Piaget (1968) el aprendizaje es un proceso de reestructuración del conocimiento, que inicia con un cambio externo, creando un conflicto o desequilibrio en la persona, el cual modifica la estructura que existe, elaborando nuevas ideas o esquemas, a medida que el humano se desarrolla, es decir, el desarrollo de la inteligencia depende de cuatro factores principales:

- I. El desarrollo del niño en término de crecimiento biológico y maduración psicológica.
- II. La experiencia.
- III. La transmisión social.
- IV. El factor de equilibración.

Para Vigotsky (1987) el aprendizaje de los sujetos se desarrolla mediante la interacción social, es decir que los individuos adquieren sus habilidades cognitivas en diferentes contextos mediante la interacción con otros. Y Paín (1983) considera el aprendizaje como el proceso que permite la transmisión del conocimiento desde otro que sabe a un sujeto que va a convertir en sujeto, precisamente a través del aprendizaje. Para finalizar se encuentra, Fernandez (1987) que sostiene que el aprendizaje es un proceso con una elaboración objetiva y subjetiva, lo objetivo es lo que permite acercarse y conocer las

características de ese objeto de conocimiento y lo subjetivo son las significaciones, que están relacionadas con la historia personal del niño. Por ello, tomaremos lo que enuncia Schlemenson (1996), que el aprendizaje no solo dependerá de la inteligencia sino también de la existencia de un deseo, deseo que hará posible el acceso y la apropiación del conocimiento. Es así, como Fernandez (1987) afirma que el aprendizaje es un proceso vincular en donde se ponen en juego cuatro niveles: el organismo heredado, el cuerpo construido especularmente, la inteligencia y el deseo, deseo que siempre es deseo del deseo de otro.

Por tanto, es importante al hablar de aprendizaje, incluir no solo aquellos esquemas biológicos que están inscriptos en el desarrollo intelectual, sino también se deben considerar aquellos intercambios que surgen a partir de los primeros vínculos, la madre, el padre, un abuelo, un hermano. Porque vivir en un ambiente que estimule y habilite al niño para acceder al conocimiento, es un requisito fundamental para la adquisición de nuevas habilidades.

Luego de este recorrido, se puede considerar al aprendizaje como un proceso complejo, atravesado por variables subjetivas, familiares, institucionales, que incluyen tanto los aprendizajes académicos y curriculares, como todas aquellas experiencias que le permitan al sujeto manejar adaptativamente las diferentes situaciones que se le presenten en su cotidianidad. Es decir, que el aprendizaje va a estar determinado por la historia vital del sujeto en donde entran en juego sus vivencias, sus costumbres, así como también el contexto social y cultural al que pertenece. O sea que el aprendizaje dependerá de la experiencia que el sujeto tenga con su entorno, en donde el conocimiento se va adquiriendo y asimilando para hacerlo propio.

Una vez presentado el concepto de aprendizaje, podremos centrarnos en el aprendizaje escolar. Fernández (1955) considera al mismo como una forma del aprendizaje manifiesto debido que el docente y el alumno debe comprobar si han cumplido o no con los objetivos pautados, de igual manera el docente es el verificador de los mismos. Además, plantea que todo aprendizaje escolar exige que los contenidos y las situaciones sean puramente escolares, y para ello se necesita un lugar específico y una relación didáctica. En conclusión, para este autor se considera aprendizaje escolar a todo tránsito

personal que desemboca en una instrucción, donde intervendrán de manera decisiva las circunstancias personales de cada sujeto, la familia, la sociedad y el maestro.

Por otro lado, Filidoro (2002) plantea que el aprendizaje escolar es un proceso de construcción y apropiación del conocimiento que se da por la interacción entre los saberes previos del sujeto y ciertas particularidades del objeto. Es un proceso que se da en situación de interacción social con pares y en el que el docente interviene como mediador del saber enseñar. Por ello, infiere que hay que considerar el aprendizaje como proceso y olvidarnos de los productos, poner el acento en las construcciones que realizan los aprendientes. Escuchar sus argumentaciones, observar sus gestos, movimientos, cómo reacciona frente a los conflictos, cómo se maneja frente al éxito o el error, pueden mostrarnos las estrategias y procedimientos que utiliza.

En síntesis, se puede considerar al aprendizaje escolar como un tipo de aprendizaje que posee las siguientes características:

- Es institucionalizado y regulado, es decir, se realiza dentro de una institución, donde los contenidos del currículum se convierten en el fin específico de la vida y las relaciones entre los individuos que conforman el grupo. Es un aprendizaje guiado, monitoreado y controlado.
- Es descontextualizado. Es un aprendizaje fuera de contexto debido a que los contenidos que se enseñan no son requeridos por la participación directa en una actividad social determinada, sino por los requerimientos de un currículum que establece lo que se debe saber.
- Se realiza dentro de un grupo-clase. Si bien el aprendizaje es un proceso personal, se aprende de otros y con otros.

2.4.2 Trayectoria escolar

Directores que Hacen Escuela (2015) consideran que la noción de trayectoria escolar refiere al desempeño de los alumnos a lo largo de su escolaridad, año a año, observando su punto de partida, los procesos y resultados del aprendizaje. Este concepto subraya la importancia de conocer la historia de cada alumno en la escuela, teniendo en cuenta su pasado y su futuro. Hacia atrás, la vista está puesta en los docentes, sus estrategias de

enseñanza y sus resultados; y hacia adelante, la apuesta consiste en profundizar el aprendizaje. Por ende, el concepto de trayectoria invita a pensar, y sobre todo a actuar, para promover la inclusión educativa y garantizar la misma. Mirar la trayectoria invita a redescubrir a la persona en el alumno, al alumno en su aula con un docente y tiempo determinado, al aula en la escuela conducida por un equipo directivo que a su vez es acompañado por un supervisor.

Terigi (2007) expresa que el sistema educativo se define a través de su organización y sus determinantes, lo que llamamos trayectorias escolares teóricas. Barros (2015) plantea que son las que el sistema educativo define como una forma de organización e itinerarios cronológicos estándares que condicionan el tránsito de los estudiante por el sistema.

Por ello Terigi (2007) afirma que las trayectorias teóricas describen recorridos lineales y continuos ajustados a los tiempos pautados por la cronología del sistema es decir, expresan los recorridos de los sujetos en el sistema y siguen la progresión lineal prevista por éste en los tiempos marcados por una periodización estándar. Existen tres rasgos del sistema educativo que son especialmente relevantes para la estructuración de las trayectorias teóricas: la organización del sistema por niveles, la gradualidad del currículum, el análisis de los grados de instrucción. Por otro lado, enuncia que gran parte de los niños y jóvenes transitan su escolarización de modos heterogéneos, variables y contingente, por ende plantea las trayectorias reales. Las mismas describen los itinerarios singulares que los estudiantes efectivamente realizan por las ofertas de escolarización que existen, es decir que las mismas expresan la vida cotidiana de la escuela.

Tanto las trayectorias reales como teóricas forman las conocidas trayectorias escolares. Es necesario advertir que la centralidad de la trayectoria teórica oscurece aspectos de las trayectorias reales cuyo mejor conocimiento y consideración podrían ampliar las capacidades de las políticas y de las escuelas para la inclusión educativa.

En un documento del Ministerio de Educación de la Nación Argentina (2014) se enuncia cómo es la trayectoria escolar del alumno de la modalidad Hospitalaria y Domiciliaria, dado que no es la misma que un alumno de escuela formal. Por lo cual, la

trayectoria escolar del niño en situación de enfermedad está estrechamente ligada a su enfermedad y su tratamiento, es decir, la evolución, las complicaciones, las recaídas y las derivaciones son factores que influyen en la escolaridad del alumno. Muchas veces ocurre que el niño puede regresar a la escuela de origen por períodos más o menos prolongados de tiempo, debiendo recurrir a la escuela Domiciliaria u Hospitalaria en otros momentos más reducidos. Por lo tanto, las trayectorias educativas de estos alumnos consisten en idas y vueltas por los distintos escenarios en forma variada pero continua. El Ministerio de Educación de la Nación Argentina (2014) enuncia:

Es necesario generar un debate con las escuelas de formato “tradicional” para que el ingreso y la salida de los alumnos con enfermedades complejas, que presentan recaídas o que implican reposos o internaciones recurrentes, se produzca de manera natural. Los fantasmas en torno a los riesgos que supone recibir a alumnos con problemas de salud y el desconocimiento real de sus posibilidades dan como resultado que en muchas escuelas los chicos se encuentren privados de esa posibilidad. Sostener esta discusión, poder argumentar, explicar y hacer comprender a quienes así no lo entiendan, será una tarea más de quienes se desempeñen en la modalidad de Educación Domiciliaria y Hospitalaria (Ministerio de Educación de la Nación, 2014, p. 20).

A partir de lo expuesto se conjetura que al considerar las trayectorias escolares se evita toda posibilidad de fracaso escolar y futuras deserciones, respetando el derecho a la educación.

Capítulo 5: Concepciones

Contreras (2009) expresa que las concepciones aparecen como estructura importante para descubrir pensamientos es decir dentro del concepto de concepción se encuentran las creencias, preferencias, gustos, significados e imágenes mentales que tiene el sujeto de una temática. En concordancia, Ponte (1994) señala que las concepciones pueden ser vistas como el plano de fondo organizador de los conceptos. En otras palabras, el autor señala que la concepción se constituye como mini teorías. En conclusión las concepciones condicionan la forma de abordar las tareas, por ello Contreras (2009) enuncia que las concepciones actúan de filtro y elemento decodificador de las informaciones procedentes de cualquier ámbito.

Azcárate (2006) plantea que las concepciones de los docentes consisten en la estructura que posee cada profesional, ya que desde la misma expone sus conocimientos para posteriormente enseñarlos o transmitirlos a sus estudiantes. En paralelo para Thomson (1992) las concepciones de los profesores están conformadas por aspectos muy diversos. Por ejemplo, lo que considera un profesor como objetivos deseables, su propio rol en la enseñanza, el rol de los estudiantes y las actividades.

Tercera parte

3.1 Encuadre metodológico

Este estudio tiene un enfoque cualitativo con carácter descriptivo y comparativo.

3.2. Problema

¿Cuáles son las concepciones de los docentes hospitalarios y domiciliarios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Caba) en el 2021 sobre la trayectoria escolar de los niños que se encuentran en una situación de enfermedad que impide la asistencia presencial a la escuela ?

3.3 Muestra

Escuela domiciliaria

- Docente nivel primario
- Docente nivel medio
- Psicóloga
- Coordinadora de la modalidad

Escuela Hospitalaria:

- Docente nivel primario
- Docente nivel medio
- Docente de nivel Inicial
- Coordinadora de la modalidad

3.4 Objetivos

Generales

- Inferir las concepciones de trayectoria escolar que tienen los docentes hospitalarios y domiciliarios respecto a los niños en situación de enfermedad.

Específicos

- Identificar las funciones e intervenciones de los profesionales domiciliarios y hospitalarios.
- Identificar los modos de trabajo de los profesionales domiciliarios y hospitalarios.
- Comparar la normativa con la puesta en práctica

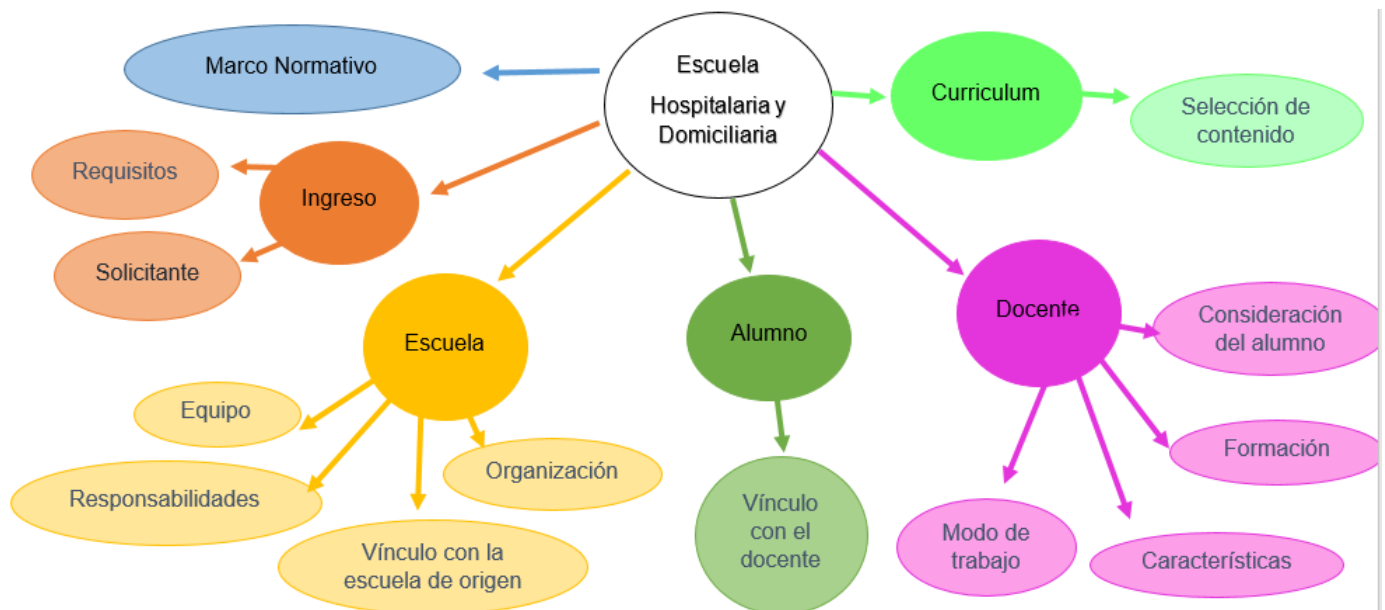
3.5 Recolección de datos

El instrumento de recolección de datos de esta investigación fue la entrevista en profundidad, utilizando videoconferencia, la cual fue realizada a los profesionales de la escuela domiciliaria y hospitalaria de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y constó de una guía temática para abordar los objetivos del presente estudio. Los datos fueron obtenidos de las entrevistas realizadas a través de preguntas abiertas. La técnica de análisis estuvo centrada en la Teoría Fundamentada de los Datos.

Cuarta Parte

4.1 Análisis e interpretación de los datos

A partir del análisis de datos, emergieron seis categorías y a su vez subcategorías. Las mismas permiten ordenar el trabajo para poder llegar a comprender la concepción de la trayectoria escolar que tienen los docentes domiciliarios y hospitalarios respecto a los niños en situación de enfermedad



4.1.1 Marco normativo

El marco normativo es un conjunto general de normas, criterios, metodologías, lineamientos y sistemas, que establecen la forma en que deben desarrollarse las acciones dentro de la Escuela Domiciliaria, es decir, es lo que enmarca la modalidad. En este componente se desarrollarán los conocimientos que tienen los docentes del mismo.

La Ley Nacional de Educación N° 26.206, establece que las políticas educativas deberán asegurar la inclusión, la integración y el logro educativo de niños, jóvenes y adultos en todos los niveles y modalidades. El sistema educativo nacional comprende ocho modalidades, segmentadas en opciones organizativas y/o curriculares de la educación que buscan dar respuestas a requerimientos específicos de formación, atendiendo las particularidades, permanentes o temporales, tanto personales como contextuales. La

modalidad hospitalaria y domiciliaria, a nivel Nacional integra una de las ocho modalidades establecidas en la citada Ley.

Paralelamente, el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA) en el DECRETO N° 2266/GCABA/2006, manifiesta que la Educación Especial es la modalidad del sistema educativo destinada a asegurar el derecho al acceso a la educación que tiene todo niño/a, adolescente y joven con discapacidad temporal o permanente, y de esta manera, fomentar la inclusión educativa. La modalidad Especial se divide en tres escalafones:

- Escalafón A: Escuelas domiciliarias y hospitalarias.
- Escalafón B: Escuelas Integrales Interdisciplinarias (EII). Centros Educativos Interdisciplinarios (CEI). Centros Educativos para Niños con Tiempos y Espacios Singulares (CENTES).
- Escalafón C: Escuelas propiamente dichas de educación especial.

En esta línea, tomando los datos recolectados, *“la modalidad está enmarcada por la Ley de educación domiciliaria / hospitalaria que está reconocida dentro de la Ley de Educación Nacional N° 26.206”*. La modalidad hospitalaria y domiciliaria se encuentran en el marco de la Ley nacional de educación, pero paralelamente a nivel jurisdiccional se encuentra establecida en el ámbito de la educación especial. Tal como comentaron los profesionales entrevistados *“las Escuelas Hospitalarias y Domiciliarias pertenecen al Escalafón A de Educación Especial”, “en CABA la modalidad se encuentra dentro de educación especial”*. Por ello, se produce una tensión entre la normativa nacional y el estatuto jurisdiccional. El docente observará y por ende, concebirá a la trayectoria escolar desde la modalidad especial, considerando a la enfermedad como una discapacidad, ya que se enmarca en su normativa jurisdiccional.

Hay miradas en torno al alumno, que se encuentran atravesando una situación de enfermedad, las cuales muchas veces suelen relacionarse a la discapacidad. Estas perspectivas tienen su raíz en la formación docente, que también se encuentra diferenciada en educación común y educación especial. Tal es así que posiblemente haya docentes que tengan un enfoque rehabilitador, plasmado en la Ley N° 22.431, o bien una perspectiva basada en derechos que está respaldada por la Ley N° 26.378.

Es por esto que el accionar del docente estará estrechamente relacionado con la perspectiva que posea respecto a la discapacidad. Si se encuentra en una perspectiva rehabilitadora va a considerar a la discapacidad como una deficiencia o alteración de las funciones o estructuras corporales, siendo la misma una limitación para el niño, predisponiendo el accionar a una mirada segregadora. Por otro lado, si se centra en una perspectiva basada en los derechos, considerará a la enfermedad como una deficiencia física, mental, intelectual o sensorial, que en interacción con las barreras del entorno puede impedir una participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones que los demás. Desde este modelo, el accionar del docente deberá centrarse en minimizar esas barreras para que el alumno pueda acceder a su derecho de aprender, aún en la circunstancia que se encuentre.

A partir de lo expuesto, se piensa que el accionar del docente hospitalario y domiciliario está centrado en la educación especial, manifestando una tensión entre la normativa nacional y jurisdiccional, ya que los docentes se encuentran poniendo el foco en el déficit del niño, tomando a la enfermedad como discapacidad.

4.1.2 Ingreso

A. Requisitos

En la mencionada anteriormente Ley N° 26.206 se expresa que, como requisito para el ingreso a la modalidad domiciliaria debe haber un mínimo de treinta (30) días corridos de inasistencias. Tal período podrá adecuarse según los mecanismos administrativos y pautas organizativas de cada jurisdicción.

Tomando los datos recolectados, los profesionales enunciaron que *“Se necesita un certificado que diga que por 30 días no vas a poder asistir a la escuela (...) es decir, un certificado que diga que tenés tal situación y que por tanto tiempo vas a estar fuera del aula”*. Allí se observa que la normativa nacional establece un solo requisito, pero se detecta que a nivel jurisdiccional se solicitan más. Tal es así que los profesionales expresaron: *“En el caso de domiciliaria otro requisito es que el alumno viva en capital, porque el docente se maneja en capital no va de ninguna manera a lugares de provincia y que la escuela a donde él concurre también sea de capital. Hay situaciones muy*

excepcionales”. “ En segundo lugar tiene que ser alumno de matrícula de una escuela común ya tiene que estar inscripto en una escuela”. “ Para anotarte en domiciliaria necesitas una aptitud del médico que dice que podés recibir clase”.

A nivel jurisdiccional en la escuela domiciliaria, se solicitan más requisitos para el ingreso, es allí donde comienza la tensión entre la normativa jurisdiccional y la nacional. Lo solicitado a nivel jurisdiccional se contrapone con el objetivo de la modalidad, debido a que el ingreso a la misma dificulta la continuidad de la trayectoria escolar del alumno en situación de enfermedad.

En lo que respecta a la Escuela Hospitalaria el Ministerio de Educación de la Nación (2014) se enuncia que cuando un alumno debe ser internado en una institución sanitaria, la intervención de la Modalidad debe iniciarse seguidamente, sea cual fuere el tiempo previsto de internación, ya que generalmente, se desconoce la duración de la misma.

Los profesionales expresaron que: *"En hospitalaria el ingreso es automático por el simple hecho que te encuentras en el hospital "; "Simplemente por el hecho de estar internado ya tenes derecho a un docente hospitalario"; "El único requisito es que se encuentre internado".* Así puede observarse que la normativa jurisdiccional de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C.A.B.A.) y la Nacional no poseen requisitos para el ingreso. Con el simple hecho de ingresar al hospital el alumno posee el derecho a tener un docente para acompañar su trayectoria mientras se encuentre en el período de internación.

Paralelamente los profesionales enunciaron que: *“Si es de corta internación (menos de 14 días) la modalidad no se contacta con la escuela de origen, si es de larga internación (mayor a 14 días) si se contacta”.* Si bien la normativa expresa la inmediatez de un docente hospitalario, dependerá del tiempo de internación si el docente ocupará el rol, ya que según el lapso de internación será como se considere la trayectoria escolar de este alumno. Los primeros catorce (14) días apelará a recursos cognitivos que estimulen la distracción, sin obtener conexión con su escuela de origen poniéndose en contradicción con el objetivo principal de la modalidad, garantizar la continuidad pedagógica.

Para el docente hospitalario la perspectiva de la trayectoria escolar depende del tiempo de internación, y así también la responsabilidad del docente, ya que no es lo mismo planificar una clase con la mirada en la continuidad pedagógica que planificar con el objetivo de distraer.

A partir de lo expuesto se piensa que el ingreso a la escuela domiciliaria y hospitalaria provoca que el alumno en situación de enfermedad realice una pausa en su trayectoria escolar, debido que en la domiciliaria, estará condicionada a los cumplimientos de los requisitos y en la hospitalaria por la demanda y el tiempo de internación del alumno

B. Solicitante

La Resolución N° 4776/MEGC/06 (2019) establece que los alumnos que posean alguna enfermedad o presenten algún obstáculo que le imposibilite la asistencia al establecimiento en forma permanente o semipermanente, serán inscriptos en la escuela domiciliaria u hospitalaria, correspondiente en forma directa o por intermedio de las autoridades de la institución donde concurrieran con anterioridad.

Tomando los datos recolectados se destaca que en la escuela domiciliaria *“Quien solicita la intervención de la escuela domiciliaria es la escuela de base del niño enfermo”*. *“[La escuela domiciliaria] Se tramita a través de la escuela de origen del alumno. La madre/padre/tutor se debe acercar a la escuela de origen solicitando un docente domiciliario. Acto seguido, la Conducción de la escuela de origen se comunica telefónicamente con la Escuela Domiciliaria, quien realiza la inscripción en su matrícula”* Por ello, se observa que la normativa se encuentra en contraposición con la realidad, ya que lo que sucede es que el tutor del alumno debe contactarse con la escuela o con el personal de supervisión para que puedan inscribirlo.

Mientras que los profesionales de la escuela hospitalaria expusieron: *“El ingreso es automático, se acerca un docente a la sala/cama y acuerda con la familia”; “La intervención de la escuela hospitalaria en líneas generales se hace a través del médico tratante del niño internado que se acerca a la escuela informando que hay un niño en el hospital que va a permanecer en largo tratamiento dentro del hospital”*. Manifiestan

que la solicitud de ingreso la realiza el equipo de salud o de educación en el mismo hospital. Se observa que tanto el equipo de salud como el de educación tienen la posibilidad de realizar el ingreso o solicitar el mismo, es decir, ambos sistemas comparten la responsabilidad del ingreso. Es por esto que la responsabilidad administrativa de garantizar el ingreso a la escuela hospitalaria se encuentra compartida con el sistema de salud ya que en el proceso de solicitud los alumnos lo pueden realizar ambos sistemas.

A partir de lo expuesto, se percibe que en la escuela domiciliaria el ingreso es un proceso burocrático, extenso y complejo que se contrapone a la normativa jurisdiccional, provocando una dificultad en la continuidad de la trayectoria escolar del alumno en situación de enfermedad. Mientras que en la escuela hospitalaria la responsabilidad se encuentra compartida con el sistema de salud ya que en el proceso de solicitud de ingreso lo pueden realizar ambos sistemas.

4.1.3 Escuela

Las Escuelas Domiciliarias *“son designadas como tales, los establecimientos educativos que lleven a cabo la escolarización de los sujetos que cursan los niveles obligatorios y que se encuentren en reposo domiciliario, contando con una sede administrativa o espacio físico para la coordinación y organización de la tarea”* (Consejo Federal de Educación, 2013, p. 21)

Las Escuelas Hospitalarias *“son designadas como tales, los establecimientos educativos que lleven a cabo la escolarización de los sujetos que cursan los niveles obligatorios y que se encuentren en reposo domiciliario, contando con una sede administrativa o espacio físico para la coordinación y organización de la tarea”* (Consejo Federal de Educación, 2013, p.21)



A- Equipo:

Un equipo es un grupo de dos o más personas que se encuentran unidas con un objetivo común. El mismo en la escuela domiciliaria y hospitalaria tiene como propósito poder sostener la trayectoria escolar de los alumnos en situación de enfermedad, garantizando la igualdad de aprendizaje.

El Decreto N° 2266/GCABA/06 expresa que la escuela domiciliaria está integrada por

1. El equipo directivo, encargado de la responsabilidad pedagógica y administrativa en el logro de objetivos y cumplimiento de funciones.
2. El equipo Interdisciplinario de Profesionales integrado por Asistentes Sociales, Psicólogos y Psicopedagogos, que poseen la tarea de orientar al alumno y a su familia mediante acciones coordinadas con la escuela y la comunidad.
3. El equipo de docentes tiene la responsabilidad de tener en cuenta los contenidos de la escuela de origen del alumno, con el fin de continuar el proyecto de enseñanza y de aprendizaje determinado por la escuela de origen.

Tal es así que los profesionales expresaron que: *“las escuelas domiciliarias en secundaria tienen un cuerpo docente que en general 1 o 2 profesores de Inglés, y a veces un profesor de artística. Aparte de eso cuentan con un asesor pedagógico, un psicopedagogo, psicólogo y trabajador social, y un coordinador de Nivel medio (una especie de vicedirector)”*; *“En la Escuela Domiciliaria hay un equipo de trabajadores sociales y psicólogos que pertenecen a la planta funcional de Educación”*; *“El equipo interdisciplinario está compuesto por psicóloga psicopedagoga y trabajadora social cada uno tiene sus roles bien definidos conforme a su formación”*. *“El trabajo en domicilio es mucho más solitario, vas vos al domicilio y trabajas solo con el alumno, no te cruzas con tus compañeros”* A nivel jurisdiccional se estableció un equipo de trabajo con sus funcionalidades propiamente dichas pero las mismas se encuentran en tensión con la realidad. Ya que el equipo interdisciplinario y directivo, trabaja como soporte del docente siendo el mismo el responsable de la continuidad pedagógica y de la trayectoria del alumno.

Continuando el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2006) en el Decreto N° 2266/GCABA/06 establece que la escuela Hospitalaria cuenta con una planta funcional compuesta por maestros de grado, de educación inicial, primario y secundario, además de poseer profesores curriculares de Música, Plástica y Tecnología. Funciona bajo la coordinación del equipo de conducción, compuesto por Directora, Vicedirectora y Secretaria. La misma no posee un equipo interdisciplinario que dependa de la institución de educación.

Tomando los datos recolectados, los entrevistados enunciaron: *“En la Escuela Hospitalaria no hay equipo interdisciplinario en la planta funcional de la Escuela, pero sí se trabaja en articulación con los equipos interdisciplinarios de la planta funcional del Hospital cuando algún motivo particular lo amerita”; “Si la escuela hospitalaria tendría su equipo se súper pondrían los roles”. “Lo que es hospital hay un equipo interdisciplinario del Hospital (...) si vos tenés una buena articulación con el director del hospital, (...) las dos instituciones trabajan articuladamente y cuando surge alguna demanda de algún estudiante en situación de riesgo, se puede recurrir al trabajo social del hospital y entonces pueden colaborar: psicopedagoga o el psicólogo del hospital!.* La escuela hospitalaria trabaja con el hospital, uniéndose el sistema de educación y de salud, ya que comparten personal. Sin embargo, se observa un trabajo en red entre ambos sistemas, ya que el docente debe solicitar ayuda si lo cree necesario, demostrando que el sistema de salud se encuentra al auxilio del sistema de educación. El equipo interdisciplinario se manifiesta si el docente lo solicita.

En esta línea, los profesionales expresaron que: *“[En hospitalaria tenes a la conducción más accesible] actualmente tengo una duda o un conflicto, subo, y buscamos la forma de manejarlo o la solución”; “Equipo forma una red, y dentro de la red está la conducción a la que podés acudir siempre que pasa algo”.* Aquí puede observarse que el equipo docente y directivo trabajan en conjunto si el docente lo solicita, pero de igual manera se detecta que el encargado de sostener y acompañar la trayectoria del alumno es el docente, ya que el equipo directivo interviene si el mismo solicita ayuda.

A partir de lo expuesto se advierte que, tanto en las escuelas domiciliarias como en las escuelas hospitalarias, no se presenta un trabajo en red entre los equipos ya que el

equipo interdisciplinario y directivo, trabaja como soporte del docente siendo el mismo el responsable de la continuidad pedagógica y de la trayectoria del alumno. Manifestándose una contradicción entre lo expresado en la normativa jurisdiccional y la realidad.

B- Responsabilidades

La responsabilidad es dar cumplimiento a las obligaciones que posee la escuela domiciliaria y la escuela de origen del sujeto en situación de enfermedad. El objetivo de la modalidad es garantizar la igualdad de oportunidades a los alumnos, permitiéndoles la continuidad de sus aprendizajes y su reinserción al sistema común, cuando puedan realizarlo. Por ende, la responsabilidad principal es sostener la trayectoria escolar del alumno y articular acciones con la escuela de origen del mismo.

Los profesionales de la escuela domiciliaria manifiestan que *“el docente de origen es el que te va a decir a vos, docente de la modalidad, cuáles son las dificultades o el potencial de este estudiante”*; *“tanto en domiciliaria como hospitalaria el docente debe realizar los informes y garantizar la continuidad escolar, mientras que la escuela de origen debe otorgar los programas”*; *“el docente de origen es el que te va a decir a vos, docente de la modalidad, cuáles son las dificultades o el potencial de este estudiante”*.

Mientras que profesionales hospitalarios dijeron *“A partir de los 14 días de internación la coordinación se comunica con la escuela de origen y la misma nos debe enviar los programas y contenidos que están trabajando los compañeros del alumno”*, *“Tanto en domiciliaria como hospitalaria el docente debe realizar los informes y garantizar la continuidad escolar, mientras que la escuela de origen debe otorgar los programas”*.

Por consiguiente, se observa que es importante para la continuidad de la trayectoria de los sujetos en situación de enfermedad, que los profesionales de la modalidad y los docentes de la escuela de origen trabajen en conjunto para poder sostener la continuidad pedagógica y el reingreso a la escuela de origen, ya que, es esperado que el estudiante forme parte de la escuela domiciliaria y hospitalaria por un tiempo.

En el Decreto N° 2266/GCABA/06 se expresa que el sujeto continúa perteneciendo a su escuela de origen, por ello los profesionales domiciliarios enuncian que *”si hay una materia que la escuela domiciliaria u hospitalaria no puede dar, la escuela de base deberá brindarse. Por eso se crean acuerdos donde acuerdan qué materias estarán a cargo de cada escuela”*; *”Nosotros lo que hacemos es darle las materias y las otras que no podemos dárselas, se las va a tener que dar la escuela de base a través de trabajos prácticos, o como guste”*. Asimismo, los datos recolectados de la escuela hospitalaria manifestaron que: *“Nunca deja de ser alumno del sistema educativo, la vacante la conserva en la escuela donde fue matriculado al inicio del ciclo lectivo, no es matrícula de la modalidad, la misma no tiene alumnos propios, solo son transitorios mientras dure la situación de enfermedad”*. Por lo tanto, se desprende que la normativa considera a las trayectorias escolares de los alumnos en situación de enfermedad como una construcción conjunta entre la escuela de origen y la modalidad, donde existirán materias que dicta la modalidad y otras la escuela. Para ello será necesario una comunicación fluida.

La comunicación para la escuela domiciliaria se realiza a través de informes y acuerdos escritos, generando una comunicación entre las partes teñida de cuestiones administrativas, dando por resultado que el alumno se encuentre en el medio de ambas escuelas siendo “rehén” de la situación. Sin embargo, para la escuela hospitalaria, la comunicación con la escuela de origen se realiza luego de los catorce (14) días de internación, provocando que si un alumno se encuentra a menos del mencionado plazo su trayectoria escolar sufrirá una pausa. Por ello, se considera que el tiempo de internación va a determinar la concepción de la trayectoria y así también la responsabilidad del docente, ya que no es lo mismo planificar una clase con la mirada de garantizar la continuidad pedagógica que planificar con el objetivo de distraerlo.

A partir de lo expuesto, se considera que la normativa jurisdiccional específica responsabilidades que no se realizan en la práctica, dando como resultado que la modalidad domiciliaria y hospitalaria no sean un dispositivo de inclusión educativa, sino de permanencia ficticia en el sistema educativo ya que sostiene al alumno para continuar dentro del mismo, pero no se lo incluye.

C- Vínculo con la escuela de origen

Riviere (1980) afirma que el término *vínculo* es la forma en que una persona se enlaza con las demás, estableciendo una estructura relacional entre ambos comunicantes que va a ser única entre ellos dos. En esta subcategoría trabajaremos la relación que hay entre la escuela de origen y la domiciliaria o hospitalaria, debido a que el vínculo entre las partes es fundamental para asegurar la continuidad de los aprendizajes y el vínculo con sus docentes y su grupo de pares, para facilitar el retorno a la escuela de origen, cuando su situación de salud lo permita.

Los profesionales de la escuela domiciliaria expresaron *“Muy rara vez te daban el número de la docente de origen para que te comuniques con él, quizás por algún tema puntual, pero generalmente las conducciones se encargaban de la comunicación”; “Entre que se comunican la escuela de origen y la domiciliaria] pasaron 20 días”; “[A veces] la escuela de origen no colabora mucho. Entonces trabajamos en cierta soledad, pero trabajamos igual.(...) reforzando que el estudiante es de la escuela de origen, no es de la modalidad. [Tratando de que] la escuela colabore con nosotros y nosotros con ella. Será un trabajo cooperativo entre las dos(...). El problema existe cuando ese estudiante se desvincula totalmente de la escuela. Y esto pasa (...) porque por empezar es complicado el contacto”.*

Mientras que los profesionales de la escuela hospitalaria enunciaron que : *“El docente de origen es el que te va a decir a vos, docente de la modalidad, cuáles son las dificultades o el potencial de este estudiante”; “La comunicación entre escuela y modalidad es fundamental para la continuidad de los aprendizajes. Aunque en ocasiones se hace complejo pero vamos avanzando”; “[La comunicación con la escuela de origen] Depende mucho del tiempo de internación del alumno”; “La comunicación se hace de manera jerárquica, las conducciones se comunican, (...) por tema administrativo, charlaban con la maestra y después la conducción de la modalidad le pasaba la información al docentes”.*

Por lo indicado anteriormente, se considera que entre la escuela de origen y la escuela domiciliaria u hospitalaria hay un vínculo jerarquizado debido a que la comunicación se

lleva a cabo entre los directivos, y no de docente a docente. Se observa que en la hospitalaria, la comunicación con la escuela dependerá del tiempo de internación del sujeto, debido a que si el alumno se encuentra a menos de catorce (14) días, las instituciones no se comunican, provocando una pausa en la trayectoria escolar. Por lo cual, la normativa enuncia el trabajo en conjunto de las dos escuelas para asegurar la continuidad pedagógica pero el mismo se encuentra interferido por procesos burocráticos

A partir de lo expuesto se observa que al depender la comunicación del tiempo de internación y de las jerarquías, la escuela de origen no le brinda a los docentes hospitalarios y domiciliarios información sobre el niño (alumno). Solo posee el diagnóstico de su enfermedad, y ello hace que se comience planificando y coordinando un encuentro en base a la enfermedad y no a los objetivos pautados en su escuela de origen. De esta forma, el alumno se encuentra en una situación de desventaja y desigualdad respecto a sus compañeros haciendo que no se cumpla el derecho la igualdad de aprendizajes, provocando una permanencia ficticia en el sistema educativo del alumno

D- Organización:

Cuando hacemos referencia a esta categoría hablamos de cómo se organiza la escuela domiciliaria y hospitalaria. Presidencia de la Nación (2014) enuncia que cada provincia y que la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (C.A.B.A.) establecerá la forma de organización más adecuada acorde a su diseño, considerando las características poblacionales, geográficas, sanitarias y epidemiológicas, a fin de incluir a todos los alumnos que requieran de la Educación Domiciliaria y/u Hospitalaria.

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires el servicio educativo de atención domiciliaria y hospitalaria para alumnos depende funcional y administrativamente de la dirección del área de Educación Especial. Es decir que actúa sobre las bases de la educación especial.

En primer lugar, se detecta que la trayectoria escolar de los sujetos en situación de enfermedad se encuentra estrechamente ligada al curso que asume la enfermedad y su tratamiento. Tal es así, que los profesionales domiciliarios enunciaron "*Se van armando*

circuitos horarios para que el chico tenga, no todo, porque también hay que tener en cuenta una cosa. El chico está en una situación de enfermedad". Asimismo los docentes hospitalarios expresan: "A veces había muchos chicos internados entonces vos sabias quien estaba poco tiempo y quien iban a estar mayor tiempo, en ese momento por un tema de tiempo, se realizaba una escala de prioridad donde se prioriza a los alumnos que iban a continua"; "Desde el día que ingresa ya tiene clase, este un día dos o meses(...) no importa aunque sea un día algo trabajas".

La normativa expresa que la trayectoria va a depender de la salud del alumno, pero la realidad es que la misma se circunscribe a la demanda hospitalaria que se obtenga en ese momento, es decir se busca que todos los alumnos posean un docente, sin embargo por la falta de profesionales se realiza una escala de prioridades tomando la variable tiempo como organizador. Esta situación denota una falta de recurso humano que complejiza la posibilidad de dar respuesta a la demanda. Por ello, los profesionales hospitalarios entrevistados enunciaron que " *Lo cierto es que [en el Gutierrez] somos tres [docentes] nada más*"

De igual manera se detecta que la trayectoria escolar está estrechamente ligada a la asistencia de los docentes, por ello, los datos domiciliarios reflejan que "*[En domiciliaria] Nos pasa de tener momentos en los cuales no podes ir a la casa del chico. Yo tengo resfriado y no puedo ir a la casa de ninguno*"; "*No hay tantos docentes(...) en realidad es que tienes 5 profesores de sociales para abarcar todo lo que es Rivadavia norte*". Por ese motivo, se observa que la normativa expresa que la trayectoria va a depender de la salud del alumno, pero la realidad es que la misma se ajustará a la salud del docente y de la demanda que se obtenga en ese momento. Esta situación denota una falta de recurso humano que complejiza la posibilidad de dar respuesta a la demanda.

Respecto al encuadre domiciliario, los entrevistados expresaron que: *El encuadre de trabajo se plantea a través de actas acuerdo con la familia donde se consigna tiempo de trabajo semanal, características del espacio en la casa, necesario para recibir la propuesta educativa (mesa y sillas). Esas características incluyen mesa despejada que el niño o joven/adolescente utilizará durante el tiempo en que asiste el docente. Siempre debe estar presente un adulto responsable, nunca debe estar solo con el alumno/a.*

Contar con útiles escolares necesarios para trabajar". *"varias veces sucede que ingresan al establecimiento y la madre va a comprar o te pide que cuides al niño mientras realiza otra actividad"*. Por lo tanto, la normativa solicita un adulto e instrumentos determinados para una clase. Pero si la situación familiar o económica no cumple con lo solicitado para que el niño continúe con su trayectoria, el docente flexibiliza el encuadre haciendo responsable de la continuidad pedagógica al docente domiciliario, ya que él mismo adapta la normativa con el fin de que el alumno obtenga una continuidad pedagógica.

Asimismo en correspondencia con el encuadre hospitalario, los entrevistados revelaron que: *"En lo hospitalario vos trabajas a pie de cama, se le llama cuando se trabaja con el alumno en la cama porque no se puede mover por lo que fuere"*. La práctica pedagógica se desarrollará en el pie de cama en la habitación de un hospital con diferentes actores que intervienen, los mismos van a influenciar al momento de la realización de la clase. Aquí entra en juego el sistema de salud y el sistema de educación, ya que los médicos y enfermeros son actores que el docente debe considerar para la atención a pie de cama; siendo él mismo el responsable de la continuidad pedagógica, ya que deberá trabajar en un ámbito de movimiento y emergentes con el fin que el alumno obtenga una continuidad pedagógica.

A partir de lo expuesto se observa que organizativamente la escuela domiciliaria y hospitalaria enfocan su concepción de la trayectoria escolar como sostén más que a una inclusión educativa. Esto sucede debido a que el docente es el único responsable de la continuidad pedagógica y adecuar la normativa del encuadre provocando que el alumno obtenga una permanencia ficticia dentro del sistema educativo y no que continúe con su trayectoria al igual que sus compañeros generando un desequilibrio de aprendizajes entre sus compañeros y él.

4.1.4 Alumno

Cuando hacemos referencia a esta categoría hablamos específicamente del alumno de la modalidad Hospitalaria y Domiciliaria. Aguirre y Vargas (2017) sostienen que, cuando hablamos de un alumno que atraviesa una situación de enfermedad no nos referimos a

un alumno enfermo, debido que dicha expresión sitúa a la enfermedad como equivalente de todo su ser. La Modalidad Hospitalaria y Domiciliaria ubica a las afecciones de la salud como una condición circunstancial de la vida, independientemente del pronóstico de las mismas.

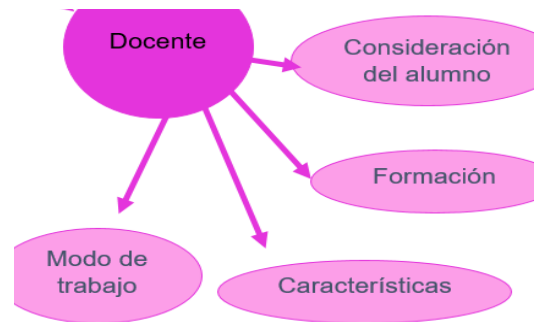
A partir de la información obtenida, se ha observado que la mayoría de los profesionales manifestaron la importancia del vínculo docente-alumno ya que a partir del mismo se construye el aprendizaje. Tal es así que los docentes entrevistados expresaron: *“[Como trabajé creando un video juego de historia] Nunca me suspendió una clase. Por lo tanto, el docente está asumiendo la responsabilidad de generar un vínculo positivo con el alumno para que los alumnos puedan aprender. En concordancia, los profesiones enunciaron: ”el tema del vínculo es importantísimo(...), lo primero que uno tiene que elaborar y cultivar es el vínculo con el chico. Porque lo que nos va a permitir hacer la alianza (...) el vínculo es una las cosas más maravillosas a construir con estos chicos”; ”Primero generar ese vínculo [Docente- alumno], ver si realmente quiere ser escolarizado en ese tiempo”; “El vínculo [Docente- alumno] tiene características propias del trabajo con esas situaciones[de enfermedad], paciencia, flexibilidad, empatía, etc”; “Yo tuve una alumna que vino a mi casamiento, y es el día de hoy que yo sigo hablando con ella(...) Si es cierto que uno genera un vínculo con el otro mucho más coloquial y más cercano”.*

A partir de lo expuesto, se deduce que el vínculo generado entre el docente y el alumno tiene la función de guiar y motivar al estudiante que se encuentra atravesando una situación de enfermedad. Es así que el accionar docente se relaciona un accionar terapéutico más que educativo. La clase se convierte en un encuentro terapéutico y no en una construcción de saberes, siendo el objetivo principal del docente construir un vínculo con el alumno generando una resignificación en la enfermedad y conectándolo con el lado sano que perdió

4.1.5. Docente

En el 2010 el Ministro de Educación de la Nación Argentina (Alberto Sileoni) anunció que el docente es un instrumento mediador entre el alumno y el conocimiento, destacando que el profesional de la educación habilita espacios de

enseñanza-aprendizaje donde se encuentre. La labor principal de los docentes hospitalarios y domiciliarios se ve abocada a educar en la enfermedad. Ello exige conocer las patologías y las estrategias necesarias para ser abordadas en esta situación, con todas sus implicaciones, restricciones y oportunidades. Para abordar esta categoría con profundidad se ha decidido dividirla en 4 subcategorías.



A- Modo de Trabajo

En esta subcategoría se destacan las formas que poseen los docentes para enfrentarse a su tarea. Es importante destacar que los educadores tienen que poseer herramientas que les permitan enfrentarse a realidades diversas a lo largo de su jornada.

Salgado (2020) menciona que la labor principal de los docentes hospitalarios y domiciliarios, se ve abocada a educar en la enfermedad, por lo cual trabajo del aula domiciliaria es muy distinto al trabajo de aula común, ya que el profesional no puede realizar la actividad para todos por igual, tal es así que los profesionales domiciliarios y hospitalarios enunciaron que *"Lo más importante es poder identificar las particularidades de este sujeto en especial sus posibilidades motrices(...), sus capacidades cognitivas, su disponibilidad libidinal, es decir si tiene ganas, si tiene voluntad por la situación que pasa y su estado físico."* *"trabajamos en función de eso que el estudiante sabe, puede o tiene, siempre articulando"*. Por ello, se observa que el docente trabaja desde el emergente y necesidades del alumno, trabajando desde la singularidad del estudiante.

El docente, a su vez, trabaja con la dimensión afectiva debido a que los vínculos son un elemento facilitador para la enseñanza y el aprendizaje. Tal es así que los profesionales domiciliarios y hospitalarios afirmaron *"Vos tenés que adaptarte al chico, si el chico necesita más explicación de historia o más explicación de geografía y veo que se te está"*

terminando la clase(...). Entonces ese día le doy solo geografía y a la semana siguiente le doy toda la historia que es, otra de las posibilidades que uno puede realizar”, “Es muy difícil planificar, porque podes estar perfecto y el pibe estar bárbaro y venir bien y de pronto llegar y que emerja otra cosa. (...) Yo sí sé qué tema le voy a dar”.

Se considera, por ende, que los alumnos en situación de enfermedad requieren un abordaje pedagógico capaz de adaptarse a sus nuevas necesidades trabajando desde la singularidad, y considerando la experiencia social y subjetiva que atraviesan los niños en situación de enfermedad. Por tal motivo, se estima que la práctica pedagógica se basa en dos ejes: buscar la reinserción del niño a la escuela formal a través de la entrega de herramientas y aprendizajes; y buscar que el aula se viva como un espacio de normalidad donde el niño encuentre un disfrute y vínculos emocionales, convirtiendo a la clase en una sesión terapéutica o de sostén y no a una construcción de aprendizajes. Tal es así que los profesionales domiciliarios sostienen *"[buscar que sea] un encuentro que de felicidad, que de paz, que de humor, que de comprensión, que de contención, que quede material novedoso, que cuente algo que les interese, que sea significativo lo que se enseña respecto a su vida y que siempre haga bien porque uno no puede cargar con algo negativo la vida del chico después de todo lo que está atravesando"*. Asimismo los profesionales hospitalarios expresaron que *"Entras a una habitación y no importa que le enseñes importa que sos la única que se conecta con el lado sano del chico" "Lo más importante es poder identificar las particularidades de este sujeto en especial sus posibilidades motrices(...), sus capacidades cognitivas, su disponibilidad libidinal, es decir si tiene ganas, si tiene voluntad por la situación que pasa y su estado físico"*

A partir de lo expuesto, se observa que el docente enmarca su modo de trabajo en la educación especial, debido a que el profesional toma como eje principal la heterogeneidad y la enfermedad, buscando el sostén y el entretenimiento del alumno, pensando solo en ese alumno y no en función de su grupo de compañeros provocando que el estudiante obtenga una permanencia ficticia dentro del sistema educativo y no que continúe con su trayectoria al igual que sus compañeros generando un desequilibrio de aprendizajes entre sus compañeros y él. Si bien el profesional utiliza herramientas

cognitivas en los encuentros, las utiliza desde la singularidad y con el objetivo de sostener y distraer al estudiante.

B- Características

Cuando hacemos referencia a esta subcategoría hablamos específicamente sobre las características propias del docente domiciliario. Salgado (2020) plantea que un docente domiciliario y hospitalario tiene que ser un profesional versátil y flexible, con una gran capacidad de adaptación y empatía, conocedor de las nuevas tecnologías aplicadas a la educación y con un gran sentido del humor.

Con la información obtenida se observa que la práctica pedagógica en un hogar es diferente a una escuela y el docente debe estar preparado para la misma. Esto se debe a que el profesional es el encargado de resignificar el encuentro en donde se da el aprendizaje, el acercamiento al conocimiento y la apropiación del mismo. Tal es así que los profesionales enunciaron: *"[Un docente debe] Ser empático ,flexible ,tener la suficiente templanza como para esperar el momento oportuno. (...). Tenemos que tener paciencia y ser flexibles y creativos a la hora de buscar la forma de vincularnos"; "Debe ser empático, flexible, con capacidad de comunicación con diferentes actores que se vinculan con los alumnos (familia, personal docente, personal de salud, etc)"; "Un docente debe tener empatía, porque yo estoy dando clases y me tengo que dar cuenta cuando el pibe no puede" "Realmente el docente debe ser flexible, y sobre todo debe respetar y no forzar al alumno".*

El abordaje del alumno es personalizado, acotado a las necesidades y posibilidades propias de cada sujeto, por eso los profesionales expresan: *"El docente debe tener en cuenta esto [Las características de la enfermedad del sujeto] a la hora de pensar en las propuestas pedagógicas". "Si vos no hacés entretenidas las clases y no son flexibles , si no le haces llevadera la clase el pibe se embola o no te da bola. Por eso vos tenés que tener esa flexibilidad de ver hoy está enojado, hoy está molesto, hoy se siente mal, hoy está descompuesto", "Tienes que tener el ojo muy afilado pedagógicamente para poder observar de donde parte el alumno, que conocimientos previos en función de eso vas planificando los sucesivos encuentros. Es un trabajo muy artesanal"; "Tenes que poder*

decir bueno hoy estas mal, no te preocupes hagamos algo diferente , porque ya sabes que está mal y no encontraste que manera que cambie, acompaños desde lo lúdico, y respetas que ese no es su día". El docente debe poseer una mirada heterogénea donde pueda rescatar y trabajar con la singularidad de cada alumno.

A partir de lo expuesto se considera que, la trayectoria escolar de un alumno en situación de enfermedad se encuentra directamente relacionada con el docente, por lo cual el profesional tiene que tener las características necesarias para poder trabajar desde la singularidad del alumno y en función de él. Para ello debe poseer tolerancia, comprensión, cariño, sinceridad, empatía, adaptabilidad y ser resiliente.

C- Formación:

En esta sub-categoría se trabajará la formación de los docentes domiciliarios y hospitalarios. Álvarez (2013) expresa que la formación inicial para el ingreso a las escuelas domiciliarias en la actualidad se imparte por medio de un curso habilitador específico y obligatorio para los maestros de grado. No existe una formación universitaria de docentes domiciliarios, y a su vez, no hay en la educación universitaria o terciaria asignaturas relacionadas específicamente con el sector.

A partir de la información obtenida, se observó que la situación de los alumnos que atraviesan una enfermedad presenta desafíos específicos en la tarea docente. Además, requiere de acciones de reflexión y conceptualización específicas. En función a lo mencionado, los entrevistados expresaron: *"La base [de la formación] es el docente del nivel al que asiste el alumno (...) después tiene que tener una formación, un plus que tiene que ver con cuestiones puntuales que hacen al contexto, al contexto hospitalario y al domiciliario"; "[En CABA hay un curso] Que lo da la Fundación Garrahan y que está reconocido solamente desde la dirección de la Educación Especial (...) es un curso no es un post título, es un curso que lo que hace es enmarcar al docente que ingresa en lo que es la política de Ciudad de Buenos Aires y del hospitalario básicamente. Si es obligatorio para poder trabajar en CABA"; "La formación de un docente de la modalidad es primero su título de base y el curso, pero es importantísima la formación continúa, cuando trabajaba en el garrahan curso que había, curso que hacíamos*

porque es un trabajo que te obliga estar permanentemente actualizado en ciertos conocimiento”. Por tanto, la formación de los docentes no es a nivel nacional sino jurisdiccional. La Ciudad Autónoma de Buenos Aires, solicita la realización de un curso para obtener el marco normativo de la modalidad debido a que no se posee un postítulo.

En base a lo expresado, no es lo mismo pensarse dentro del aula que dentro de un hogar. La formación es la base para que el docente posea herramientas, estrategias y conocimiento que le permitan abordar la multiplicidad de trayectorias escolares que se encuentran. Al no poseer una formación apropiada para la modalidad hospitalaria y domiciliaria, el profesional comienza a construir sus estrategias y conocimientos a partir de la experiencia y del contacto con el alumno, perjudicando así su trayectoria.

D- Consideración del alumno

La modalidad Hospitalaria y Domiciliaria está destinada a “todo sujeto en situación de enfermedad que no haya completado los niveles de educación obligatoria, en cualquiera de sus modalidades (se encuentre o no escolarizado)” (Consejo Federal de Educación, 2013, p.19). En esta subcategoría observaremos la mirada que poseen los profesionales sobre el alumno en situación de enfermedad.

Requena (2011) diferencia a las distintas miradas que poseen los profesionales sobre el niño en situación de enfermedad. Para el equipo médico, el cuerpo enfermo del niño está vinculado al diagnóstico, por consecuencia se plantea la dimensión biológica y orgánica de la enfermedad. Esto se denomina cuerpo vivo. En cambio, para la maestra, cada niño posee un nombre y apellido, gustos específicos, un carácter particular, cada sujeto es único y tiene una historia, una familia que el maestro busca conocer, comprender y considerar. Los profesionales de la escuela domiciliaria consideran al sujeto como un cuerpo vivido, y trabajan desde la dimensión de la singularidad. Tal es así que los profesionales expresan: “*Para nosotros son estudiantes, para salud son pacientes*”, mostrando la diferencia de miradas que se detectan sobre el mismo sujeto.

La concepción de las trayectorias de los docentes está influenciada por la mirada que posee el docente respecto al alumno. No es lo mismo considerar al sujeto como un alumno con una discapacidad, a considerar al estudiante como un sujeto que se

encuentra atravesando una situación de enfermedad con diferentes características. Este alumno podrá, de igual manera, educarse y conectarse con los aspectos de la normalidad que perdió, además de continuar adquiriendo los conocimientos que sus compañeros se encuentran recibiendo.

Si bien se deben utilizar diferentes estrategias y medios, la mirada del alumno a nivel jurisdiccional es de un sujeto con una discapacidad. Tal es así que los profesionales expresaron: *“Para mí todos [los alumnos] son especiales (...), lo cierto es que está limitado dentro de lo que su posibilidad y no es la realidad típica de un chico de 14/15 años, entonces lo trato distinto”*.

Por lo expuesto, la concepción de los docentes se encuadra en la educación especial lo que condiciona su accionar. El docente domiciliario de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires tiende a considerar al alumno como un estudiante de educación especial que posee discapacidad, tomando a la enfermedad como eje de su trayectoria mirando al sujeto desde un diagnóstico.

4.1.6 Curriculum

El currículum tiene como eje central la relación entre educador y contenido. En el mismo se van a detallar la totalidad de elementos que van a orientar la relación entre docente y contenido. Permite organizar y desarrollar un plan educativo. En esta categoría observaremos la relación del profesor y el contenido, y cómo selecciona el mismo.

A. Selección de contenido:

El Ministerio de Educación de la Nación (2014) enuncia que es sumamente importante que el docente identifique y organice los contenidos prioritarios para el sujeto. Esta selección deberá tener en cuenta el momento del ciclo lectivo en el que se encuentra el sujeto en situación de enfermedad y los Documentos Curriculares de la jurisdicción.

El Consejo Federal de Educación, acordó un conjunto de contenidos mínimos o Núcleos de Aprendizajes Prioritarios (NAP) que pueden ser orientadores en la selección de estos contenidos. Paralelamente, Panire (2019) expresa que los docentes de la escuela

Domiciliaria y Hospitalaria toman como marco referencial el currículum oficial para poder realizar el proceso de selección y organización de los contenidos de la enseñanza. Y aclara que, hay docentes que hacen su propia selección considerando qué año cursaba antes de enfermarse y en qué momento del ciclo lectivo están. Por lo tanto, los profesionales van a seleccionar el contenido observando la realidad del sujeto.

A partir de la información obtenida se considera que uno de los principales factores para la selección del contenido son las características del alumno. Tal es así que los docentes expresaron *"Se organiza un proyecto donde se priorizan los contenidos mínimos". Por lo cual se considera que un factor principal para la selección del contenido son las características del alumno. Apoyando lo mencionado, las entrevistadas enunciaron: "Pedrito tiene más dificultades en matemáticas, suponete, entonces se prioriza matemática para ese tiempo"; "Me gusta identificar cuáles son los conocimientos que le falta aprender a un alumno y a su vez saber qué contenidos está dando su maestra/o de la Escuela de origen para decidir si es conveniente seguirlos o dar los contenidos que considero que necesita el alumno"; "Se planifica teniendo en cuenta la currícula y las características específicas de ese chico y su situación de salud y de aprendizaje"; "La planificación es específica para cada alumno".*

El docente toma el currículum y adapta el mismo a las características del alumno. Por ello, se observa que la selección para los docentes domiciliarios hospitalarios de CABA, tiene como eje la heterogeneidad, ya que no hay una actividad para todos iguales sino que el docente toma el emergente y trabaja con ellos. Provocando que la selección de contenido se realice con una mirada de escuela especial tomando como eje de selección la enfermedad.

Por lo expuesto, el docente realiza la selección de contenido sobre las bases de la educación especial, ya que el profesional trabaja desde la singularidad del alumno, buscando el sostén y el entretenimiento del alumno, pensando solo en el alumno y su enfermedad y no en función de su grupo de compañeros resultando un desequilibrio de aprendizajes entre sus compañeros y el.

4.2 Síntesis de análisis de la escuela domiciliaria y hospitalaria

Tabla 1 - Cuadro comparativo entre las categorías de análisis

	Domiciliaria	Hospitalaria
Marco normativo	El accionar del docente hospitalario y domiciliario está centrado en la educación especial, lo que provoca tensión entre la normativa nacional y jurisdiccional, ya que los docentes pongan el foco en el déficit del niño, tomando a la enfermedad como discapacidad	
Ingreso	El ingreso a la escuela se encuentra condicionado por el cumplimiento de los requisitos	El ingreso se encuentra condicionado por la demanda y el tiempo de internación del alumno
Escuela Subcategoría Equipo	El equipo interdisciplinario y directivo, trabaja como soporte del docente siendo el mismo el responsable de la trayectoria escolar del alumno. Manifestándose una contradicción entre la normativa jurisdiccional y la realidad	
Escuela Subcategoría Responsabilidades	La normativa jurisdiccional específica responsabilidades que no se realizan en la práctica	La normativa jurisdiccional específica responsabilidades que no se realizan en la práctica, debido a que el tiempo de internación condiciona la concepción de la trayectoria,
Escuela Subcategoría Vínculo con la escuela de origen	El vínculo con la escuela de origen es jerarquizado	El vínculo con la escuela de origen es jerarquizado y depende del tiempo de internación del alumno en situación de enfermedad
Escuela Subcategoría Organización	Organizativamente la escuela domiciliaria depende del docente	Organizativamente la escuela depende del docente y del tiempo de internación del alumno
Alumno	El vínculo generado entre el docente y el alumno cumple la función de guiar y motivar al estudiante que se encuentra atravesando una situación de enfermedad	
Docente Subcategoría: Modo de trabajo	El docente enmarca su modo de trabajo en la educación especial, debido a que el docente toma como eje principal la heterogeneidad y la enfermedad, buscando el sostén y el entretenimiento del alumno, pensando solo en ese alumno	

Docente Subcategoría: Características	El profesional requiere de características específicas para trabajar con la singularidad del alumno y en función de él. Para ello debe poseer tolerancia, comprensión, cariño, sinceridad, empatía, adaptabilidad y ser resiliente.
Docente Subcategoría: Formación	Al no poseer una formación apropiada para la modalidad hospitalaria y domiciliaria, el profesional comienza a construir sus estrategias y conocimientos a partir de la experiencia y del contacto con el alumno, perjudicando así su trayectoria.
Docente Subcategoría: Concepción del alumno	El docente considera al alumno como un estudiante de educación especial que posee discapacidad,
Selección de contenidos	El docente realiza la selección de contenido sobre las bases de la educación especial, ya que el docente trabaja desde la singularidad del alumno, buscando el sostén y el entretenimiento del alumno

Quinta parte: Conclusión

La concepción de los docentes hospitalarios y domiciliarios de CABA acerca de la trayectoria de los niños en situación de enfermedad se encuentra enmarcada en los postulados de la educación especial debido que a nivel jurisdiccional no es una modalidad independiente sino que se encuentra dentro de la modalidad de educación especial, considerando a la enfermedad como una discapacidad, ocasionando que el accionar docente se encuentre teñido de acciones orientadas a espacios terapéuticos y la singularidad del alumno, provocando una pertenencia ficticia al sistema de educación dando por resultado una desigualdad de aprendizajes curriculares respecto a la de sus compañeros.

La educación especial trabaja desde la heterogeneidad y singularidad de cada sujeto, adaptando y flexibilizando el currículum a la subjetividad del alumno. Mostrando así una gran diferencia con la escuela común, debido a que la misma trabaja desde lo grupal y homogéneo, buscando brindar a todo el grupo las mismas oportunidades. Los alumnos de la modalidad domiciliaria y hospitalaria son alumnos de escuela común que se encuentran atravesando una situación de enfermedad no una discapacidad, por ende al tomar a la misma como tal, se le niega al alumno la igualdad de oportunidades comenzando a trabajar desde una heterogeneidad.

El accionar de los docentes hospitalarios y domiciliarios se encuentra inmerso en la educación especial, considerando a la enfermedad como una discapacidad. Dentro de la misma, los docentes pueden considerarla desde un paradigma de rehabilitación centrándose en la normativa nacional N° 22.431 o desde un paradigma basado en los derechos, centrándose en la Ley N° 26.378..

Por un lado, el docente que actúa desde el paradigma de rehabilitación considera a la enfermedad como una deficiencia o una alteración, es decir como una alteración física equivalente a todo el sujeto. Por otra parte, el docente que actúa desde un paradigma basado en derechos considera a la enfermedad como una deficiencia a largo plazo que impide la participación plena y efectiva en la sociedad. Cuando uno piensa que el déficit está en la persona únicamente, el objetivo de garantizar la igualdad de oportunidades que sus compañeros de la escuela común, se desvirtúa, ya que si desde

el inicio se piensa que el alumno no puede, probablemente el docente apunte a contenidos o acciones más orientadas al entretenimiento o a una falsa permanencia dentro del sistema educativo. En cambio, si se piensa desde una perspectiva de derechos y pensando que todos tienen el mismo derecho de acceder a la educación, lo que se tendrá que hacer es modificar el entorno para garantizar el mismo acceso a la educación independientemente de la situación del alumno, garantizando la igualdad de oportunidad y una continuidad pedagógica real.

El ingreso a la modalidad provoca que el alumno en situación de enfermedad realice una pausa en su trayectoria escolar, mientras que la normativa nacional expresa que la modalidad hospitalaria y domiciliaria busca que el alumno continúe su aprendizaje respetando su derecho a la educación. Sin embargo, en la práctica hospitalaria sucede que, si un alumno se encuentra internado menos de 14 días, y la institución posee alta demanda, el alumno no podría recibir clases provocando una pausa en su aprendizaje y su trayectoria se verá condicionada por la demanda y el tiempo de internación. Con lo que respecta a la práctica domiciliaria, el alumno estará condicionado a los cumplimientos de los requisitos para poder recibir un docente. Por ello, la concepción de los docentes respecto a la trayectoria se encuentra atravesada no solo por un paradigma de educación especial sino también por procesos burocráticos propios del ingreso a la escuela.

Los docentes hospitalarios y domiciliarios de CABA se consideran los responsables de las trayectorias de los alumnos en situación de enfermedad, debido a que los equipos profesionales y directivos, se encuentran trabajando a demanda del docente.

Es importante destacar que la normativa plantea acciones que se encuentran orientadas a un ámbito terapéutico basándose en la heterogeneidad y en el trabajo con el emergente, respetando los tiempos y espacios de cada alumno. Esto provoca una pertenencia ficticia al sistema educativo, y una discontinuidad pedagógica que le permita garantizar su derecho a la educación y obtener las mismas oportunidades que sus compañeros. A su vez, el docente deberá modificar los encuadres planteados normativamente para poder cumplir con su responsabilidad implícitamente pautada, dando por resultado que el profesional ocupe el rol de un terapeuta.

También se observa que al tomar al alumno como un estudiante de educación especial, se está considerando a la situación de enfermedad como una discapacidad. Allí se observa que el docente va a conectar y planificar en base a la enfermedad tomando el diagnóstico como eje fundamental. Aunque la normativa expresa que la escuela hospitalaria y domiciliaria busca conectar con el lado sano del estudiante, se observa que el docente no se conecta con el lado sano debido a que la primera información que se le brinda es del lado enfermo del alumno. El mismo comienza conectando e iniciando un vínculo con la enfermedad, planificando y coordinando un encuentro en base a un diagnóstico y no buscando llegar a los objetivos educativos pautados para sus compañeros en su escuela de pertenencia. Esto provocará una desigualdad de oportunidades y que su trayectoria escolar se ponga en pausa, convirtiendo la clase en un encuentro terapéutico y no en una construcción de saberes ya que el objetivo principal del docente es poder construir con el alumno un vínculo que genere bienestar y que lo aleje de su situación actual e intente conectar con aquella vida que perdió. Esto ubicará la situación de clase como un encuentro terapéutico y/o un lugar de distracción y no un acontecimiento en el que se aprende y se enseña.

Reflexiones finales

Este trabajo permite abrir espacios de pensamiento y conversación respecto de las trayectorias de los sujetos en situación de enfermedad, debido a que las mismas sufren una pausa provocando un desvío a una trayectoria real. Conocer las características de este desvío nos brinda información para poder acompañar y comprender el aprendizaje de los niños o jóvenes en situación de enfermedad, ya que los mismos han sufrido una pertenencia ficticia dentro del sistema educativo y sus aprendizajes curriculares no son los mismos que sus compañeros de la escuela de origen.

No se trata de juzgar lo que sucede en la modalidad hospitalaria y domiciliaria, sino de observar lo que sucede y poder trabajar con ello para que atravesar una enfermedad no se convierta en un impedimento para el aprendizaje, ni en una desigualdad de oportunidades.

Una de las grandes deudas sigue siendo la formación de los docentes, debido a que es la base para que los mismos posean herramientas, estrategias y conocimiento que le permitan abordar la multiplicidad de trayectorias escolares. En la escuela domiciliaria y hospitalarias los docentes se reconfiguran en su propio rol y construyen saberes originales nacidos del estar y hacer ya que terminan siendo los responsables de la continuidad pedagógica

Dentro del contexto en el que nos situamos, las necesidades que se plantean ponen de manifiesto una intervención de forma psicopedagógica, ya sea en la contribución al desarrollo íntegro, evaluación de su potencial de aprendizaje, etc. Por ello, sería de gran valor que la formación docente posea herramientas psicopedagógicas para así poder distinguir, conocer e intervenir en la situación de aprendizaje con una mirada más amplia que les permita acompañar el proceso de aprendizaje y el momento que se encuentra transitando.

Bibliografía

- Adriana Verónica Barros. (2015). Trayectorias educativas: nuevas perspectivas. Revista Vinculando. Recuperado en <https://vinculando.org/educacion/trayectorias-educativas-nuevas-perspectivas.html>
- Aguirre Morales y Marín Vargas (2017) “Diseño de una propuesta curricular a partir del diseño universal para el aprendizaje para la promoción de la resiliencia en articulación con áreas académicas para el programa aula Pablito del hospital Pablo” Colombia:Universidad de Antioquia. Recuperado de http://ayura.udea.edu.co:8080/jspui/bitstream/123456789/2501/1/D0286_alenjandra_evelin.pdf
- Álvarez (2013) “La Educación Secundaria en la modalidad de la Educación Hospitalaria: España y Argentina “págs. 104-116.Revista Latinoamericana de Educación Comparada,
- Antelo, E. (2007). Introducción a la Psicopedagogía forense. Pertenecer.
- Azcárate M. (2006). Creencias, concepciones y conocimiento profesional de profesores que enseñan cálculo diferencial a estudiantes de ciencias económicas. Revista Latinoamericana de Investigación en Matemática Educativa, Republica Dominicana
- Bernales Oré, C (2019) “EL APRENDIZAJE EN NIÑOS HOSPITALIZADOS CON CÁNCER” Universidad Femenina del Sagrado Corazón. Recuperado de <http://revistas.unife.edu.pe/index.php/educacion/article/view/1314/1274>
- Blanco Guijarro, R. (2013) “Nuevas Perspectivas de las necesidades educativas especiales en el marco de las políticas internacionales”. Santiago: UNESCO
- Bustos, C. & Cornejo, R. (2014). Sentidos del trabajo en docentes de aulas hospitalarias: Las emociones y el presente como pilares del proceso de trabajo. Psicoperspectivas, 13(2), 186-197. Recuperado de <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas>
- Caballero Soto. A.M (2007) “EL AULA HOSPITALARIA UN CAMINO A LA EDUCACIÓN INCLUSIVA”; Investigación Educativa vol. 11 N.o 19, 153 - 161, Peru
- Consejo Federal de Educación (2013), Resolución CFE N° 202/13, Buenos aires
- Consejo Federal de Educación,(2013) Resolución CFE N° 202/13 Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Educación de la Nación.

- Contreras.L.C (2009) Concepciones, Creencias Y Conocimiento: Referentes De La Práctica Profesional, Universidad de Huelva, España
- Delval.J (2000) "Aprender en la vida y en la escuela" - 3ra ed, Madrid, Ediciones Morata S.R.L
- Directores que Hacen Escuela (2015), en colaboración con Joana Lopez" De la trayectoria en singular a las trayectorias en plural", Buenos Aires. OEI
- Fernández Huerta, J (1955), Consideración causal del aprendizaje escolar, Madrid, Revista pedagógica española. Recuperado en <https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/9066/1ConsideracionCausalDelAprendizajeEscolar.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Fernández, A (1987). "La inteligencia atrapada. Abordaje psicopedagógico clínico del niño y su familia." Buenos Aires: Nueva Visión
- Filidoro, N. (2002) "Psicopedagogía Conceptos Y Problemas", Buenos Aires, Biblos
- Gobierno de la ciudad Autónoma de Buenos Aires (26 de septiembre del 2021) Sistema educativo, Buenos Aires Gob, recuperado el 26 de septiembre del 2021 en <https://www.buenosaires.gob.ar/educacion/estudiantes/sistema-educativo>
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2006) DECRETO N° 2266/GCABA/06, Buenos aires
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires(2019) " Reglamento Escolar de las Escuelas de la Ciudad de Buenos Aires. (Resolución N°4776/MEGC/06 y modificatorias)" Buenos aires.
- GONZÁLEZ-SIMANCAS, J. L.; POLAINO-LORENTE, A. (1990) "Introducción a la Pedagogía Hospitalaria", Narcea, Madrid, pp. 158-182
- Lizasoáin, O.; Ochoa, B (2003).: "Repercusiones de la hospitalización pediátrica en el niño enfermo", Universidad de Navarra. Dpto. de Educación
- López Melero, M. (2000). Curso de Integración Escolar y Social de personas con necesidades educativas específicas . España: Universidad de Málaga.
- López Naranjo, I y Fernández Castilo, A (2005) "Hospitalización infantil y atención psico-educativa en contextos excepcionales de aprendizaje" Revista de Educación, Madrid. Recuperado en http://www.ince.mec.es/revistaeducacion/re341/re341_23.pdf
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN (2015) ESTATUTO DEL DOCENTE DEL GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES , (Ordenanza N°40.593 y sus modificaciones–

- reglamentada por Decreto N° 611/86 y sus modificaciones), Argentina, Buenos Aires.
Recuperado en <https://www.buenosaires.gob.ar/areas/educacion/infoadmin/estatuto.pdf>
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE LA NACIÓN (2010), “Lineamientos generales de la modalidad Educación hospitalaria y domiciliaria”, Buenos Aires
- Ministerio de Educación de la Nación (2014) “Aportes para la construcción de la modalidad educación domiciliaria y hospitalaria”. Ciudad Autónoma de Buenos Aires
.Recuperado en <http://repositorio.educacion.gov.ar/dspace/bitstream/handle/123456789/110424/APORTES%20HOSPITALARIA-FINAL%202016.pdf?sequence=1>
- Ministerio de Educación de la Nación (2014) “Aportes para la construcción de la modalidad educación domiciliaria y hospitalaria”. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires .
- Ministerio de Educación de la Nación (2014) “La Educación Domiciliaria y Hospitalaria en el Sistema Educativo Nacional.”. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires .
- PAÍN, S (1983) “Diagnóstico y tratamiento de los problemas de aprendizaje”;Buenos.Aires, Nueva visión
- Panire (2019), Los aspectos que configuran la identidad profesional de los docentes de nivel primario de una Escuela Hospitalaria de San Salvador de Jujuy: lo curricular. en las prácticas pedagógicas y en la cultura institucional. (p114-126),Revista Difusiones
- PIAGET, J. (1968) “Psicología de la Inteligencia”. Buenos Aires: Proteo.
- Pichon-Riviere, E (1980). Teoría del vínculo. Selección y Revisión de Fernando Taragano. Colección Psicología Contemporánea. Ediciones Nuevas: Buenos Aires
- Ponte, J. P. (1994).Conocimientos profesionales del profesor de matemáticas J. P. Ponte y J. F. Matos (Eds.), . Lisboa, Portugal.
- Pozo. J.I(1996) “Aprendices y maestros, la nueva cultura del aprendizaje”, Alianza editorial
- Presidencia de la Nación, (1981) LEY N° 22.431 , Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Educación de la Nación.
- Presidencia de la Nación, (2014). La Educación Domiciliaria y Hospitalaria en el Sistema Educativo Nacional. - 1a ed, Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Educación de la Nación.

- Presidencia de la Nación, (2016) LEY N° 26.206 , Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Educación de la Nación.
- Requena.L (2011) Prácticas educativas con niños internados en una escuela hospitalaria del conurbano bonaerense. IX Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires
- Rume, O (2005) Los derechos del niño enfermo y hospitalizado: El derecho a la educación. Logros y perspectivas, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Navarra
- Salgado, C. (2020). Miradas de la pedagogía hospitalaria: reflexiones encarnadas de un docente hospitalario. Infancias Imágenes, 19(1), 100-107
- San Martín, J (2020) “Educación hospitalaria y domiciliaria en Córdoba: la voz de los sujetos involucrados”; Córdoba. Universidad Católica de Córdoba
- Sanchez. P & Abellán. R (2013) La Pedagogía Hospitalaria: un derecho imprescindible para el niño y el adolescente enfermos, Universidad de Murcia. Recuperado en https://www.researchgate.net/profile/Jose-Serrano-2/publication/255717114_Las_TIC_en_las_aulas_hospitalarias/links/00b4952be00ea0dd22000000/Las-TIC-en-las-aulas-hospitalarias.pdf#page=14
- Schlemenson, S. (1996). “El aprendizaje: un encuentro de sentidos”. Buenos Aires: Kapelusz.
- Serradas Fonsec, M (2003) “La pedagogía hospitalaria y el niño enfermo: Un aspecto más en la intervención socio-familiar” Revista. Pedagógica V24 N°.71, Caracas. Recuperado en http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-97922003000300005
- Thompson, A. (1992) Creencias y concepciones de los profesores: síntesis de la investigación, D. A. Grouws (Ed.). Nueva York, Estados Unidos.
- Vygotsky, L. S. (1987). El desarrollo de los procesos psicológicos superiores. Austral.
- Zambrano.J (2016) “La teoría constructivista de Jean Piaget y su significación para la pedagogía contemporánea”. Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí,Ecuador

Anexo

Entrevista 1

Primer entrevista.

M: Hola ¿ cómo estás? Mi nombre es Mailen Rodriguez, estoy estudiando psicopedagogía en la UAI, actualmente me encuentro realizando mi proyecto de tesis respecto a la modalidad hospitalaria y domiciliaria. Mi punto de partida es considerar que el aprendizaje es un mensaje de esperanza para una persona que se encuentra atravesando un momento de enfermedad, poder aprender y poder sentirse un poco más cerca de su vida anterior. Sin olvidar que todo niño tiene derecho a la educación. La relevancia personal que orientó la elección de este tema es que durante el 2019 y 2020 estuve como voluntaria, en la fundación flexer, donde pude conocer a muchos niños y jóvenes que se encontraban lejos de sus casas atravesando un tratamiento oncológico. Y comencé a interesarme en el aprendizaje de estos niños, como es su aprendizaje sistemático, de esta manera comencé mi tesis el año pasado. Se agradece mucho tu colaboración y predisposición, me estas ayudando muchísimo

E: Todo bien, ¿vos? Muchas a vos por investigar respecto de esta temática. Un placer para mí responder tus preguntas

M: ¿Podría grabar la entrevista?

E: Lo que te pido no la difunda públicamente, si la vas a usar para verla, no hay problema

M: Si es para mí , es para ahora no estar tomando apuntes todo el tiempo.

E: Perfecto. No te lo dije porque como yo trabajo en el Ministerio Nacional, entonces si empieza a circular algo que no está aprobado,, pero si para vos y no hay problema.

M: Si, si es para mí, no se va a publicar en ningún lado

E: Bueno contame si ya hablaste con alguien y que información tienes hasta el momento

M: Si hable con un docente hospitalario que me contó un poco y después tuve con una nena que había estado en domiciliaria

E: Bien, ¿todo esto hablamos de capital?

M: Sí, todo caba

E: No, no hablaste con nadie de ninguna provincia del interior.

M: No, ese fue mi inicio, y después empezó mi investigación teórica. Paralelamente trabajé como voluntaria de la Fundación Flexer. Y ahí fue donde yo empecé a interesar en esta modalidad, porque estaba en contacto con muchos chicos, estaban en situación de enfermedad, además me encontraba muchas veces con chicos que te decían me lees porque todavía no sé.. Entonces me empecé a preguntar ¿qué pasa con el aprendizaje de estos niños?. Entonces, cuando el año pasado empecé a ver que hacía de tesis, decidí abordar esta inquietud , pero se que es muy amplio. Pero bueno, ahí empezamos a ir de a poco con mis supervisoras a desmenuzar para poder llegar al problema

E: Primero yo te cuento un par de cosas, pero vos preguntame lo que quieras. Si tenes dudas me interrumpí sin problema y me preguntas

M; Gracias

E: Vos sabés que esta es una de las ocho modalidades del sistema educativo. Al estar reconocida dentro de la ley, tiene peso normativo, digamos no, no es algo que se hace por gusto de alguien que lo hace o por una fundación, como por ejemplo Flexer. Flexer es una fundación que trabaja casi exclusivamente con pacientes oncológicos

M: Sí son exclusivos por decirlo de una manera. Es más, he visto rechazar niños que no sean oncológicos.

E: Bueno, ¿qué pasa? Si vos lees el recorrido histórico, digamos, de la modalidad, te vas a dar cuenta que en sus inicios, que ya tienen 100 años, desde que hubo la primer maestra y demás. Ha ido cambiando mucho. ¿Por qué? Porque cuando esto se inicia era básicamente un espacio recreativo y asistencial dentro de los hospitales.

M: Si a un médico se le ocurrió traer maestras, para despejar, por decirlo de una manera, a los nenes.

E: Exacto. Pero esto que vos decís era básicamente algo recreativo y algo más asistencial. Entonces, lo que tenía que ver con el derecho a la educación en ese momento no tenía nada que ver. Se fue trabajando a medida que pasaron los años y demás y en el año 2006, cuando se decreta, digamos, se crea la ley nacional. Se incluyen como una de las modalidades. ¿Qué pasa con esto? Al ser una de las modalidades reconocidas por la ley, el Estado se hace cargo de ese derecho. Entonces ya no es un trabajo que lo hacen voluntariamente algunas personas o que lo organizan fundaciones. Porque acá te hago un paréntesis si vos vez experiencias o recorridos de otros países, como por ejemplo en Chile, España. Vas a encontrar que siguen muchos con esa línea, que recién ahora están empezando que el Estado se haga cargo de este trabajo, digamos. En ese sentido, entonces vas a ver que hay diferencias dentro del país, pero vale aclarar que la modalidad es una sola, simplemente son diferentes los contextos, pero la modalidad es una, es domiciliaria y hospitalaria. ¿Por qué? Porque como te decía, en un principio era sólo en los hospitales y como algo voluntario, asistencial. O sea, más recreativo. Se trabajaba con los pacientes. De hecho eran pacientes, se ubicaban desde la cuestión más sanitaria. Esto fue al inicio y acá todavía hay países en Latinoamérica y en Europa que trabajan de esta manera. Entonces, cuando la modalidad se incluye en la ley, se toman los dos contextos. ¿Por qué? Porque los avances en salud marcan que cada vez, hay menos tiempo de internación, porque eso también provoca otras enfermedades y otras consecuencias que tienen que ver con las infecciones intrahospitalaria y demás. Entonces se tiene dentro del hospital el menor tiempo posible. Pero qué pasa si un estudiante. Y yo digo estudiantes, porque para nosotros son estudiantes, para salud son pacientes. Seguramente para que vas a ser psicopedagoga, van a ser pacientes, pero yo te planteo la parte educativa. Yo también soy psicopedagoga, pero digamos, en este ámbito lo que nos toca es la educación y el derecho a continuar con esa trayectoria. Entonces, qué pasa si un estudiante o un chico está internado con una situación particular y tiene, por ejemplo, una semana de internación, pero después tiene que seguir en reposo, no sigue ahí, le dan el alta hospitalaria y sigue en su casa. Por eso la modalidad es una sola, porque supuestamente, digamos o idealmente lo que necesitamos es que continúe con ese docente en su domicilio

M: Claro que haya un interjuego entre domiciliaria y hospitalaria. Te hago una pregunta en base a lo que me estás contando. Esta comunicación que el mismo docente, como vos decís, que va para un lado y para el otro, ¿sucede o está en el ideal?

E: Sucede, pero no en todo el país. Por ejemplo acá en CABA hay escuela hospitalaria, que es Garrahan, Gutiérrez, Casa Cuna, y domiciliaria 1 y 2, y la especial. Entonces en CABA tenés las escuelas hospitalarias y las escuelas domiciliarias. Hay docentes en las escuelas hospitalarias, docentes en las escuelas domiciliarias. Y no se mezclan digamos. Lo que pasa es que CABA es muy particular en esto, CABA tiene sus características. Ellos plantean como que están por fuera. Otra de las cuestiones importantes es que al ser una de las ocho modalidades, no es educación especial.

M: Eso te iba a preguntar, sabía que en antes estaba considerada dentro de la escuela especial

E: No de escuela, no , de la modalidad especial

M: Perdón, de modalidad especial

E:¿Sabes por qué? Porque en los inicios fue así. Al inicio se creía que la enfermedad generaba una discapacidad. Entonces estaba en educación especial. ¿Qué pasa? A partir de la ley, la indicación o el requisito era que cada jurisdicción separará en dos modalidades esto, porque la ley lo marca así. Y la resolución 202, están los lineamientos como una modalidad independiente. Entonces CABA sigue siendo un escalafón dentro de la modalidad especial.

M: Okey, entonces caba la sigue considerando dentro de educación especial.

E: Aunque las maestras hospitalarias están en un escalafón y son un escalafón dentro de modalidad especial, es decir, son un grupo dentro de la modalidad especial. Por eso tu confusión o por eso digamos tu relato de que son dos modalidades distintas. Claro, porque en CABA son dos escalafones distintos. Pero por ejemplo, en Chubut, si vos tenés oportunidad de ver algo de Chubut, igualmente yo te puedo contar de todas las jurisdicciones. Pero en Chubut, por ejemplo, está la modalidad pedagógicamente independiente, pero administrativamente depende de la dirección de modalidades, qué quiere decir esto, que no es que está dentro de especial, sino que en la provincia hay una una dirección de todas las modalidades. En ella está está la nuestra.

M: Claro, la parte administrativa depende de todas las modalidades, pero la parte pedagógica es independiente. ¿Entonces digamos que cada provincia maneja de manera diferente la modalidad domiciliaria y hospitalaria? ¿No es igual para todo el país?

E: Exacto. En realidad eso era el principio, digamos a partir del 2006. Es la ley. Después, en el 2009 se crea la coordinación nacional de esta modalidad . Y recién en el 2013 se aprueba en el Consejo Federal la resolución. Esa fue durante mi gestión. Esta es mi segunda gestión en esto. En mi primera gestión se aprobó la resolución y se trabajó un montón para esto de la separación.

M: Claro, no es lo mismo considerar a un alumno dentro de educación especial que fuera de educación especial, porque la mirada es diferente.

E: Exactamente, porque la enfermedad no es una discapacidad.

M: Es una situación que está atravesando ahora, es una situación transitoria.

E: Exactamente. Además, otra cosa, si vos habrás leído algunas investigaciones dentro de la web, digamos de Google, si buscas no hay mucho nacional.

M: No la verdad no hay mucho nacional

E: Bueno, por eso maravilloso lo que estás haciendo, porque puede generar algún documento importante para que sea publicado. Acá en la Argentina tenemos Ley, tenemos resolución, tenemos la separación de las modalidades. Quedan algunas jurisdicciones que como CABA todavía están unidas, pero están unidas desde lo administrativo. Pero también hay un imaginario de que la modalidad está dividida en hospitalaria y domiciliaria. Entonces los estudiantes que son de domiciliaria no tienen nada que ver con los hospitalaria.

M: Me pasaba cuando iba leyendo me encontraba con material de hospitalaria pero no de domiciliaria Siempre se habla de hospitalaria. O sea, hablan de un momento que están en el hospital, pero no hablan de lo que pasa cuando está en la casa.

E: Exactamente. Y hay muchos chicos que ni siquiera pasan por el hospital, pero también esto que vos decías de flexer, que yo conozco a la gente de Flexer, Ellos trabajan con el recorte de oncología. No se conecta, digamos, con Garrahan y con otros hospitales, porque en el interior también tienen sedes, digamos, y trabajan con el hospitalario y con lo oncológico. Pero sabes qué pasa, si lees la ley o la resolución. Te vas a dar cuenta de que tomamos estudiantes con cualquier situación de enfermedad. Por eso no es el estudiante enfermo, sino que es el estudiante

en situación. Estos de situación se plantea que es transitorio, que cualquiera puede enfermar. Vos misma estás estudiando y te podés enfermar y dejás de asistir a la universidad. Pero por eso no deja de ser alumna.

M: En base a esto, ¿cómo se llega a domiciliaria? ¿Cuál es el parámetro para saber si estás o no en la escuela domiciliaria? .

E: La cantidad de días. La ley habla de 30 días corridos. Un certificado que diga que 30 días no vas a poder asistir a la escuela. Y con eso ya tenés derecho a tener el acompañamiento de un docente domiciliario. Hospitalario claramente, porque estás en el hospital, pero domiciliario. tienen que pedirlo con un certificado que diga que tenés tal situación y que por tanto tiempo vas a estar fuera del aula. ¿Qué pasa? esto que te comentaba de los avances que hemos tenido, de las modificaciones que hemos logrado y demás, también hizo que en algunas jurisdicciones esos 30 días se redujeron a 20 o 15. Entonces, cualquier situación de enfermedad que requiera la separación del aula de un tiempo determinado, puede ser a partir de 15 días, eso depende de la jurisdicción y de la situación de enfermedad. Porque también hay situaciones que empiezan con 15 días y tienen recurrencias y entonces por ahí está 3 meses fuera del aula.

M: Claro ,muchas veces eso pasa con la enfermedad mental que cuando quizás hay un ataque de ansiedad que no puede entrar al colegio, he conocido casos que pasa. Entonces capaz te dicen son 15 días, pero no saben si son 15 días porque es esperar e ir viendo cómo uno va evolucionando

E: La evolución, y eso claramente es en domicilio. Porque a veces una fobia, por ejemplo, una fobia que le impide al chico entrar a la escuela. Entonces ¿qué se hace? Se trabaja por ahí un tiempo en el domicilio con claramente tratamientos con equipo interdisciplinario, o sea, no sólo el docente, porque el docente no está capacitado para trabajar con esas situaciones, pero si dentro de un equipo interdisciplinario. Entonces claramente es una cantidad de días. Un certificado médico sin certificado médico no se puede, no, porque también no es por capricho, lo que se prioriza, aunque en este, en esta época de pandemia sea distinto. Pero bueno, estamos hablando de las generalidades. Se prioriza la presencialidad, el contacto con la escuela, con los docentes, con los pares. Entonces no, porque si uno va a decir bueno, tiene que ir a la casa con un docente domiciliario, es realmente con una situación que se certifique con un médico y que diga bueno, no puede asistir y vamos a tratar de que no sea durante 20 días, esté en la casa y ver qué pasa. Mientras tanto, medicación, tratamiento, psicólogos, psiquiatras, lo que se necesite y luego vuelve a su escuela.

M: ¿Lo solicita el padre o la escuela de origen o ambos?

E: El que quiera lo puede solicitar el padre con el certificado médico , lo que si o si se requiere es un certificado médico, el padre puede ir con el certificado médico a la coordinación. En algunas jurisdicciones es directamente con la coordinación, en otras jurisdicciones es a través de la escuela que eleva el pedido y demás. Bueno y también lo puede solicitar la escuela. Lo que pasa que si la escuela lo solicita y la familia no quiere, no se puede. , acá hay un tema de este de derechos

M: Claro, está el tutor legal

E: Tal cual. Entonces la escuela a veces lo que hace es sugerir, comentar, porque aunque te parezca mentira, hay todavía mucha desinformación en esto. Bueno, claramente vos estás preguntando cosas que deberían estar recontra sabidas, porque hace muchos años que estamos con esto., Todavía no está instalado la posibilidad de que cualquier estudiante tenga derecho a pedir un docente domiciliario.

M: Ahora en pandemia, ¿cómo se rearmen ?.

E: No se rearmó, estamos trabajando. De hecho esto que vos decías de las enfermedades mentales. Estamos terminando de cerrar un documento que tiene en cuenta este tema. Porque hasta que se generó la resolución 202 lo que era salud mental, no debía estar dentro de los posibles sujetos de la modalidad. Pero qué pasa, Post pandemia y durante la pandemia vemos que hay como un crecimiento de situaciones particulares, de crisis, de temores, de ansiedad que pueden estar incluidas dentro del sujeto de la modalidad, pero con algunas características y con algunos requisitos. No es que todo, no es que porque diga bueno, hoy me dio miedo salir, esta semana me quedo en mi casa. No, es con algunas condiciones, cuando salga ese documento, seguramente lo van a conocer porque queremos que salga a través del Consejo Federal y lo tienen que aprobar los ministros y demás

M: Están con toda la parte burocrática digamos

E: Y que es necesaria, porque si sale a través del Consejo, si lo aprueban los ministros, es algo que se puede seguir trabajando y que supuestamente todas las jurisdicciones tienen que acatar. No a rajatabla, pero sí como una base, digamos. La resolución y la ley son un paraguas dentro del cual cada jurisdicción va organizando su trabajo de acuerdo a sus posibilidades. No es lo mismo una provincia del norte, que una provincia del sur. No tiene las mismas posibilidades y también a nivel geográfico no es lo mismo. Pensemos que no es lo mismo trabajar en los en el territorio de las provincias del sur en invierno y trabajar en las provincias del norte en verano. El docente tiene que trasladarse este con su con su escuela a cuestras para llegar a los domicilios.

M; Entonces ahora se está trabajando por zoom.

P: No todo, algunos el año pasado que era todo cierre, si se trabajó de manera virtual. Pero ¿qué pasó acá?. Nosotros, otras de las condiciones que vamos a ver en la resolución 202 es que se priorice o se trabaje fuertemente en articulación con la escuela de nivel. Que pasa, si un chico, por ejemplo, de quinto grado tiene que estar dos meses en su casa, no puede asistir a la escuela, tiene al docente domiciliario, no es matrícula de la modalidad, que a lo mejor esté en CABA te lo dicen, pasa a ser matrícula de la escuela domiciliaria o hospitalario o lo que fuere. No es así. Es el docente de la modalidad, se conecta con el docente del aula de la escuela y tienen que trabajar juntos. Tienen que trabajar juntos. El docente del aula es el que tiene la planificación de ese estudiante, que es la misma que va a tener con el resto de sus compañeros. Entonces, esa planificación se le facilita al docente de la modalidad y el docente de la modalidad. Lo que sí hace es armar un proyecto propio para ese estudiante. Por qué no va a estar todo el año. Y a lo mejor al estar en el uno a uno siempre se aprovecha mucho más el tiempo. El estudiante está con toda la atención para eso que le están dando. Entonces a veces se arman proyectos en base a esa planificación que tienen que ponerlos en marcha, para ese estudiante, pero siempre en articulación con la escuela. De hecho, lo que tratamos de propiciar y de fomentar es que a través de la tecnología ese estudiante se conecte con su grupo de pares, que pueda participar de una clase. Todo esto, obviamente, dependiendo de la conectividad, de las posibilidades de la familia, de la posibilidad de la jurisdicción, de las posibilidades de la escuela, porque también hay diferencias en eso. Eso es lo que se debe hacer. Para respetar la trayectoria, para resguardar el derecho a la educación, para que esa trayectoria se realice en las mismas condiciones que el resto.

M: Y al momento de hacer la planificación, el proyecto en conjunto con el colegio ¿Cómo se organiza?.

E: Bueno, inicial y primaria es una cosa porque hay una planificación de matemática, una de lengua, una de sociales sociales y una de naturales. Las áreas curriculares, En las jurisdicciones donde hay diferentes actores, digamos que tienen la posibilidad de tener el profe de inglés, el de

plástica, el de educación física, van armando circuitos horarios para que el chico tenga, no todo, porque también hay que tener en cuenta una cosa. El chico está en una situación de enfermedad, no puede tener estar recibiendo 20 personas en su casa todas las semanas. Entonces se organiza un proyecto donde se priorizan, por un lado los contenidos mínimos y por otro lado, se trabaja con esa escuela de origen y la escuela de origen dice, por ejemplo Pedrito tiene más dificultades en matemáticas, suponete, entonces se prioriza matemática para ese tiempo. Pero en articulación con las otras áreas se puede armar una propuesta de trabajo por proyectos. O sea, con un eje transversal en las diferentes áreas. Bueno, y si se puede, se envía un docente de plástica y demás, ahora esto es en primaria. En secundaria se complica mucho más, porque hay mucho docente y porque ahí se complica trabajar en un proyecto, en una propuesta por proyecto, porque tenés que articular varios profes y sabemos que el secundario es más complejo en eso. Los profes van una hora y después se van a la otra escuela, van una vez por semana, entonces y es como más complejo, pero también se está armando algo de esto. Entonces el docente domiciliario tiene cinco días a la semana y puede trabajar con dos estudiantes por día máximo hablando de un solo turno. ¿Por qué? Porque lo máximo que se puede trabajar con un estudiante en domicilio es una hora, porque no hay atención, porque estás en su domicilio

M: Estas en su casa, no nos olvidemos de eso

E: Exacto. Además, porque ahí es donde está la articulación entre educación y salud. Uno tiene que tener en cuenta las características del estudiante cuando está en una situación de enfermedad, que no es lo mismo tener una enfermedad oncológica, que tener una fractura de pierna.

M; Exacto, Si tuvo quimio , no va estar igual que un día que no tuvo

E Totalmente. Entonces, en ese sentido, lo máximo que puede tener un docente son 2 estudiantes por día y máximo de. A veces se toman cuatro días porque también tienen que tener un día sede de trabajo de equipo y demás. Si hay mucha demanda, entonces se organizan diferentes y a lo mejor son los cinco días que tienen estudiantes. Pero eso tiene que ver con la demanda y con la cantidad de docentes. Ese es otro punto crítico, porque porque vos hablabas de la formación.

M: Sí, sí.

E: La formación de los docentes ,lo dice también la resolución. La base es el docente del nivel al que asiste el alumno. ¿Y qué pasa? Aca te hago otro paréntesis. En los inicios, los docentes que trabajaban con estos estudiantes eran de educación especial. Entonces, cuando sale la resolución y un poco antes se empezó a trabajar en esto, de ir como cambiando el perfil docente, el perfil docente tiene que ser el perfil ,resguardando el derecho a la educación, la equidad, las mismas condiciones y demás. Tiene que ser el docente de base, que después tiene que tener una formación, un plus que tiene que ver con cuestiones puntuales que hacen al contexto, al contexto hospitalario y al domiciliario. No cualquier docente puede trabajar en estos contextos porque se necesita tener cierta sensibilidad, flexibilidad. Por eso también , en algunas jurisdicciones, defienden mucho lo que es la educación especial, porque consideran que el docente de educación especial es el que tiene esas condiciones de sensibilidad y de adaptabilidad y demás. Pero no es así., el docente de educación especial no puede escolarizar a un estudiante de secundaria, por ejemplo, pero en algunos lugares todavía siguen teniendo esa planta funcional. Qué pasa también acá hay cuestiones sindicales que intervienen porque hay derechos adquiridos en estos docentes, como son docentes que son de educación especial y sabemos que educación especial tiene ciertos privilegios ,a diferencia de los otros docentes, entonces esos sí no son los docentes que trabajan ahí si los cambian pierden esos derechos en la

fantasía, porque yo creo que si eso se trabaja, se puede sostener. Y entonces los que vayan ingresando nuevos tendrán otras condiciones, digamos.

M: Pero consulta porque me quedaron dos preguntas en el tintero

E: Lo que quieras, porque yo te estoy contando, pero a lo mejor te mareas

M: Tranquila me estás contestando todo lo que te iba a preguntar.

E: Buenísimo.

M: La primera cuando hablaste de equipo, cuando dijiste que generalmente se deja un día para el equipo. ¿Cómo son los equipos? Porque creería y por lo he estado investigando que no es igual el equipo domiciliario y hospitalario. ¿Cómo son estos dos equipos?

E: A ver, eso es algo que también se está trabajando y que todavía no está definido. normativamente digamos, yo te puedo contar que hay muchas diferencias en el país, por ejemplo, hay jurisdicciones que tienen incluido hasta un médico en el equipo. ¿Por qué? Porque son resabios de educación especial. Son cargos que han quedado de cuando era educación especial y se reconfiguran como escuela de la modalidad pero siguen sosteniendo los mismos cargos.. Entonces, lo que han incorporado fueron docentes de secundaria, docentes de inicial, docentes de primaria, porque sí eran de especial, quedaron pero le van sumando de los otros niveles. El equipo interdisciplinario que nosotros consideramos que es necesario tener en la modalidad es psicólogo, psicopedagogo, trabajador social y ya, con esos tres básicamente tendrías un equipo interdisciplinario que puede trabajar perfectamente con todas las necesidades.

M: Ese es el equipo que se desea formar

E: El ideal. Hay muchas jurisdicciones que lo tienen, que es parte de la coordinación o que es parte de alguna de las escuelas. Por ejemplo, en la provincia de Salta el equipo interdisciplinario está dentro de la escuela domiciliaria. Ahora, qué pasa con esto que vos decís de la escuela hospitalaria, de la escuela domiciliaria acá en CABA o en cualquier jurisdicción. Lo que es hospital hay un equipo interdisciplinario del Hospital por eso también es muy importante la buena relación entre salud y educación en lo hospitalario, porque eso te permite el uso de los diferentes recursos. El uso en el buen sentido, si vos tenés una buena articulación con el director del hospital, y la escuela hospitalaria está armada de tal manera, digamos como institución fuerte. Entonces las dos instituciones trabajan articuladamente y cuando surge alguna demanda de algún estudiante en situación de riesgo, se puede recurrir al trabajo social del hospital y entonces pueden colaborar. La psicopedagoga o el psicólogo del hospital puede ayudar orientando o puede hasta incluso dar capacitaciones para esos docentes. Lo ideal sería que hubiera un equipo, pero como todos sabemos que los recursos humanos y las cuestiones de presupuesto a veces hacen que no podamos tener todo. Entonces recurrimos a lo que tenemos más a mano. Pero qué pasa en una escuela domiciliaria no existe esa posibilidad de articular. Ya tenés que salir de la institución y buscar, no sé, el equipo de orientación o equipos interdisciplinarios que trabajan dentro de la atención primaria de la salud, otro tipo de articulación. Pero bueno, eso lleva más tiempo porque se necesita presupuesto para lograrlo. Ejemplo hay jurisdicciones que no tienen escuelas, que no tienen ninguna escuela como tienen acá en ciudad hospitalaria, domiciliaria, domiciliaria especial incluso, viste ¿que la ocho es la domiciliaria?

Que es otro escalafón yo no sé porque es otro escalafón. Pero esa escuela domiciliaria debería estar articulando con la otra escuela domiciliaria, porque son estudiantes del sistema igual. Pero qué pasa la escuela domiciliaria de Ciudad tiene casos con patologías profundas, con patologías

graves. Que yo creo que incluso nunca van a poder ir a la escuela, entonces está manejada desde otra mirada, digamos.

M: Claro, Después te iba a preguntar ¿qué diferencias había entre la escuela domiciliaria especial y la ordinaria?

E: Sisi, el escalafón A B y C. Dentro de educación especial tenés el escalafón A hospitalaria, el B domiciliaria y el C especial puro que es la 8 especial. Pero son todas de la modalidad. Lo que te iba a decir es que hay algunas jurisdicciones, como por ejemplo Entre Ríos no tiene escuela hospitalaria y domiciliaria tiene servicios en cada uno de los de los distritos, digamos de la provincia, en cada una de las departamentales. Cada departamento tiene un referente de la modalidad que es un directivo o un docente que es el que organiza y recibe los pedidos, organiza como envía el docente y demás. Pero no es escuela, digamos funcionan con legalidad, pero no tienen una escuela, una institución armada. Entonces no puede haber un equipo en cada uno de los departamentos. Porque hay departamentos que tienen muy poquitos alumnos y muy pocos docentes. Entonces a nivel presupuestario no se justifica, pero si cubren toda la provincia. Cosa que a lo mejor en otra jurisdicción mucho más grande no tienen hecho este trabajo y entonces hay zonas alejadas de la capital que no la llegan a cubrir. Esto ya tiene que ver con decisiones políticas y con decisiones de asignación de presupuesto.

M: ¿Digamos que en esta modalidad, entran en juego las tres áreas: salud, educación y política?

E: ¿Sabes lo que pasa? Esta modalidad se creó hace muy poquito tiempo, porque estamos hablando del año 2009. En 2009 se creó la Coordinación Nacional mientras que la ley es del 2006, ahí ya tenemos un desfase, mientras que la resolución es decir, la normativa que le da estatus es del 2013. Hace poquitos años que esta vigente. Entonces el tema de la profesionalización, digamos, del perfil docente y del listado de docentes domiciliarios hospitalarios, no están en todas las jurisdicciones. Ése es el otro tema. Cuando logremos tener dentro de cada jurisdicción un listado propio para la modalidad, ahí vamos a tener más visibilidad, digamos, más peso como modalidad. La educación especial, por ejemplo, tiene su listado, tiene su reconocimiento sindical, esta modalidad no. Por eso muchos no quieren dejar de pertenecer a especial, porque especial tiene algunos privilegios, como te decía antes, que no quieren perder y con toda razón. También otra de las cuestiones que está faltando y que estamos tratando de lograr es la formación docente. No tenemos post título, estamos peleando para que esto se logre. En alguna jurisdicción se armaron, pero tener un post título te genera que tengas un puntaje, y que ese puntaje te dé prioridad dentro del listado para poder así acceder a un cargo.

M: Cuando hablé con el docente de Capital me había comentado que él había hecho un curso ¿es obligatorio ese curso?

E: Es un curso, es un curso que es exclusivamente de Ciudad de Buenos Aires. Y que lo da la Fundación Garrahan y que está reconocido solamente desde la dirección de la Educación Especial. Sin desmerecer, no quiero que pienses que estoy ni desmereciendo ni nada, pero es un curso no es un post título, es un curso que lo que hace es enmarcar al docente que ingresa en lo que es la política de Ciudad de Buenos Aires y del hospitalario básicamente. Si es obligatorio para poder trabajar en CABA..

M: Exactamente, es lo que me dijo. También hay investigaciones de España, donde hablan de la importancia de enfocar una formación de grado o terciaria en base a todo lo que es la educación en hospital y en lo domiciliario.

E: Claro, tal cual. A ver, eso también tiene que ver con una decisión política y con presupuesto. Porque no es sencillo ni económico hacer un post título. Nosotros corremos con la

desventaja de que en enero del 2017 se disuelve dentro del Ministerio Nacional lo que es niveles y modalidades, ya no había sistema educativo, digamos, en el tronco del sistema educativo dentro del Ministerio Nacional. Entonces esto hizo que cada jurisdicción sostuviera a los manotazos y como podía la modalidad. Cuando yo digo sostener quiere decir tener docentes, tener presupuesto, tener continuar con las escuelas, con los servicios, con lo que fuere. Entonces esto se sostuvo, pero a pulmón. La verdad es que se hizo mucho en soledad, pero todavía falta mucho. Desde el 2015 está el post título planteado, está en carpeta, pero con la pandemia hay otras prioridades, la idea es que se pueda lograr a través del infor El infor es el órgano máximo de reconocimiento y de asignación de puntaje. ¿Qué pasa? Hay jurisdicciones independientemente que han hecho propuestas de post título, pero es solamente para con el reconocimiento interno. Ejemplo el curso de CABA no trabaja : con lo que el docente necesita para poder trabajar en la modalidad, o con la propuesta pedagógica de la articulación con la escuela

M: ¿Y que necesita un docente para trabajar en la modalidad?

E: Mira, básicamente en lo hospitalario vos trabajas a pie de cama, se le llama cuando trabaja con el alumno en la cama porque no se puede mover, o porque tiene una vía, o porque tiene oxígeno, no puede moverse por lo que fuere. Y después tenés el trabajo dentro del hospital, en el aula hospitalaria, que no todos los hospitales tienen aula hospitalaria. O sea un espacio para poder trasladar a los estudiantes, el aula hospitalaria tiene un objetivo, que es reunir diferentes niños jóvenes dentro de un mismo ámbito. ¿Qué pasa en ese contexto? Vos trabajás con multigrado, porque nunca vas a tener cuatro estudiantes del mismo grado y mucho menos de la misma escuela. Entonces, ahí lo que tenés que generar son proyectos y propuestas para trabajar con multi edad. Eso es una de las posibilidades después cada docente con el uno a uno, es decir, vos trabajás con el estudiante individualmente, conoces su potencial, conoce sus dificultades, conoces cuáles son sus necesidades, te encontrás con diferentes situaciones particulares, individuales y familiares. Ese chico tiene una familia atrás con sus características también

M: Exacto, Es único cada individuo y se adaptan a las necesidades del sujeto.

E: Es la subjetividad por sobre todas las cosas. Vos tenés que mirar al sujeto del aprendizaje. tenés que mirar su subjetividad y tenés que mirar cuáles son sus posibilidades. Y además tenés que primero generar un vínculo. Vos piensa que es un chico que está en una situación particular, que no es que estás entrando a un aula convencional, entonces tenés que primero generar ese vínculo, ver si realmente quiere ser escolarizado en ese tiempo. Cuando vas a ingresar al domicilio tenés que saber si la familia quiere que ingreses. Hemos tenido casos que por más que uno diga bueno, tiene asignado el docente la familia no quiere que entres o no respeta las normas mínimas. Cuando vas a escolarizar en el domicilio tiene que haber un adulto presente mientras el docente está , vos no te puedes quedar sola con el alumno, esto a veces no pasa porque nos ha pasado que la madre nos dice ya que llegaste me voy al almacén que me falta la leche, por ejemplo. O sea, hay un montón de cosas que pasan en el día a día y que eso hizo que fuéramos generando diferentes circuitos administrativos, protocolos y encuadres particulares para los domicilios particulares en cada jurisdicción.

M: ¿ Entonces cada jurisdicción tiene su encuadre?

P: Si hay una base, como te digo, la ley y la resolución es el paraguas. Después tenés diferencias en cuanto a cada jurisdicción.

E: Perfecto. ¿ Qué me podrías contar del aprendizaje de estos niños y jóvenes?

P: Nosotros lo que intentamos hacer con esta modalidad es resguardar el derecho a la educación, básicamente, y cuidar la trayectoria Integral. ¿Por qué? Porque el estudiante ingresa en el nivel

inicial y termina en el nivel secundario. Este es el sistema educativo obligatorio. Nosotros tenemos obligación de dar el recurso en cualquiera de esas instancias. ¿Qué pasa? Nosotros tenemos que tomar la trayectoria como continua. Primero hago una evaluación diagnóstica cuando recibo al alumno en el hospital o en el domicilio, para hacer ese diagnóstico. Qué tengo que hacer: Comunicarme con la familia y comunicarse con la escuela y ver por dónde va el estudiante. Porque a lo mejor es un chico que está inscripto en un cuarto grado, pero sabemos que su nivel académico es más bajo. Entonces hacemos una evaluación y trabajamos en función de eso que el estudiante sabe, puede o tiene, siempre articulando. Por eso digo, es muy importante la articulación con su escuela de origen, porque la que conoce a ese estudiante. El docente de origen es el que te va a decir a vos, docente de la modalidad, cuáles son las dificultades o el potencial de este estudiante. Entonces, lo que tiene que ver con el aprendizaje o con el proceso de enseñanza aprendizaje, básicamente tiene que ver para nosotros con esa articulación, con esa continuidad de la trayectoria, con es respetar las posibilidades del estudiante, teniendo en cuenta la situación de enfermedad, el antes y el después. Porque también, dependiendo qué situación de enfermedad sea, le va a dejar secuelas, hay alumnos que no vuelven de la misma forma a la escuela.

M: Eso voy a preguntar. ¿Cómo era el regreso a la escuela? ¿Cómo se armaba el regreso? E. Ahí también hay otro punto crítico. Si la articulación se da como nosotros te la pensamos, la proyectamos. Y digo nosotros, porque a veces la contraparte, es decir, desde la escuela de origen no colaboran mucho. Entonces trabajamos en cierta soledad, pero trabajamos igual. Acompañamos igual a ese estudiante, tratamos de conseguir los recursos desde su escuela, tratamos de vincularlo con sus compañeros, tratamos de hacer todo lo que sea necesario a través de la tecnología. Pero, si esa articulación se da en el mejor de los casos, como corresponde trabajando en conjunto e haciendo algunos trabajos prácticos en conjunto, incluyendo a ese estudiante dentro de las propuestas del aula y reforzando esta cuestión de que el estudiante es de la escuela de origen, no es de la modalidad. Y haciendo que la escuela co-colabore con nosotros y nosotros con ella. Sea un trabajo cooperativo entre las dos, entre la escuela y la modalidad. El regreso va a ser lo menos traumático posible porque hubo vínculo durante todo el tiempo. El problema existe cuando ese estudiante se desvincula totalmente de la escuela. Y esto pasa a veces con estudiantes que vienen acá desde el Interior, porque por empezar es complicado el contacto, porque a veces no hay teléfono, o porque a veces los padres vienen de golpe y no avisan. Entonces la escuela anda rastreando dónde está el estudiante. Hay también otras cuestiones que dificultan el contacto. En esos casos cuando el chico vuelve la modalidad debería ser la transición para que el estudiante realmente vuelva a su escuela de la mejor manera. Esa transición puede ser generando vínculo, o sea, no soltando de golpe. Hay que ir soltando de a poco para que sea lo menos traumático posible.

M: Claro. el cómo sea el re ingreso a su escuela de origen va depende de la comunicación con la misma

E: La comunicación es fundamental. Y otra cosa que también es fundamental es el informe y lo que uno genere para entregarle a la escuela. Yo trabajé tres meses con un estudiante y tomé evaluaciones, hice trabajos. El chico respondió perfectamente bien, si yo entrego todo un informe de lo que realizó a la escuela de origen y la misma sabe por dónde va el estudiante e independientemente de que yo haya tenido vínculo o no, el informe es un documento que da cuenta de lo que hizo con nosotros.

Otra cosa que también tenés que tener en cuenta, es el tema de cuando se prioriza la salud, digamos. Por ejemplo, si vas al Gutierrez te vas a dar cuenta de que la actitud de los docentes

está más del lado de la salud que de la educación. Digo, vas a ver docentes que parecen médicos o que parecen psicopedagogos, o que parecen psicólogos que van circulando por las aulas y la verdad es que siguen siendo docentes, pero cómo están dentro del ámbito de salud, creen en el imaginario que están por encima de lo que es la escuela. Entonces el que entra realmente como docente le cuesta mucho integrarse. Yo he tenido muchas experiencias y docentes que me han dicho la verdad, me fui porque no me gustó el ambiente,, porque no era considerado como docente.

M: Muchas veces, se prioriza la salud que es un aspecto importantísimo, pero aun sin educación tampoco hay salud ¿ como es el interjuego entre estos dos aspectos?

E: Total, lo vas a ver dentro de los objetivos de la resolución 202. Uno de los objetivos es la proyección del futuro, aunque uno sepa que ese estudiante se va a morir por lo que fuere. Uno tiene que seguir proyectando el futuro y la vida a través de la educación, a través de los conocimientos, a través de la lectura, a través del juego, a través de todo lo que se pueda hacer para correrlo de esta situación. También tenemos la otra parte, que es sostener a los docentes. Cuando se les muere un paciente, un estudiante. Van a ver al estudiante que está internado, le preparan todo y cuando llegan se murió. Son situaciones donde uno tiene que estar preparado, por eso te decía al principio que no cualquier docente está preparado para trabajar en estos contextos, como tampoco en contexto de encierro, por ejemplo. Un docente que trabaja en un hospital tiene características particulares o debe tener características particulares, que si uno no puede trabajar ahí

M: y que características particulares debe tener un docente para vos?

E:Y bueno, esto que te digo. Ser empático ,flexible ,tener la suficiente templanza como para esperar el momento oportuno. Hay mucho de psicopedagogía en esto. El psicopedagogo tiene que tener mucha paciencia porque no sé en qué nivel de la carrera está. Pero cuando uno tiene un paciente y ese paciente es apático, abúlico y nosotros nos cuesta generar ese vínculo. Tenemos que tener paciencia y ser flexibles y creativos a la hora de buscar la forma de vincularnos. Y acá pasa lo mismo. A lo mejor vamos a la casa y el chico está dormido o no quiere saber nada o está medio dolorido. Y entonces uno tiene que tener cierta templanza y cierta flexibilidad. Como yo digo, esta cosa de decir bueno, hoy no podés. Te dejo un librito de cuentos o te leo un cuento y vos dormís, no sé, generar cosas nuevas. Por eso también yo siempre les digo a los directores de escuelas y demás que no hay que ser tan rígidos en la cuestión administrativa. Viste que en las escuelas tradicionales te piden la planificación, el informe, pasan por el aula y mira a ver si estás trabajando con el tema. Acá pasa lo mismo y mucho más, si vos no llegaste a cumplir con todo lo que habías planificado o generar un proyecto, una propuesta particular para ese estudiante, teniendo en cuenta su situación y no sólo su situación de enfermedad, pensá que nosotros nos metemos en la intimidad de la casa. Cuando nosotros nos metemos en la intimidad de la casa, estamos viendo precisamente la intimidad y la vulnerabilidad de algunas casas. No es lo mismo entrar a una casa de Nordelta que entrar a una casa de la Villa 31 por decirte algo. Entonces tenemos que ser lo suficientemente respetuosos y lo suficientemente docentes y profesionales para decir bueno, yo vengo acá como docente a trabajar esto cuarenta y cinco, una hora con este estudiante y lo demás no me importa. Y también hay cosas que se van como entremezclando. Hay familias que están muy solas y que cuando llega el docente generan un vínculo muy fuerte y les empiezan a contar su vida privada. Eso pasa habitualmente. Entonces, en ese sentido digo, la formación del docente es mucho más amplia que solamente enseñar un contenido.

M: Cuando venís hablando de las características del docente a mi cabeza, viene un psicopedagogo más que un docente. O sea, creo que es la mezcla entre los dos.

E: Sí, pero el psicopedagogo lo que no tiene, y ahí a mí me ayudó mucho ser primero docente de educación especial y después psicopedagoga para poder complementar. Pero al psicopedagogo puro le falta toda esa parte didáctica y de enseñanza que tiene el docente. Entonces acá lo que nosotros pedimos es que el docente tenga esa expertise de el nivel primario del nivel inicial, del nivel secundario para poder transmitir los contenidos y los conocimientos de la mejor manera.

M: Por eso para mí es el mix. Para mí es como el mix. Como que considero que muchos docentes no se si podrían encontrarse en esos contextos

E: Bueno, ese es el plus que nosotros pedimos y es lo que a mí me parece que debería tener el post título, no que tuviera otra formación que además fuera psicopedagogo, pero sí que el post título incluya algunas temáticas que hacen a este perfil que se requiere.

M: Claro, es tiempo. Ojalá llegue esa formación y con el tiempo va a llegar

E: Yo creo que sí. Pero bueno, estamos trabajando con toda las provincias para ver cómo lo generamos.

M: Bueno, para cerrar. Que mejorarías y que dejarías igual la modalidad.

E: Y mejorar. Hay mucho por mejorar, pero básicamente creo que lo que hay que lograr. Yo te hablo a nivel nacional, es esta separación clara entre especial y domiciliaria hospitalaria Si nosotros logramos esta separación se empiezan a definir un montón de otras cosas. El perfil docente, el sujeto de la modalidad. Y la otra cuestión que me parece que es fundamental es el trabajo colaborativo, el trabajo como parte del sistema educativo, no como isla. Si todos trabajamos juntos, el sistema educativo es un sistema, no es el inicial, primario, secundario, modalidades. Por eso digo que esa es la base. Porque dentro del sistema también tenemos comunidades indígenas, tenemos diversidad de razas, diversidades sexuales, tenemos un montón de cosas. Entonces el sistema educativo debe ser inclusivo para contemplar todo esto. Y dentro de esa inclusión está la modalidad. Porque nadie está libre de enfermar. De hecho, he tenido también experiencias en algunas provincias con adultos adultos que estaban haciendo su primaria y que tenían que dializarse. Entonces cuando iban al centro de diálisis, el docente iba a enseñarles y acompañarlos.

M: Woww, se trabaja de múltiples maneras

E: Es maravilloso, maravilloso.

M: Es maravilloso y tan interesante.

E: Si. También me habían dicho que entrevistaste a una alumna, puede ser

M: Si. de domiciliaria de acá de CABA

E: ¿ Y ahora cuántos años tiene?

M: Y creo que tiene 10/11

E: A, ahora es alumna.

M: No fue el año pasado ,no ,el anterior, en el 2019, si no recuerdo mal.

E: ¿ Y de dónde fue alumna en garrajan

M: . Era de domiciliaria de mataderos.

E: ¿ Y qué te contó? ¿Una buena experiencia o no?

M: Maso menos

E: Domiciliaria

M: Sí, es que tuvo que ser un word porque la madre no quería hablar, porque todavía seguía en duelo a la madre por la enfermedad. Leucemia tiene o tenía, la verdad hablé al principio del año

pasado y después no volví a hablar. No me contestó más. Después me contó que no iban las materias especiales. Como que ella quería que toda la escuela estuviera en su casa. Y yo creo que hubo un duelo interno que se reflejó más en la escuela como crítica. También me dijo que no había aprendido nada, que no. Pero también habría que ver la situación de la nena, estaba transitando un tratamiento. Un montón de factores que me habrían encantado en nadar, pero no me dio la posibilidad.

E Y además, por ahí ver las dos caras, entrevistar al docente y entrevistar al alumno y a ver qué pasa ahí. Porque hay docentes. Te digo que son maravillosos y que sacan de la galera cosas que a nadie se le pueden ocurrir.

M: Yo creo que iba más por otro lado, yo leía la madre y leía un enojo hacia la vida, un enojo por todo y buscando el defecto. Y también creo que la bomba obviamente cae en la familia también de que pierde la vida cotidiana. Y esta familia había perdido su vida cotidiana y la madre quería que la domiciliaria les dé todo lo que habían perdido

E: Que los devolviera a la normalidad.

M: Exactamente. Y no iba a pasar eso es una nueva normalidad que hay que adaptarse, hay que aprender y también uno debe estar preparado para eso y abierto. Me decía, no hace lo mismo que los compañeros. Y no, no va hacer lo mismo que los compañeros porque tiene otros tiempos ahora

E: Pero igual esas cosas. Por eso digo. Habría que escuchar las dos campanas, pero esas cosas con el tema de la articulación se han logrado cosas muy buenas. Porque se generan espacios donde ella se podría comunicar con la escuela.

M: Igual te digo anda a saber cómo fue, la verdad es que me contesto 5 preguntas y después no me respondió mas

E: Y bueno, con esas situaciones te encontrás todo el tiempo, te encontrás con padres maravillosos que agradecen y que se vuelcan a todo lo que vos les ofreces, pero también te encontrás con otros que se resisten a todo, porque claramente un impacto tan fuerte como una enfermedad terminal o una enfermedad grave. Es complejo.

M: No olvidemos que estamos expuestos a la muerte. Y que, la muerte es uno de los factores que más se trabaja, que es el miedo a la muerte. Lo tenemos todos,

E: Totalmente, y cuando es de un hijo peor, doblemente fuerte porque que te digan que tu hijo tiene una enfermedad terminal es jodidísimo. Si lo llevas ahora, por ejemplo, al contexto de Covid. Que también es un tema que nosotros trabajamos. Porque digo, creo que después de la pandemia va a haber un cambio de paradigma que no vamos a volver a ser los mismos, ni va a ser la educación la misma, ni mucho menos. Entonces particularmente la modalidad va a tener mucho cimbronazo. Pero yo digo, el Covid es una enfermedad solitaria, todos tenemos alguien alrededor que ha pasado por la situación, no poder asistir. No poder ver. Sólo comunicarte por un celular o por un audio. Es terrible. Me imagino cuando a un padre se le dice que su hijo no puede ir a la escuela porque tiene una enfermedad terminal y que va a estar todo un año internado o no saben cuánto. Tenemos chicos que han estado más de un año internados, claramente su escuela es la escuela hospitalaria, no la escuela de origen.

M: Aparte, la necesidad de un grupo de pertenencia para ese chico es tan necesario

E: Yo lo que siempre digo y les digo a todos los docentes con los que tengo oportunidad de charlar es que no se queden pegados en la lástima y en la cosa quejosa y que piensen siempre mirando el medio vaso lleno en las posibilidades, en lo que hay, en lo que se puede continuar. Porque es muy fácil quedarse en la lástima, Y la madre llora. Yo lloro con la madre, nos deprimimos las dos y el pibe está en el medio y nadie hizo nada por el pibe.

M: Exacto. bueno muchas gracias, Si me quedo algo seguramente te vuelva a llamar

E: Las veces que quieras. Yo te digo cuando puedo, pero ahora estoy como con muchas cosas. Pero si vos me mandas un mensajito, me haces una pregunta o algo. Yo te la contesto. Ahí no hay problema.

M: Sos una genia realmente. Igual yo la tengo que entregar en diciembre, así que tengo tiempo.

E: Claro, las preguntas que te surjan me las hacés. No te hagas ningún problema. Yo te las respondo a medida que vaya pudiendo. Pero vos me las haces, no me molesta a cualquier hora. No te preocupes.

M: Gracias. Muchas gracias, Patricia, de verdad

E: . Por nada. Un beso enorme. Suerte de trabajo

Segunda Entrevista:

M: Hola ¿ Cómo estás? Muchas gracias por darme este ratito para poder ampliar nuestra entrevista. Es una gran ayuda para mí.

E: Para mi es un placer, comentame en que te puedo ayudar.

M: Primero te quería comentar respecto al ingreso a la modalidad. ¿ Qué me podrías contar de esto?

E: En hospitalaria el ingreso es automático, se acerca un docente a la sala/cama y acuerda con la familia. En las escuelas o servicios domiciliarios, el adulto responsable o la escuela de origen del estudiante debe solicitar al docente con el único requisito de un certificado médico que incluya diagnóstico y tiempo de reposo.El tiempo mínimo requerido va desde 15 días a un mes dependiendo de cada jurisdicción.

M: Perfecto, digamos que en hospitalaria con el ingreso al hospital ingresa a la escuela ¿ No debe solicitarlo ningún tutor? ¿ El único requisito es estar en el hospital?

E: Exacto, esa es una gran diferencia entre las dos escuelas, en hospitalaria el ingreso es automático por el simple hecho que te encuentras en el hospital y ningún adulto responsable debe solicitar al docente hospitalario.

M: Claro, por otro lado ¿ Cómo se encuentran formados los equipos de trabajo en la modalidad?

E: Las escuelas de CABA cuentan con directivos, docentes y equipo interdisciplinario

M: Claro comprendo, ¿ y cómo se organiza dicha modalidad?

E: Todos los días los docentes (designados por el directivo o responsable del servicio) se comunican con el responsable de sala o jefe de enfermería para saber si hay ingresos hospitalarios y recorren la sala para vincularse con el alumno y su familia. En caso que ya estén internados desde hace un tiempo se acercan a la cama y realizan el trabajo planificado previamente.

M: ¿ Y los equipos cómo se organizan?

E: Los equipos de las escuelas hospitalarias se organizan de la misma forma que todas las escuelas, con algunas particularidades que hacen al ingreso diario de los niños/as, pero el directivo en general asigna un grado/ciclo o área del hospital (por ej. oncología) a los docentes y mientras estén los estudiantes le dan continuidad a la escolarización. De lo contrario inician la tarea con nuevos alumnos.

M: ¿ Y cómo describirías la comunicación entre escuela y modalidad?

E: La comunicación entre escuela y modalidad es fundamental para la continuidad de los aprendizajes. Aunque en ocasiones se hace complejo pero vamos avanzando hacia la mejor comunicación para no vulnerar derecho

M: Muy bien ¿y del docente hospitalario que me podrías contar?

E: El docente de la modalidad, ya que es domiciliario y hospitalario, es un docente con formación terciaria de base que puede o no complementarse con otros títulos pero lo principal es la formación en cualquiera de los niveles obligatorios de acuerdo a la demanda de los alumnos. Debe ser empático, flexible, con capacidad de comunicación con diferentes actores que se vinculan con los alumnos(familia, personal docente, personal de salud, etc). Por sobre todas las cosas debe ser resiliente para poder afrontar las diferentes situaciones de salud (vida-muerte) de sus alumnos. No debe conocer de los diagnósticos en profundidad pero si de el impacto que puede provocar cada enfermedad en la trayectoria educativa de cada niño/a. Además, creativo para poder adaptar las propuestas y modificarlas en función del curso que tenga la enfermedad.

M: ¿Cómo describirías al sujeto de la modalidad?

E: El sujeto de la modalidad es cualquier estudiante del sistema educativo que por atravesar una situación de enfermedad no pueda asistir a su escuela. La modalidad es la estrategia organizativa que resguarda el derecho a la educación de todos los estudiantes que atraviesan una situación de enfermedad que les impida el traslado a la escuela. El sujeto de la modalidad presenta características particulares que tienen que ver con el curso de su enfermedad por lo cual el docente debe tener en cuenta esto a la hora de pensar en las propuestas pedagógicas.

M: Y siguiendo hablando del sujeto ¿que me podrías contar del vínculo docente hospitalario- alumnos y docente domiciliario- alumno?

E: Partiendo de la premisa de que el sujeto de la modalidad es un estudiante que atraviesa una situación de enfermedad, el/la docente debe tener en cuenta siempre las características que tiene la enfermedad para pensar las propuestas educativas durante el reposo. Por lo cual el vínculo tiene características propias del trabajo con esas situaciones, paciencia, flexibilidad, empatía, etc

M: Claro el vínculo parte de la flexibilidad y la empatía, debido que sin vínculo no hay aprendizaje ¿ Se realizan evaluaciones o que me podrías contar del método de evaluación?

E; Mira, para realizar las evaluaciones lo primero a tener en cuenta es el tiempo que el sujeto estará siendo escolarizado por la modalidad y que periodo del año abarcara el reposo. En caso que sea fin de bimestre, trimestre o ciclo lectivo se debe evaluar de manera articulada con la escuela de origen ya que nunca deja de ser alumno del sistema educativo, la vacante la conserva en la escuela donde fue matriculado al inicio del ciclo lectivo, no es matricula de la modalidad, la misma no tiene alumnos propios, solo son transitorios mientras dure la situación de enfermedad. Además los docentes de la modalidad realizan sus informes que se entregan con todo lo trabajado al momento del alta médica del estudiante.

M: ¿ Que me podes contar de la selección de contenido para cada clase?

E: Los contenidos son seleccionados teniendo en cuenta la planificación de la escuela de origen (contenidos del grado, ciclo,año que cursa y lo esperable para su edad) y también teniendo en cuenta una primera observación del niño/a y la charla con la familia. Muchas veces los niños se internan con su mochila al tener conocimiento de que existe la modalidad.

M: Para finalizar,¿ te consulto cómo se organiza la modalidad?

E:El docente de la modalidad debe acceder a las planificaciones/propuestas que realiza la escuela de origen. En base a eso prepara una propuesta para el/la estudiante con las adaptaciones que sean necesarias teniendo en cuenta el curso de la enfermedad. El encuadre de trabajo se plantea a través de actas acuerdo con la familia donde se consigna tiempo de trabajo semanal, características del espacio en la casa, necesario para recibir la propuesta educativa(mesa y sillas). Esas características incluyen mesa despejada que el niño/a o joven/adolescente utilizará durante el tiempo en que asiste el docente. Siempre debe estar presente un adulto responsable,

nunca debe estar solo con el alumno/a. Contar con útiles escolares necesarios para trabajar (los mismos que llevaría a la escuela).

M: Bueno muchas gracias por brindarme este ratito para poder ampliar la información. Es muy importante para mi muchísimas gracias.

Entrevista 2

Entrevistado 2:

Primer entrevista

M: Hola ¿cómo estás? Mi nombre es Mailen Rodriguez, estoy estudiando psicopedagogía en la UAI, actualmente me encuentro realizando mi proyecto de tesis respecto a la modalidad hospitalaria y domiciliaria. Mi punto de partida es considerar que el aprendizaje es un mensaje de esperanza para una persona que se encuentra atravesando un momento de enfermedad, poder aprender y poder sentirse un poco más cerca de su vida anterior. Sin olvidar que todo niño tiene derecho a la educación. La relevancia personal que orientó la elección de este tema es que durante el 2019 y 2020 estuve como voluntaria, en la fundación flexer, donde pude conocer a muchos niños y jóvenes que se encontraban lejos de sus casas atravesando un tratamiento oncológico. Y comencé a interesarme en el aprendizaje de estos niños, como es su aprendizaje sistemático, de esta manera comencé mi tesis el año pasado. Se agradece mucho tu colaboración y predisposición, me estas ayudando muchísimo

E: Todo bien, ¿vos?

M: bien ¿Podría grabar la entrevista?

E: Si no hay problema

M: ¿Dónde estás trabajando actualmente?

E: Yo estoy en la 2, en la 1 y en el Gutierrez, Me falta la domi 8 pero es el escalafón 6 y no puedo trabajar ahí

M: ¿Por que es especial ?

E: Claro, La domi uno es de un lado de rivadavia y la domi dos de otro lado de rivadavia

M: ¿, que amplitud que tiene

E: Si, de igualmente no hay tantos docentes, vos tenés de sociales en la domi 1 somos 3. La diferencia es que yo por ejemplo Domi 1 , tengo un cargo, hay una docente que tiene 2 y otra que tiene 2, entonces en realidad es que tenes 5 profesores de sociales para abarcar todo lo que es Rivadavia el norte desde el bajo hasta Liniers. En la domi 2 también somos 5 de sociales y después de legua más o menos tenes la misma cantidad de personas. Lo que pasa es que encima nos repetimos somos figurita repetida,

M: Es lógico es como el colegio ordinario, los docentes trabajan en un turno, en un colegio, en otro turno, en otro el colegio

E: Somos figuritas repetidas No sé si hoy por hoy, con toda esta pandemia yo me bancaria treinta y cinco pibes adentro en aula con esta pandemia y sin pandemia. Yo siempre desde que recibí trabajo en especial, entré en domiciliaria primero en la 2 y , después en la 1. Y el último cargo que tome es el del hospital,

M: Por lo que me comentas sos profesora de ciencias sociales.

E: Sí, soy profesora de historia. En realidad, damos historia, geografía cívica y tratamos de patear que no nos metan ni sociología ni introducción a las ciencias, ni historia de Pirulo, porque

ahora con la NES (nueva escuela secundaria) hay 2 millón y medio de materias que le pusieron a los pibes, sobre todo si tienen una orientación en ciencias sociales. Y lo cierto es que yo no tengo espacio, tiempo ni horario para darle al chico historia, geografía, historia de las ideas, historia de la cultura y no me acuerdo qué más

M: Eso te iba a preguntar cómo se organizaban, porque es muchas materias, pocos docentes y muchos alumnos.

E: Mira, nosotros trabajamos, 1 hora 20 con el chico por semana. O sea, tiene una hora 20 de historia, ciencias sociales. Yo la divido en líneas generales, esta es mi forma de trabajar y en general solemos hacer lo mismo. Porque conozco a la profesora de historia, te imaginarás que solemos hacer algo parecido. Yo divido en Historia y Geografía en presencialidad suelo dividirlo más o menos por la mitad del tiempo

M: ¿Es decir 40 minutos de historia y 40 minutos de geografía?

E: Y Cívica suelo darlo anexado algún tema de historia que tenga que dar. O sea, lo trato de mechar en algún momento, salvo que de pronto haya un tema y el pibe tenga alguna otra inquietud. Y entonces ahí hay una de las materias que no doy, que generalmente es geografía. Ahora hay veces que con el chico no puedes hacer eso porque el chico no te responde o lo que sea. Vos tenés que adaptarte al chico, entonces, si el chico necesita más explicación de historia o más explicación de geografía y veo que se te está terminando la clase. La verdad es que meter 20 minutos de historia no tiene sentido. Entonces ese día le doy solo geografía y a la semana siguiente le doy todo historia que es, es otra de las posibilidades de que uno puede realizar.

M: ¿Y los temarios que tenés que dar, digamos temario de historia de cívica te lo manda el colegio de origen o como se manejan?

E: En líneas generales, uno siempre pide los programas. Porque vos tenés que tener en cuenta que le vas a dar clase al chico por un tiempo. O sea, te puede pasar que tengas alumnos 3 años consecutivos, a mí me ha pasado. Pero también puede ser que tengas un alumno de medio año o que lo tengas 2 meses. Entonces uno trata de pedir los programas. También es cierto que muchas veces las escuelas están con la cabeza en cualquier lado y los temarios no te lo mandan. Entonces uno trata de ver en qué año está el alumno o los busca en el blog de la escuela, trata de buscarlo y si no dependo de la escuela. Yo, por ejemplo, tomó la postura de una de las escuelas que trabajo. Si en 15 días la escuela no me mandó el programa. Yo sigo el programa de la ciudad de Buenos Aires, vivas en La Quiaca o en la Ciudad de Buenos Aires, porque la verdad, sinceramente, no puedo estar todo el año sin programa, me ha pasado o que me manden el diseño curricular. Entonces yo me si en 15 /20 días no me mandaste el programa, yo me adapto y utilizó el programa de la Ciudad de Buenos Aires y se le avisa a la escuela de que si en 20 días no, nos manda el programa se utilizara el de la Ciudad de Buenos Aires

M: ¿La comunicación con el colegio cómo es?

E: Es todo un tema, porque vos tenés que entender que para anotarte en domiciliaria vos necesitas un certificado médico que diga que vos tenés un tratamiento médico mayor a 30 días, una aptitud del médico que dice que vos podés recibir clase. Toda una serie de papeles que tienen que firmar el padre, la comunicación entre las dos escuelas. Todos esos papeles hay que mandarlos a la escuela de origen y la escuela de origen tiene que solicitar la domiciliaria. Entre que se terminaron de comunicar pasaron 20 días,

M: Claro y si el chico tenía 2 meses ya perdió la mitad de los días.

E: Exactamente, exactamente. Por eso el trabajo en el hospital es distinto y es muy importante tener el acuerdo firmado antes de empezar porque al firmar un acuerdo hay un compromiso de

la escuela donde se pautan las reglas, porque por ejemplo en la domicilia, no tenemos todas las materias.

M: ¿Qué materias tienen?

E: En líneas generales, si hablamos del hospital, tenés matemática, lengua, historia y geografía. Y para de contar, siempre hablando del Gutiérrez porque cada Hospital se maneja diferente. Entonces en medio del Gutiérrez tenés esas cuatro materias porque es una escuela se abrió recién como planta del hospital, se abrió recién el 2018. Antes había un dispositivo de la domiciliaria 1, que trabajaba dentro del hospital. A partir de 2018 se determinó que el hospital tenga su propia planta, pero lo cierto es que somos tres nada más. Después en la domiciliaria uno tenés Matemáticas, lengua, sociales, química, física, administración, biología, educación para la salud, tenés casi todas las materias. Lo que pasa que por ahí tenés, por ejemplo, un profesor de inglés tiene 2 cargos. Eso significa que no siempre le puedes dar a todos inglés, Porque tiene 32 horas cátedra la chica. Eso significa que puede darle inglés a un promedio de 10 /12 chicos. Entonces a veces es muy complejo darle inglés a todos porque no tenés carga horaria y el profesor se le terminó su cupo. Lo cierto es que necesitamos una ampliación de la planta funcional de profesores. También te pasa lo mismo con Historia y Geografía. El tema de la virtualidad nos benefició en cierta medida porque el hecho de no tener que movernos. Hace que no pierdas al profesor en el traslado. Porque a ver, es un beneficio para mí que yo no me mueva, pero al mismo tiempo es un beneficio también para el director, porque te va a dar un alumno más. Yo el año pasado entre el hospital y la domiciliaria estuve 24 pibes

M: ¿Y con la hospitalaria como se manejaron?

E: Yo en este momento estoy exceptuada, no voy al hospital. Mira, el año pasado nosotros tuvimos una ventaja. Nosotros generalmente en el Gutierrez trabajamos con chicas de hospital de día, entonces las chicas no estaban internadas. Nosotros teníamos el teléfono, de la casa y la verdad es que el año pasado lo que fue hospitalaria a nivel secundario, laburo muy bien porque las chicas tenían la conectividad desde la casa más o menos se le descolgaba internet como nos pasaba a nosotros, pero nosotros manejamos así. Si no tienen datos nos manejamos por WhatsApp videollamada si son de salud mental, por ahí la vio llamada, no la quieren. La gran mayoría de las chicas que nosotros tenemos de salud mental tienen trastornos de alimentación, entonces es muy factible que muchas de ellas no quieran videollamada, por lo menos al principio. También teníamos la ventaja de que el año pasado las que teníamos ya venían con nosotros desde hacía dos años, entonces ya nos conocían. Entonces, cuando tuvimos que hacer un par de zoom por el tema de la ESI. Ahora, cuando nos dieron algunos chicos en unidades, fue un tema, porque si el chico no tenía datos y Gutiérrez no tiene wifi, Entonces, si el papá no tenía datos lo máximo que hacíamos era mandarle un trabajito, llamarlo por teléfono. Siempre los arreglábamos de alguna manera.

M: Creo que el docente domiciliario y hospitalario es muy flexible, busca la manera siempre.

E: Yo tuve tantos alumnos porque la domicilia 1 tiene un dispositivo en Hospital Alvear cuando había clases en el Hospital Alvear, yo tenía 12 chicos que en el hospital los tenía agrupados de acuerdo al grupo. Nosotros tenemos un acuerdo con los chicos del Alvear, que son adultos mayores de 18. Teníamos un acuerdo con adultos 2000. Porque es un plan muy piola para aquellos chicos que están en salud mental, porque lo cierto es que los chicos van dando materias acorde a sus posibilidades. Tenemos un acuerdo firmado entre la domiciliaria y Adultos 2000. Entonces, yo los tenía agrupados en adultos A Historia Historia B Historia C. Yo voy los martes al Alvear a la tarde. Entonces en presencial yo tenía cuatro en historia A ejemplo, el año pasado los martes era un loquero porque ya no tenía la posibilidad de agruparlos, lo quise hacer

y armar grupos de videollamada de tres o cuatro chicos. Pero claro, el que no quiere aparecer, el que no quiere prender la cámara, el que le tiene fobia el teléfono, entonces se me complicó un poquito. Entonces eran catorce llamadas telefónicas, con algunos hacía videollamada, con los otros hacía llamadas telefónicas con otros y con otros por WhatsApp. A otros le mandaba mail porque no tenían teléfono o tenían prohibido el acceso al teléfono también terapéuticamente puede pasar. Entonces los martes mi vida era un loquero. Los chicos no están internados sino están, externados. Lo que te puede pasar es que vos te quieras comunicar a la una y media de la tarde y el pibe te conteste a las 9 de la noche. Igual me pasaba con los chicos del Alvear como con todos.

M.: Yo creo que la virtualidad rompió barreras de tiempo, de encuadre, por decirlo de una manera.

E: Bueno, de hecho nosotros al principio no queríamos dar el teléfono en el Alvear porque no es lo mismo que los chicos del Gutiérrez que tienen un trastorno de alimentación en el Alvear tenemos esquizofrénicos, psicóticos. Las dos primeras semanas no dimos el teléfono, a la tercera semana le dimos el teléfono porque sino era imposible trabajar. Yo creo que el tema de la virtualidad a la gente de domicilia la agarró mejor parada, sobre todo a la gente de media, porque lo cierto es que a nosotros nos pasa de tener momentos en los cuales no puedes ir a la casa del chico. Yo tengo resfriado y no puedo ir a la casa de ninguno. Entonces nosotros ya lo usábamos, ya habíamos tenido clases por Skype, ya habíamos tenido clase por videollamada. Los chicos tenían nuestro teléfono, entonces, se declara la suspensión de clases el 16 y el 17 tuve clase porque la domiciliaria ya estaba armada.

M: Claro, ya hacían un interjuego entre virtual y presencial.

E: O sea, no te voy a negar que hay chicos a los que les costó adaptarse, pero lo cierto es que el año pasado yo creo que labure muchísimo más que cualquiera de los años que haya trabajado en domiciliaria. Porque fue muy intenso. Fue un año muy intenso y los primeros meses fueron un loquero.

M: ¿Cuántos años hace que trabajas en domiciliaria/ domiciliaria?

E: Seis años. yo creo que nos agarró en domiciliaria bien parados, .También obligó a muchos docentes a ponerse a tono con el tema de las redes, con el tema de la virtualidad.

M.: Todos tuvimos que aprender cómo se usaba el zoom y demás herramientas. Lo bueno que dentro de todo en la domiciliaria ya estaban carrera por lo que me contas.

E: Mirá lo que es media yo te puedo asegurar que yo estaba en carrera. No sé cómo se manejó en primaria. Igualmente conozco a una profesora de media que dio clase de matemática por WhatsApp. Yo todavía estoy tratando de entender cómo hizo para dar clases de matemáticas por WhatsApp. Pero bueno, es una mujer grande y le costó adaptarse.. Pero yo creo que a Primaria sí le costó más, porque Primaria tiene otro sistema.

M: En base a lo que mencionas, ¿qué diferencia hay entre primaria y secundaria?

E: Primaria acredita , primaria tiene boletín cosa que en la secundaria no. Nosotros dependemos específicamente de ese acuerdo, porque el que le hace el boletín no es la escuela domiciliaria, el que le hace boletín es la escuela de base del chico y nosotros pasamos la nota.

M: O sea, es diferente porque en primaria la calificación, la evaluación depende de la escuela de base.

E: En primaria se hace como un pase de escuela a escuela, el chico pasa a una escuela, y después vuelve. En cambio, en secundaria se necesita sí o sí hacer un acuerdo porque el chico va

a seguir siendo calificado por su escuela de base. Nosotros lo que hacemos es darle las materias y las otras que no podemos dárselas, se las va a tener que dar la escuela de base a través de trabajos prácticos, o como guste. Por ejemplo gimnasia, nosotros no tenemos profesor de gimnasia. Hay algunas especificidades que nosotras no tenemos. Entonces vos haces el acuerdo por la X cantidad de materias donde se le informa que tales materias se va a encargar de dar y evaluar la escuela domiciliaria de estas otras se encargan ustedes y nosotros tenemos que pasar la nota a la escuela de base del chico y ellos la vuelcan en el boletín.

M: Claro, es un trabajo más en conjunto

E: En cambio en primaria la escuela domiciliaria emite el boletín. Ejemplo yo tuve un chico el año pasado que fue particularmente un dolor de cabeza para mí. El problema fue que el chico no tuvo escuela de base de entrada entra siempre en domiciliarias desde que llegó a Buenos Aires, el chico venezolano. El chico tiene rechazo a un trasplante de riñón, había tenido un trasplante de hígado anteriormente, se atiende en el italiano. Además tiene un retraso madurativo y aparte sordo. Te juro que me volví china, pude hacer sólo una videollamada al principio. Entonces lo cierto es que cuando yo tuve clase con él, la primera clase que tengo así en forma virtual, no fue para tener clase, sino para conocerlo porque era nuevo. Entonces yo mínimamente le quería conocer la cara y ver que onda y ver donde estaba parada al toque me di cuenta que tenía un retraso madurativo por como me hablaba y lo que me contaba, pero también es cierto que si para mí no era un problema porque yo puedo bajar los contenidos no había problema eso, pero mi el problema fue que yo no podía trabajar con él porque al ser sordo yo le mandaba los videos subtítulos con el coso que entraba lento porque no le podía mandar el subtítulo rápido porque el chico no llegaba a leer, porque tenía un retraso madurativo

M: En este caso no entraría en Domi especial

E: No, porque alguien le dio el certificado de séptimo grado. y vos no tenés una escuela secundaria para educación especial.

M: Que en séptimo grado, una persona con discapacidad, se queda sin educación

E: Porque lo cierto es que hablando en serio y clarito es muy difícil que un chico con una discapacidad mental llegue al nivel de abstracción de séptimo grado. Es complejo. Bien, entonces este chico, por ejemplo, particularmente multiplicaba por dos cifras y no sabía dividir y tenía certificado de séptimo. Entonces el problema fue dejarlo llegar hasta ahí, lo aprobaron con los continuos adaptados, pero le dieron el certificado séptimo al 12. Lo ideal hubiese sido para ese chico hacer un CBO, por ejemplo, pero por su patología médica no podía ir porque el CBO tiene muchos talleres. De hecho, creo que lo vuelvo a tener este año y es todo un tema porque yo no lo aprobé en una de las materias porque no llegué a darle todas las materias, porque entre que el chico me suspendía mucho por su problema físico, se dializa tres veces por día. Yo trabajaba a través de la mamá, le daba, le daba el tema a la mamá y la mamá se lo daba al chico. ¿Y vos sabés si el chico lo hizo o lo hizo la mamá? No, no lo sabes. ¿Qué pasó con ese chico? Lo anotaron en un comercial porque le quedaba cerca la casa, fue una de las cosas que siempre discutí. ¿Cómo lo van a anotar en un comercial? Y la mamá no aceptaba, el año pasado yo creo que la mamá se dio cuenta, que el chico tiene dieciséis años y está en primer año, se dio cuenta de hasta dónde llega su hijo, porque para eso también sirvió la virtualidad también, para que los padres acepten las limitaciones de sus propios hijos

M: Muchos lo aceptaron, pero mucho no

E: Pero también en algunos casos sirvió para eso. Y con esta mamá hubo todo un tema, porque la mamá se empezó a dar cuenta, llega a fin de año diciendo yo sé que mi hijo no puede estar en un primer año común con catorce o veinte chicos. ¿Qué pasó con ese chico? El último día de

clase la escuela de base de ese chico no aceptó las notas que nosotros le mandamos. Cuando nosotros mandamos las notas y con un informe aparte diciendo cómo le habíamos hecho las notas. Porque yo a ese chico lo mandé a diciembre porque no había llegado por una cuestión de contenido. Pero también hay profesores que agarraron y , dijeron bueno, el chico puede hasta acá y yo le doy suma y resta. Y en el informe escribió le di suma y resta. La escuela de base del chico llamó a la asesora pedagógica. Le dijo todo muy lindo, todo muy bonito. Valoro mucho lo que hicieron por este chico pero acá va a repetir eternamente. Y eso es cierto. Porque vos en la domiciliaria podés ser flexible y bajarle el contenido , pero que haces con el resto de las materias, nosotras éramos cinco materias y las otras siete. Por lo pronto la escuela de base no le aprobó primer año y tengo entendido que estaban viendo qué hacer.

M: Siguiendo con lo que me cuentas ¿Cómo es la formación de los docentes de media hospitalaria y domiciliaria ?

E: Hay un curso en Garrahan, el curso no sirve, es más protocolo que otra cosa. Lo cierto es que no le veo sinceramente por lo que te dan, te plantean cuál es el ambiente, cómo puede llegar a tener que trabajar, cómo se trabaja a pie de cama. Pero lo cierto es que te ponen un hermoso cosito y todo divino. Pero, tenés que trabajar ahí. O sea, uno sabe que si el chico está enfermo, uno tiene que ser flexible en un montón de cosas. Pero yo no necesito hacer un curso de un año para que me digan eso. Que si voy a trabajar en un hospital voy a tener que trabajar a pie de cama, tampoco necesito un curso, un año para que me lo digan. Sinceramente no sé ni para qué es ese curso. Es como la contención, no sé si vos conocés, pero nosotros tenemos contención en nivel especial ,en cada zona tenemos contención , la idea es que uno exprese en ese espacio las situaciones que se le pueden plantear con algunos chicos. Zaraza porque la red de contención que yo conozco, la gran mayoría de lo único que se habla es de los despelote que hay con las conducciones de las escuelas, más que lo que hay a nivel emocional. Se habla de los despelote que hay con las conducciones, la falta de comunicación con las instituciones. O sea, no se habla desde lo emocional o lo que a uno le pasa .Y a mí me pueden decir un montón de teoría, pero cuando se te muere un alumno, la teoría no sirve ,te puedo asegurar. Por más que hayas leído 300 fragmentos del niño hospitalizado y la situación de enfermedad, cuando se te muere el alumno, vos lo tenés que manejar y tenés que saber cuándo lo procesas.

M: Claro comprendo, y ahora que hablaste de especial, según la última normativa, la modalidad hospitalaria y domiciliaria se encuentra separada de la modalidad especial

E: No No ,La escuela domiciliaria y hospitalaria se encuentra dentro de la modalidad especial

M: Se separó en teoría de la de lo especial , pero en en capital siguen unidas , pero en otras provincias no

E: Ah no, no sabía

M: En base a esto, ¿Cómo consideras a un niño enfermo?

E:, Yo sinceramente trabajé en especial especial , es decir escalafón C.. Yo creo que es especial de nombre, o sea, la modalidad de educación especial ya dejó de ser un nivel, Pero lo cierto es que yo no dejo de considerar al chico, para mí todos son especiales, desde el pibe este que te contaba recién hasta cualquier chico que tiene un problema oncológico, porque el pibe lo cierto es que está limitado dentro de lo que su posibilidad y no es la realidad típica de i un chico de 14/15 años, entonces lo trato distinto. Para mí es exactamente lo mismo. No hago la diferencia sobre si es especial o no es especial, si es. Yo lo considero un alumno y me voy adaptar a sus posibilidades. El año pasado yo tuve un alumno con el que estuvimos en la Feria de Ciencias de la Ciudad de Buenos Aires y en la Feria de Ciencias de Nación, el pibe tiene cáncer y es un pibe muy inquieto, pero muy inquieto. Yo lo llegué a ver personalmente una sola vez antes de que se

cerrará la escuela le pregunto que quiere ser y me dice quiero ser youtuber. Imagínate que gana tenía de escucharme hablando de la edad media. Es un chico que la mamá me contó que tenía muchos problemas en la escuela porque se dispersa mucho. En la segunda clase, me dice espere profe que estoy creando un juego, yo le digo dale deja de jugar y me dice que está creando un juego. Yo dije a este lo agarró por acá. Le digo vos armas juegos de video y me dice sí, le digo bueno sabes qué, vamos a hacer un juego de video con un contenido de historia, vamos hacer un juego educativo. Nunca me suspendió una clase y creamos un juego sobre Edad Media y a fin de año creamos un juego sobre Revolución Francesa. El lo subió, lo posteó con su nombre en roblox está. Se lo mandó a sus compañeros para que jueguen. Este fue el modo de trabajo, pero para esto yo renuncié a muchos contenidos, hay contenidos que yo pasé de largo, o los pasé rápido. Esta es otra de las cosas que tiene la domiciliaria, sobre todo la que da tres materias. Yo no puedo dar lujo de detalles porque sino no llego.

M: También la verdad es que hoy en día hay mucha información de esa que está en internet. Lo importante es que se comprenda, no saber los años

E: Yo doy clase por proceso. A mí no me importa que me digas cual es la fecha de la batalla de Chacabuco, porque ni yo la sé, y sinceramente, no creo que tampoco el pibe le cambie la vida saber un año

M: Opino exactamente igual

E: Entonces yo lo que hago generalmente, sobre todo cuando doy historia, es analizar los procesos y ir y venir, ir y venir. Yo siempre digo que no te gusta la historia, porque no te la di yo. Te voy relacionando con la actualidad y te vas a dar cuenta que esto es lo mismo que pasaba antes, lo que pasa es que antes llamaba distinto.

M: Entonces tu manera de planificar es, según el alumno,

E: Yo no planifico

M: Realizas según lo que sucede ahí en el momento.

E: Yo tengo una idea, me fijo que fue lo último que le di y en base a eso veo cómo voy. Es muy difícil planificar, porque podés estar perfecto y el pibe estar bárbaro y venir bien y de pronto llegar y que emerja otra cosa. Yo no creo en la didáctica en eso de las planificaciones, yo te voy a decir a, y el pibe va a decir b, porque el pibe te salió con J. Y vos te quedaste con la planificación en la mano y no supiste por dónde seguir. Yo no planifico. Yo no te armo porque aparte es muy difícil con un pibe en estas situaciones tener una planificación. Yo sí sé qué tema le voy a dar. Entonces, en base al tema que yo le voy a dar. Veo obviamente que actividad le puedo dar, ejemplo cuando fue lo de este pibe, todo el mundo me preguntaba como se me ocurrió y fue de casualidad, porque yo estaba pensando como hacer para que se quede sentado. Porque lo cierto es que en la presencialidad yo le puedo decir, acá dale, pero en la virtualidad me apagó la cámara y olvidate.

M: Todos los que trabajamos en educación nos pasa que tenemos que buscar la manera de poder enganchar al alumno porque te apaga la cámara y listo

E: A ver, uno como adulto en una reunión de personal no se queda sin internet de golpe. Sabes como digo me quedé sin internet cuando me estoy empezando a dormir o apague la cámara porque me fui a tomar té, y uno es un adulto. Entonces en un chico adolescente que ya de por sí te puede pasar como este que tenga toda la onda o todo lo contrario que tenga un nivel de enojo tan alto por la situación que está viviendo, y sí, porque también te tenés que bancar eso. Y es lógico que esté de esa manera también. Entonces, si vos no hacés entretenidas las clases y no son flexibles, si no le hacés llevadera la clase el pibe se embola o no te da bola. Por eso vos

tenés que tener esa flexibilidad de ver hoy está enojado, hoy está molesto, hoy se siente mal, hoy está descompuesto, por eso no planifico

M: . ¿Para vos una de las características principales del docente hospitalario como domiciliaria, es la flexibilidad?

E: Si no sos flexible, es muy difícil. Yo tengo compañeros que son más flexibles.

M: Casi imposible diría yo. ¿Y qué diferencia encontrás entre la domiciliaria y la hospitalaria?

E: De por sí, yo en el hospital tengo menos libertad de movimiento. Te voy a explicar por qué yo en domiciliaria puede pasar que de pronto si tengo clase de 3 a 4 y 20 de la tarde. Y sean las cuatro y media y yo esté dando clase. Desde lo pedagógico tengo libertad de poder extender o acortar de acuerdo a como viene la mano con los alumnos, en cambio en el hospital, tengo un horario fijo de 1 a 5 de la tarde los miércoles, de 1 a 4 de la tarde los jueves y de 8;30 a 12 los martes. Los martes vas a ver unidades. Entonces agarras y te armas un recorrido voy a ver a fulana sultana, resulta que 8:30 no puedes llegar porque muchos están desayunando o están durmiendo. Entonces terminas entrando a las nueve y pico. Llegas a las nueve y pico y viene el médico a hacer la revisión. Entonces vas a ver a otro mientras esta el medico y despues volves, y cuando volvés tienen tratamiento. Entonces ya listo. Ese día no le diste clase. Los miércoles y los jueves, como los chicos, generalmente era de hospital de día. Los chicos ya habían tenido el tratamiento durante la mañana e iban a la tarde al aula del hospital. Igualmente en domicilio también y te puede pasar que el chico esté dormido, pero es más fácil que se levante. Pero la verdad que en el domicilio es más difícil que te interrumpan, en el hospital vos estás adentro de una habitación. Tenés que tener en cuenta que no solamente está el chico, sino que está el acompañante, el chico de al lado con el acompañante, la enfermera que va y viene. Es un desfilar de gente, la verdad que si vas a la mañana es de terror, a la tarde como los médicos al mediodía se van, es más tranquilo. De hecho, en los hospitales no es casual que haya más docentes a la tarde que a la mañana.

M: Durante el encuentro mencionaste el Hospital de día. Esas alumnas tienen tratamientos por la mañana y a la tarde luego clases, ¿porque pertenecen a hospitalaria y no a domiciliaria?

E: Generalmente estos alumnos son de Salud Mental, ¿Por qué no van a domiciliaria? Porque vos estás recontra acotando el tiempo al domiciliario. Si vos le decís que ese chico solamente se va a conectar después de que vuelva del hospital, se le acota el tiempo al docente, es más yo tenía alumnas que vivían en Tigre. Entonces esa chica no puede tener domiciliaria primero porque no vive en Capital Federal y segundo, porque hasta que llega a la casa se hace muy tarde.

M: ¿Cómo están trabajando con esas alumnas? .

E: .Mañana nos conectamos todos los profesores de media, y hacemos una especie de chanco va. Yo tengo un grupo de difusión les mandó a que a la una se deben conectar. La que primero se conecta, empieza conmigo. Aparte ya tenemos una estrategia, porque hay un par que ya conocemos. Entonces, por ejemplo, tenemos una alumna que no le gusta leer. Entonces generalmente siempre le dice hola a la profesora de matemáticas y a mí no.. Entonces ya tenemos un arreglo con la profesora de matemática que se conecta a fulana. Mandamela a mí, que yo te mando a la otra.

M: Claro ya las conocen y tienen relación

E: Pueden tener muy buena relación conmigo, pero si no les gusta leer es un tema, porque los pibes no quieren leer ni una hojita y media. Mirá que yo te puedo asegurar que si no te gusta leer, yo te mando un video de 20 minutos, pero como el tema no te gustó tengo que poner videos cortitos de 10 /15 minutos para que los vean. Lo que pasa es que en la virtualidad es muy difícil

en ese sentido, porque yo en la presencialidad te lo explico el proceso y por ahí tendrías que leer menos. Yo tenía una alumna que el año pasado fue el último año que estuvo con nosotros. Este año ya esta yendo al liceo, que los miércoles a la tarde era característico, que me daba dolor de cabeza. Porque yo empezaba hablando de las migraciones, les daba para analizar un artículo, y la alumna me saltaba con : ¿y por qué? ¿y por qué? Y te debatía todo, ya sabía que el dolor de cabeza de los miércoles era por ella. Pero esa piba está en el liceo y nos manda mensajes a nosotras para que le demos una mano con alguna que otra materia del liceo. Lo que pasa en el hospital uno genera grupos de dos, tres chicos o de cuatro y es mucho más personalizado la clase. O sea, damos clase tomando mate todos juntos

M: ¿Digamos que no hay una relación asimétrica docente alumno, en estas aulas?

E: Yo siempre digo que el profesor está sentado en el sillón del poder, entonces uno tiene que saber. Yo cuando me decían esto no me gusta, yo siempre le decía sabes la cantidad de cosas que yo leí para ser profesora que no me gustaban. Yo creo que el chico lo que ve es que vos tenes cierto nivel de confianza y de flexibilidad y qué hace que el pibe tenga más ganas. También es cierto que tenés que saber marcar un límite, porque el alumno puede ir para cualquier lado. Ejemplo una vez a esta chica le dijimos a la profesora del Liceo le hablas así, nos dice no, bueno a mí tampoco.

M: Una cosa es tener buena relación y otra cosa es la falta de respeto.

E: Si, el hecho de estar en uno a uno, se genera un vínculo no solamente con el alumno, sino también con la familia. Ejemplo: Yo tuve una alumna que vino a mi casamiento, y es el día de hoy que yo sigo hablando con ella. La tuve tres años, tercero, cuarto y quinto y yo le di el título a esa chica, pero siempre se ubicó en el sentido de que también vos sos mi profe, yo debo hacer la tarea y no porque tengamos buena relación o buena onda no voy a realizar las cosas.. Sí es cierto que uno genera un vínculo con el otro mucho más coloquial y más cercano. Un docente debe tener empatía, porque yo estoy dando clases y me tengo que dar cuenta cuando el pibe no puede. Y es decirle sabes que no hay problema dejémoslo acá o que te digan profe la verdad que me duele mucho la cabeza, o me dice no tengo ganas. Ok, listo. Vos tenés que darte cuenta cuando ese no tengo ganas es real o cuando no tengo ganas se hace costumbre también. Osea, son un montón de cosas que tenés que medir, una cosa es que me digas no tengo ganas cuando yo se que tus vista una quimio hace poco y yo te entiendo, y la verdad me quedo hablando de otra cosa y quizás la piba sola después saca la carpeta. Ejemplo: Yo tuve una chica que un día 7:30 me dijo profe, la verdad no tengo ganas, yo le dije no te hagas drama. ¿Cómo te sentís? ¿De qué hablamos? contame qué hiciste ayer. Empezamos a hablar de otro tipo de cosas y de pronto me dijo profe, la tarea de geografía. ¿Nos fijamos? Y empezamos a trabajar. Esa flexibilidad, la tenés que tener, o sea, yo conozco, profesoras rígidas que tienen esa mentalidad de media rígida, cortita, de el 75% de asistencias y demás Uno tiene que poder distinguir cuando el otro te está queriendo pasar o cuando el otro estaba usando su enfermedad como excusa que también esta es posible y cuando es real. Yo siempre digo que mis alumnos tienen 10 cuando yo entro. Lo que pasa que no se los digo. Cuando yo entro tienen 10 después empiezan a bajar. Pero de entrada tiene 10. Mis alumnos están aprobados de entrada después ven con cuanto aprueban y si terminan aprobando, es muy raro que yo desapruebe al chico. Yo desapruebo porque no llegó al programa.

M: Que bueno, para ir cerrando, primero nuevamente gracias por toda la información

E: De nada, no sé si tenés algo más para preguntar. Al final hablé un montón

M: Me encanta y todo lo que me dijiste me sirve muchísimo, cualquier cosa te puedo pedir otra reunión.

E: Si, No hay problema.

M: Gracias de verdad.

E: Cualquier cosa que necesites, me preguntas.

M: Gracias por todo, Buenas noches.

Segunda entrevista

M: Hola ¿Cómo estás? Muchas gracias por darme este ratito para poder ampliar nuestra entrevista. Es una gran ayuda para mí.

E: Para mi es un placer, comentame en que te puedo ayudar.

M: Primero te quería consultar ¿Qué conoces respecto de la normativa de la modalidad hospitalaria y domiciliaria? ¿Qué me podrías contar al respecto de la misma?

E: Se que la modalidad está enmarcada por la ley de educación domiciliaria / hospitalaria que está reconocida dentro de la Ley de Educación Nacional N° 26206

M: Claro la modalidad hospitalaria domiciliaria es una de las 8 modalidades que se encuentran dentro de la Ley de educación, ¿sabías que la modalidad hospitalaria domiciliaria se encuentra separada según la ley de educación especial?

E: Nono, en caba la modalidad se encuentra dentro de educación especial

M: Claro según la ley, tendrían que ser dos modalidades diferentes Por otro lado ¿Cómo describirías el ingreso a la escuela hospitalaria? ¿quién lo solicita? .

E: La intervención de la escuela hospitalaria en líneas generales se hace a través del médico tratante del niño internado que se acerca a la escuela informando que hay un niño en el hospital que va a permanecer en largo tratamiento dentro del hospital. Ahí se pone en marcha una serie de mecanismos como es el ponerse en contacto con la escuela de base del niño y hacer los correspondientes acuerdos.

M: ¿Y en domiciliaria?

E: En el caso de un niño domiciliario quien solicita la intervención de la escuela domiciliaria es la escuela de base del niño enfermo. Hay que recordar que siempre tanto en el niño hospitalizado como en el que lleva una enfermedad ambulatoria desde su domicilio el niño debe tener un certificado médico que lo habilite a recibir clases y que no puede asistir a la escuela común por mínimo 30 días. Este certificado debe indicar el diagnóstico y los datos del niño/joven.

M: Es muy importante el certificado que está habilitado para recibir clases. En base a lo mencionado ¿Cómo es el vínculo entre escuela hospitalaria/domiciliaria y la escuela de origen del niño? ¿Qué tareas deberá realizar cada escuela?

E: La manera de manejarse es distinta en jardín y primaria que en secundaria. Jardín y primaria acreditan por lo tanto se hace un pase de una escuela a la otra. El secundario no acredita. Por eso necesita de acuerdos donde se fijan qué materias dará la escuela hospitalaria/domiciliaria y cuáles dará la escuela de base. Esto tiene que ver también con que sobre todo las escuelas hospitalarias no tienen profesores de la totalidad de las materias que se dan en media. Ej. En el hospital Gutiérrez hay un profesor de lengua, uno de sociales(soy yo) y uno de matemática. Punto. El resto de las materias se tiene que hacer cargo la escuela de base. En el Garrahan son 7. Pasa exactamente lo mismo.

M: Claro, hay muy pocos docentes, ¿Cómo hacen para organizar una clase hospitalaria?

E: Eso depende de las posibilidades del niño y de la infraestructura del hospital. Hay momentos en que las clases se dan a pie de cama. Y otras que se habla con gente de distintos servicios del hospital para que nos habiliten determinados espacios para poder dar clase.

M: Y para finalizar ¿Qué me podrías contar de los equipos de trabajo de la escuela domiciliaria y de la escuela hospitalaria?

E: Las escuelas domiciliarias en secundaria tienen un cuerpo docente que en general cubre las 4 áreas básicas(sociales, naturales, lengua, y matemática) 1 o 2 profesores de Inglés, y a veces un profesor de artística. Aparte de eso cuentan con un asesor pedagógico, un psicopedagogo, psicólogo y trabajador social, y un coordinador de Nivel medio (una especie de vicedirector) En primaria hay 2 vicedirectores que se dividen los distritos escolares. En inicial y atención temprana tiene un mismo vicedirector. Maestros de Atención temprana, Y obviamente un director que coordina a todos los vicedirectores. También tienen un equipo interdisciplinario de psicólogos, trabajadores sociales, psicopedagogos etc. Todo esto pasa en las domiciliarias.

M: ¿ Y en los hospitales?

E: En los hospitales la situación es distinta. No existen los equipos interdisciplinarios. Quizás en el Garrahan tenes asesor pedagógico para media desde hace un par de años. Pero el Gutierrez ni el Elizalde tienen, de hecho en el Elizalde solo hay 2 profesores. . El trabajador social es para toda la escuela no solo para un nivel exclusivamente. Los hospitales tienen un director, un vice y un secretario. Tienes muchos docentes de primaria y jardín. Pero el nivel medio está formándose, y los equipos interdisciplinarios prácticamente no existen.. siempre te falta uno.

M: Muchisimas gracias con esta información me ayudaste muchísimo, mil gracias ampliarse aquella información que me había quedado sin hacerlo. Muchas gracias

E: Un placer, llámame todas las veces que necesites, un beso enorme

Entrevista 3

Entrevistado 3:

Primer entrevista,

Mi nombre es Mailen Rodriguez, estoy estudiando psicopedagogia en la UAI, actualmente me encuentro realizando mi proyecto de tesis respecto a la modalidad hospitalaria y domiciliaria. Mi punto de partida es considerar que el aprendizaje es un mensaje de esperanza para una persona que se encuentra atravesando un momento de enfermedad, poder aprender y poder sentirse un poco más cerca de su vida anterior. Sin olvidar que todo niño tiene derecho a la educación. La relevancia personal que orientó la elección de este tema es que durante el 2019 y 2020 estuve como voluntaria, en la fundación flexer, donde pude conocer a muchos niños y jóvenes que se encontraban lejos de sus casas atravesando un tratamiento oncológico. Y comencé a interesarme en el aprendizaje de estos niños, como es su aprendizaje sistemático, de esta manera comencé mi tesis el año pasado. Se agradece mucho tu colaboración y predisposición, me estas ayudando muchísimo

M: ¿Cuál es la visión y misión de la escuela domiciliaria y hospitalaria para vos?

E: Acerca de la misión, la Escuelas Hospitalarias y domiciliarias proponen estrategias y llevan a cabo acciones educativas orientadas a construir un proceso de enseñanza y aprendizaje de los niños en el contexto de internación domiciliaria u hospitalaria, garantizando la continuación de las trayectorias escolares de los alumnos en situación de enfermedad.

Hablando específicamente de la Escuela Hospitalaria -lugar donde trabajo y que se diferencia en muchos aspectos de la escuela domiciliaria, si bien su misión es la misma- y en referencia a la

visión , justamente se reconocen las particularidades del contexto hospitalario y la situación de enfermedad, en donde la experiencia subjetiva del niño no se reduce, sino que los docentes nos posicionamos frente a sujetos protagonistas de sus aprendizajes, con curiosidad y deseo movilizador. Así, nuestro alumno es activo, partícipe y constructor de sus conocimientos. Quienes no trabajan en el ámbito de una escuela hospitalaria -inclusive los docentes de otras modalidades- tienen el preconceito de que el alumno en situación de enfermedad no puede iniciar y/o sostener un aprendizaje por cuestiones de salud. Lo maravilloso de la situación es que los niños internados sí desean recibir clases y se encuentran motivados, lo que favorece en la recuperación de sus dolencias, ya que se siente activo y conectado con algo que ya conoce, algo tan íntimo y cálido como la Escuela.

M: ¿Cómo se prepara al niño, para la vuelta a su escuela de origen?

E: La escuela Hospitalaria trabaja con un dispositivo singularizado: cuando un alumno/a ingresa a la matrícula de la Escuela hospitalaria, el docente entra en contacto diario a lo largo del período de internación. Durante esos encuentros escolares en la habitación donde se encuentra internado el niño/a, los maestros reconocen cuáles son los conocimientos previos que tiene el alumno y cuáles aún no ha alcanzado, haciendo hincapié en estos últimos, para que el día en que el alumno regrese a su escuela de origen, lo haga en mejores condiciones pedagógicas.

M: ¿Cómo es la comunicación con la escuela de origen del niño?

E: Depende mucho del tiempo de internación del alumno. Tenemos alumnos clasificados en “corta permanencia”, en donde el tiempo máximo de internación es de 14 días. En estos casos generalmente no hay una comunicación entre Escuela Hospitalaria-Escuela de origen. Cuando el tiempo de internación excede los 14 días -y se vislumbra que durará muchos más días- la conducción de la Escuela Hospitalaria se comunica- en primer lugar- telefónicamente con la escuela de origen para ponerlos en conocimiento de que el alumno internado está recibiendo clases y que se enviarán los informes pedagógicos correspondientes. Luego, la comunicación se alterna con correos electrónicos entre ambas instituciones. En su mayoría las escuelas de origen se encuentran interesadas y deseosas de estar al tanto de cómo avanza en salud y educación el alumno en cuestión.

M: ¿cómo el tutor llega a la escuela hospitalaria o domiciliaria? ¿que necesita el niño para poder ingresar?

E: Cuando se trata de internación domiciliaria, ésta se tramita a través de la escuela de origen del alumno. La madre/padre/tutor se debe acercar a la escuela de origen solicitando un docente domiciliario. Acto seguido, la Conducción de la escuela de origen se comunica telefónicamente con la Escuela Domiciliaria, quien realiza la inscripción en su matrícula. Para poder ser alumno domiciliario el tiempo mínimo de internación debe ser de un mes, ya que no es lo mismo utilizar un recurso a domicilio para una apendicitis que para un caso de leucemia. Para esto, se debe contar con el certificado médico donde conste enfermedad y tiempo estimado de internación domiciliaria y será presentado también a través de la escuela de origen. En el caso de la Escuela Hospitalaria es el docente quien al pasar por las diferentes habitaciones asignadas se presenta a los adultos acompañantes del alumno ingresante, les explica cómo es la modalidad de trabajo (a pie de cama) y se inscriben los datos del niño en la planilla del docente.

M: ¿La escuela hospitalaria tiene algún requisito para ingresar?

E: Siempre por el hecho de estar internado ya tenes derecho a un docente hospitalario

M: ¿La escuela domiciliaria tiene relación con la escuela hospitalaria? ¿cual es la relación entre la escuela hospitalaria y domiciliaria?

P: Tiene que haber un contacto entre la Escuela Domiciliaria y la Escuela Hospitalaria, para el pase del alumno, hacer un seguimiento y la acreditación (boletín), más que nada con los chicos del largo tratamiento, por ejemplo: un alumno con leucemia que se atiende en el Hospital Elizalde y cuando puede regresar a su casa pertenece a la Escuela Domiciliaria, pero sabiendo que puede tener una recaída y volver al Hospital. También hay casos donde el alumno está internado en el Hospital y le dan el alta, pero no el alta de la enfermedad, sino que debe

continuar con el tratamiento en su casa y no va a poder ir a la escuela: ahí es fundamental el accionar de la Escuela Hospitalaria, porque es la que se pone en contacto con la domiciliaria y con la familia y ahí tramitan el tema de la inscripción para que pase a ser alumno de la Escuela Domiciliaria. También se da el caso de que un alumno de Escuela Domiciliaria ingresa al Hospital, ahí también es fundamental la comunicación por la acreditación (boletín), donde hay que sumar la cantidad de días y quién le haya dado más clase a esa Escuela le corresponde hacer el boletín escolar. Es común que entre la Escuela y Domiciliaria se realicen envíos de informes pedagógicos.

M: Entonces ¿de que se encarga la modalidad y que de que se encarga la escuela de origen ?

E: En hospitalaria si el alumno está más de 14 días internados se comienza a generar el pase, debido que nosotros acreditamos a través de informes pedagógicos lo que se trabajó en ese tiempo que estuvo con nosotros. A partir de los 14 días de internación la coordinación se comunica con la escuela de origen y la misma nos debe enviar los programas y contenidos que están trabajando los compañeros del alumno , nosotros igual podemos seguirlo o no, realmente tenemos mucha libertad. Pero nuestra obligación es realizar informes pedagógicos para poder informar a la escuela que se trabajó además de garantizar los contenidos necesarios para que vuelva a su escuela común. En domiciliaria es lo mismo al estudiante se le genera el pase, por ende el alumno será evaluado por el docente de la modalidad. Es importante la comunicación con la escuela debido que si hay una materia que la escuela domiciliaria o hospitalaria no puede dar, la escuela de base deberá brindarsela. Por eso se crean acuerdos donde acuerdan qué materias estarán a cargo de cada escuela. Tanto en domiciliaria como hospitalaria el docente debe realizar los informes y garantizar la continuidad escolar, mientras que la escuela de origen debe otorgar los programas

M: ¿ Y cómo evalúan a los alumnos?

E: En Hospitalaria trabajamos por proyectos, con esos proyectos vamos trabajando y evaluando los contenidos que creemos necesarios para cada alumno. En domiciliaria cada docente puede evaluar como desee no hay una forma puntual, pero siempre se debe considerar las características de cada alumno es un trabajo muy artesanal donde la planificación y la evaluación es específica para cada alumno

M: En base o que me estás diciendo hay división de materias

E: En lo que es primaria en el hospital el docente tiene un primer encuentro donde va a observar la edad del niño, que conocimientos previos posee y en función de eso vas planificando los sucesivos encuentros. Se debe intentar abordar las 4 materias centrales, matemática, prácticas del lenguaje , ciencias sociales y naturales, pero siempre se va trabajando según lo que necesite y motive al alumno, deben ser encuentros que le hagan bien al estudiante. También hay materias curriculares. En la domiciliaria tambien tenes los docentes de grado y los docentes curriculares que la asignación de un docente curricular dependerá de que si ese docente tiene hora disponible para ese alumno, por eso es tan importante el acuerdo que se hace con la escuela de base, porque en el mismo si expresan que materias se dictaran.

M:¿trabajan con psicopedagogas?

E:Hay cargo de psicopedagoga en Escuela Domiciliaria pero no en Escuela Hospitalaria.

M: ¿Y del vinculo del docente con el alumno y el docente con la familia que me podes contar?

E: A mi parecer son vínculos muy distintos, en la domiciliaria estás entrando en la casa del alumno, y a mi me pasaba que sentía que incomodaba y me distraía con los ruidos que emergían de la casa, uno no deja de entrar en la intimidad de esta familia, hay familias que comprenden el lugar del docente y otras que no, donde llegan y te cuentan sus problemáticas diarias, o estando dentro de la casa observamos diferentes situaciones que son difíciles, yo definiría el vínculo con la familia complejo. En hospitalaria la familia esta con nosotros en la habitación y pasa que muchas veces no quieren que ingreses a la habitación porque dicen que hoy no pueden y en ese momento se le explica que si no puede o se siente mal, le podemos leer un cuento o jugar, es por esto que considero que el docente debe ser muy flexible para poder

adaptarse a cada situación. No habría una sola manera de definir el vínculo con la familia, es un vínculo que nos sirve de anclaje para crear el vínculo con el alumno pero no hay dos iguales. Con respecto al alumno es un contexto donde nos encontramos uno a uno y sin vínculo no puede haber aprendizaje por eso es fundamental crear un vínculo en el cual respetemos la cultura y los momentos que vaya atravesando el niño

M: ¿Hay equipos interdisciplinarios trabajando?

E: En la Escuela Domiciliaria hay un equipo de trabajadores sociales y psicólogos que pertenecen a la planta funcional de Educación. En la Escuela Hospitalaria no hay equipo interdisciplinario en la planta funcional de la Escuela, pero sí se trabaja en articulación con los equipos interdisciplinarios de la planta funcional del Hospital cuando algún motivo particular lo amerita.

M: ¿Cómo es la formación de un docente hospitalario?

E: Con el paso del tiempo la formación de un docente hospitalario/domiciliario se fue profesionalizando: cuando yo hice el curso de capacitación éste duraba 1 año y se cursaba 1 vez por mes – 2 horas- en el Hospital Garrahan y un seguimiento por plataforma virtual con la realización de diferentes trabajos prácticos. Años después comenzó a dictarse dicho curso en otro lugar, siendo la cursada quincenal y de 3 horas de duración. Cuando yo entré a trabajar en la Escuela Hospitalaria tuve el acompañamiento de compañeros de trayectoria en la modalidad, quienes me fueron enseñando los detalles que no se suelen enseñar en los cursos de capacitación, y que corresponden a realidades que pueden surgir en la práctica del día a día.

M: ¿Cómo se sostiene para vos la continuidad escolar? en cuanto a la continuidad escolar que me podes decir

E: En hecho de que un docente pueda ingresar a la habitación y poder dar una clase esa ya es una forma de sostener la continuidad escolar. En lo personal me gusta identificar cuáles son los conocimientos que le falta aprender a un alumno y a su vez saber qué contenidos está dando su maestra/o de la Escuela de origen para decidir si es conveniente seguirlos o dar los contenidos que considero que necesita el alumno: a veces ocurre que el alumno en su escuela de origen no puede seguir los contenidos que su docente enseña porque se encuentra alejado de ese nivel, entonces yo en la Escuela Hospitalaria tengo la posibilidad de partir del conocimiento que el alumno tiene y permitir que aprenda lo que con anterioridad no pudo. La mayoría de los alumnos internados provienen del Gran Buenos Aires, de barrios muy vulnerables, por lo que no tienen acceso frecuente a las nuevas tecnologías. En el tiempo en que están internados me gusta que puedan tener contacto con ellas y que puedan incorporar nuevos conocimientos sobre las TIC.

M: ¿Cómo es tu experiencia como docente?

E: Empecé como Maestro de Grado en el año 2009. Trabajé 3 años en Escuela común y luego a partir del año 2013 entré en la Modalidad Especial, trabajando un turno como Maestro de Apoyo pedagógico (ESCALAFÓN B de Educación Especial) y otro turno como Maestro Domiciliario (por unos meses, luego pasé a Escuela Hospitalaria, donde ya llevo 7 años)

M: Para comenzar a cerrar ¿Cuáles son las fortalezas y debilidades de esta modalidad?

E: Creo que la fortaleza tiene que ver con que en los momentos adversos en la vida de un alumno y su familia, la Escuela irrumpe desde la mirada posibilitadora, demostrando que el alumno puede seguir aprendiendo (ganas nunca les faltan) y para aquellos que tienen una internación larga posibilita que puedan acreditar el año escolar (muchos padres están preocupados por el “año perdido”, haciendo referencia a que no pueden asistir a la Escuela de origen). La escuela Hospitalaria y Domiciliaria también los tranquilizan en este aspecto. Las Escuelas Hospitalarias y Domiciliarias -pertenecientes al Escalafón A de Educación Especial- conforman un grupo más bien pequeño, donde todos por lo general estamos al tanto de lo que ocurren en ambas escuelas, nos conocemos bastante dentro de la modalidad, lo que hace que el trabajo en equipo sea más sólido. Aquí se trabaja mucho en grupo: los docentes de grado y docentes curriculares, bajo la coordinación de la Vicedirección, pensamos proyectos

singularizados sólidos en función de lo que el alumno necesita y le interesa, algo que por lo general no suele suceder en la Escuela común, donde no se tiene en cuenta el interés del niño como elemento motivador y donde no hay mucho contacto con los docentes curriculares. Por experiencia personal, la debilidad en Escuela Hospitalaria se puede dar a veces en la comunicación entre el Educación y el personal de salud, en lo que hace referencia a la enfermedad de algún niño: a veces no se especifica a partir de qué momento se puede ingresar a la habitación (puede que el niño se encuentre en período de contagio). En algunos servicios no hay conexión a internet disponible. En lo referente a capacitación, a veces no hay cursos que apliquen a las estrategias que se utilizan en la modalidad hospitalaria, ya que su mayoría son para escuela común.

M: Muchísimas gracias, todo lo que me dijiste me sirve muchísimo, ¿cualquier cosa te puedo pedir otra reunión?

E: Si, No hay problema.

M: Gracias de verdad.

E: Cualquier cosa que necesites, me preguntas.

M: Gracias por todo, Buenas tardes

Segunda entrevista,

M: Hola ¿cómo estás? Gracias por darme esta segunda entrevista

E: Hola, todo bien, un gusto.

M: Te consulto ¿habrá posibilidad de grabar el encuentro?

E: Sisi no hay problema

M: Gracias, y también gracias por hacerte un tiempito para poder responder estas preguntas

E: Un placer para mí

M: Bueno, para comenzar, ¿que me puedes contar de esta modalidad?

E: Mira en vez de contarte de la modalidad, si quieres te puedo empezar a contar como llegue a la modalidad, ya que dentro del sistema educativo no es muy conocida, si es conocida la modalidad especial, pero cuando le preguntas a un colega de escuela común, no se que sabe de estas modalidades, se trabaja la educación para ciegos, para sordos, pero no se que hay. Bueno yo estaba trabajando en el normal, hasta que una amiga que no le daban cargo, se anotó en especial y toma cargo en escuela domiciliaria. Entonces empecé a investigar, y ahí descubrí que la modalidad hospitalaria domiciliaria pertenece al área de educación especial y que siendo maestro de nivel primario podía llegar a obtener un cargo como maestro domiciliario, cuando yo me entere, me anote. Los docentes nos anotamos en el mes de abril en los listados de los cargos que queremos acceder, yo hasta ese momento siempre me anotaba en escuela común a partir de todo esto me comencé a notar en escuela domiciliaria y hospitalaria. Comencé en el 2013 en domiciliaria, me gusto pero renuncié cuando falleció un alumno, yo era mas chico y me afecto mucho, por eso volví a escuela común. Después en 2014 me salió ser titular en la escuela hospitalaria nro 3, la que soy titular en turno mañana y en turno tarde. Y bueno fue un volver aprender desde cero, si bien uno en el profesorado tiene herramientas uno se da cuenta que al ingresar en la escuela domiciliaria y hospitalaria las herramientas que tienes hay que re formularlas y resignificarlas porque es un ámbito completamente diferente. Te puedo hablar mil cosas de la modalidad.

M: Claro

E: Cuando ni bien entré a la modalidad, la directora me dijo que si bien las herramientas que traía del profesorado me iban a servir para trabajar en ámbito hospitalaria debía encuadrarlas porque la dinámica es diferente, empezando por los protocolos porque hay que entender que la escuela hospitalaria es una institución que depende del ministerio de educación pero está inserta en una institución que depende de salud, no es que la escuela hospitalaria está subordinada a

salud, pero tiene que respetar las reglas de quien está poniendo el edificio. Eso lo fui aprendiendo de colegas, porque lo que se hace en escuela hospitalaria cuando ingresas te anexan un compañero que tenga experiencia para que te guíe los primeros días/semanas porque los directivos no te pueden acompañar porque están con los temas administrativos. Cuando yo ingresé fue así, me anexaron a una compañera con quien entraba a la habitación y yo observaba como daba la clase, para comprender las cuestiones de tiempo, porque no son 4 horas, aquí es el uno a uno y a pie de cama. Bueno, yo observaba y eventualmente participaba, y así fueron primeros días. Me di cuenta que me tuve que reacomodar porque juega mucho el ingenio debido a que cada niño es diferente. Ya no puedes decir tengo 5 chicos de 10 años, voy sacó fotocopias de la página 4 y le doy a todos lo mismo, porque te vas a dar que no todos lo pueden hacer por eso implica el ingenio. Tienes que tener el ojo muy afilado pedagógicamente para poder observar de donde parte el alumno, que conocimientos previos en función de eso vas planificando los sucesivos encuentros. Es un trabajo muy artesanal. En el hospital tenes estimulación temprana para niños de 0 a 2 años, luego nivel inicial de 3 a 5 años, nivel primario de 6 a 12 años y nivel secundario de 13 a 17 años. Todos los docentes compartimos el observar de dónde partimos, ya que es un trabajo muy artesanal donde la planificación es específica para cada alumno a veces lleva mas tiempo, si bien es más tranquilo a comparación de escuela común, se trabaja mucho con equipo docente, si bien los equipos docentes no pasan a las habitaciones se trabaja desde afuera, armando proyectitos. Básicamente es un trabajo artesanal, muy tranquilo pero que requiere mucha planificación porque tenes alumnos diferentes que a cada uno hay que darle algo diferente.

M: Entonces ¿Qué características consideras fundamental para el docente de la modalidad?

E: Debe poder adaptarse, ejemplo justo ayer en el hospital entró una chica nueva, y entró conmigo a la habitación donde le mostraba como había planificado en base a las características de la nena, y el manejo del tiempo. Yo a esta nena la había visto a la mañana y podría escribir, pero cuando fue a la tarde tenía una vía en el brazo que escribe, entonces di la clase igualmente, tuve que adaptar la clase en base a las condiciones de ese momento. Eso se lo comente a mi compañera, que esto pasa hay veces que los chicos están conectados a un respirador y no pueden mover la mano hábil. y vos tenes que dar clase igual, reformulas la clase en base a las condiciones del momento. Al comienzo a mi me pasaba que llegaba y observaba que el niño tenía la mano inmovilizada y yo le decía bueno paso en otro momento, no tenía la experiencia, pero después con la experiencia y el acompañamiento de mis compañeros te das cuenta que puedes dar la clase de igual manera, simplemente tenes que reformular la clase, si no se te ocurre nada en ese momento, salís dos minutos piensas y vuelves a ingresar.

M: Claro se trabaja con lo que emerge en el momento, con el aprendizaje de aquí y ahora. Por lo que me estuviste contando trabajaste en domiciliaria y hospitalaria, ¿que me puedes contar de la escuela domiciliaria?

E: Mira para mí, y muchos compañeros que he hablado, el trabajo en domicilio es mucho más solitario, vas vos al domicilio y trabajas solo con el alumno, no te cruzas con tus compañeros de nivel medio, inicial, secundario, o curriculares. Por ende es un trabajo más solitario y es así todo el año, vos vas a la casa del alumno trabaja y listo. El trabajo en equipo es más desde la virtualidad, mandando mails o documentos compartidos, el intercambio sobre el alumno es a través de los mails, esto en hospitalaria no pasa porque te encontras con tus compañeros en sala de maestros, e intercambias tomando un café, es más muchas veces vas con tu compañero a la habitación del niño. También pasa que en domiciliaria la conducción está en la sede de la escuela no está a mano como sucede en hospitalaria que subo una escalera y puedo a hablar con la directoria, la conducción en domiciliaria está más alejada. Yo tengo esa ventaja actualmente tengo una duda o un conflicto y lo subo, buscamos la forma de manejarlo o la solución. Después algo mas subjetivo a mi me pasó que cuando entre por primera vez a una casa sentí cierta incomodidad, debido que cada hogar tiene su movimiento habitual y sus normas, y uno entra y escucha cosas esto a mi me distraía, ejemplo se escuchaba de fondo una tele, o al padre

hablando con el abuelo, a mi me paso esto me siento más cómodo trabajando en una institución. Otra cosa que yo me di cuenta, es que en domiciliaria vos lo ves al alumno aproximadamente entre una hora a una hora media, cosa que en hospitalaria no sucede en un mismo día podes ver 4 / 5 alumno, no podes estar con una hora con cada alumno porque se fue la hora de jornada. En domiciliaria en el día podes ver 1 o 2 alumnos al día, si bien las conducciones de domiciliaria te ayudan y te ponen domicilios cercanos más de dos alumnos no podes hacer en una jornada. Si me ha pasado en domiciliaria que llegue a la casa del alumno, y ese día el alumno estaba atravesado por una situación particular y no había forma de motivarlo o hacerlo trabajar y vos tenias que estar remando una hora y media porque no podías irte de la casa. En cambio en el hospital, tengo la posibilidad de decir paso en otro momento y voy a otra habitación si el alumno se encuentra atravesando una situación emocional y después vuelvo a la habitación del niño. También estar una hora y media con un alumno que pone mucha traba, que es lógico que le suceda debido a que está atravesando una situación de enfermedad, pero eso genera una dificultad que se nota mucho más en domiciliaria.

M: Claro comprendo, ¿ Respecto a la formación de los docentes de la modalidad que me podes comentar?

E: Yo hice un curso en el Hospital Garrahan, se llama curso estatutario de la modalidad hospitalaria domiciliaria, este curso sirve para fiscalizar en el área de educación especial en la modalidad hospitalaria domiciliaria, además te permite aparecer en el listado de maestros hospitalarios y domiciliarios. Vos podes trabajar sin el curso, pero que pasa vos no vas a estar en el primer listado, sino en el segundo, esto quiere decir que si vas a un acto público primero comienza con el primer listado asignando cargos, si llega al final del listado y sobran cargos, la supervisión pasa al segundo listado que son los docentes que no tienen el curso hecho. Osea trabajar puedes trabajar pero tenes menos chances. Cuando yo lo hice, era cursar una vez al mes dos horas y el resto era un trabajo más a distancia, pero eran trabajos muy sencillos, ejemplo ver una película e identificar elementos novedoso para la práctica. Por lo que se, el curso se fue profesionalizando un poco más ya no es una vez al mes sino quincenal y más tiempo. Por lo que veo se fue profesionalizando y encuadrando un poco más. Lo que yo siento respecto a la formación es que me dio cierto marco normativo, introductorio de la modalidad, y me dio una base para cuando yo tome cargo, en ese sentido creo que me ayudó, me dio un panorama, pero como todo creo que uno aprende en la práctica. Si te puedo decir que si comparo mi formación con la de mis compañeros posteriores observó que el curso se fue profesionalizando y se hizo más productivo

M: Claro comprendo poco a poco fue mejorando. ¿ Respecto a la comunicación con la escuela como es?

E: Hay comunicación, siempre y cuando el alumno esté internado a una mediana o larga permanencia. Si es un alumno que va estar una semana internado, no hay comunicación, piensa que hay muchos chicos internados y la conducción que es la que se encarga de la comunicación con la escuela de origen, no puede comunicarse con todas. Si se comunican cuando es una internación mediana o larga, cuando ya hablamos de tres semanas para adelante ahí si ya comenzamos a comunicarnos, el maestro se acerca a la conducción y comenta que el alumno está hace tres semanas y no tiene vista del alta, vayámonos comunicando con la escuela de origen porque hay que enviarle informes de lo que estamos trabajando, a veces coincide con el cierre de boletín por ende enviamos las notas también para que no quede el boletín en blanco. Generalmente las conducciones de las escuelas de origen están al tanto que la escuela hospitalaria también certifica, es decir realizamos informes hacemos boletines y que tienen igual validez que una escuela común. Otras conducciones no saben mucho y hay que ponerlos en tema

M: ¿ Si el niño está internado por una semana no tiene docente?

E: El docente está desde el día uno, desde el día que ingresa ya tiene clase, este un día dos o meses. El martes me paso que entre a una habitación, y la nena me dice me entre el domingo

pero me voy el miercoles, osea se iba al otro dia, no importa aunque sea un dia algo trabajas, quizás desde el alumno, el alumno te dice a mi me gustan los cuentos, bueno sacó un cuento para esa edad o le presentó varios y que él elija, y leemos un cuento, y comenzamos a trabajar desde ahí, desde comprension, oyente hablante y demás cuestiones. Aunque este día se le da clase. Lo que si dentro de la lógica de la escuela, pre pandemia pasaba que a veces había muchos chicos internados entonces vos sabias quien estaba poco tiempo y quien iban a estar mayor tiempo, en ese momento por un tema de tiempo, se realizaba una escala de prioridad donde se prioriza a los alumnos que iban a continuar. Ejemplo si hay un alumno que va estar dos meses y otro dos días, vos primero le das clase al alumno que va estar dos meses y luego si te sobra tiempo le das clase al otro niño que va estar dos días. Pero si hay un número de chicos acorde, se le da clase a todos con la misma calidad , misma disposición de tiempo, todo igual.

M: ¿ En domiciliaria como es?

E: En domiciliaria no es así, las clases duran más tiempo y además se puede admitir a un niño cuando tiene mínimamente un mes de internación domiciliaria, cuando el médico diga en un certificado médico que va estar mínimo un mes fuera de la escuela. Lo importante es que en el certificado médico, se tiene que certificar el tiempo que va estar en la casa aproximadamente, porque si vos con un certificado que dice va estar en la casa dos semanas, la escuela domiciliaria te va decir no vamos a usar un recurso por dos semanas, porque hay otros alumnos en la lista que van a estar más tiempo. Por ende cuando es poco tiempo no califica, el derecho lo tiene pero no califica dentro de la estructura de la escuela domiciliaria. Cuando la escuela domiciliaria no se puede hacer cargo la escuela de origen debe hacerse cargo de esa educación

M: Claro entiendo, ¿ Y la comunicación de la escuela de origen?

E: Mira generalmente la comunicación se hace de manera jerárquica, las conducciones se comunican, es decir la conducción de la modalidad se comunica con la conducción de origen, por tema administrativo, charlaban con la maestra y después la conducción de la modalidad le pasaba la información al docente. No se ejemplo, te comentan que están dando tal contenido , si quieres sumate o realiza un proyecto como vos quieras. A veces pero muy rara vez te daban el número de la docente de origen para que te comuniques con él, quizás por algún tema puntual, pero generalmente las conducciones se encargaban de la comunicación

M:¿ Hay comunicación entre la escuela domiciliaria y hospitalaria?

E: Muchas veces desde la escuela hospitalaria aconsejamos a los padres para pidan los papeles para solicitar la escuela domiciliaria, y otras veces pasa que la escuela hospitalaria llama ala escuela domiciliaria porque se conocen, entonces la hospitalaria llama diciendo tal alumno va requerir tratamiento domiciliario y realizan el pase. Por ende, se consideró que trabajan en conjunto las dos escuelas, más en los casos que los padres vienen con muchas carencias con respecto del entendimiento, entonces uno por una cuestión de humanidad, dice bueno no te preocupes te ayudamos a hacer los trámites. No siempre es así, a veces el padre va la escuela de origen y tramita la escuela domiciliaria. Es mas tambien pasa al revez que quizás el alumno está en domiciliaria y se internó por algún tema y la escuela domiciliaria llama informando que se internó tal alumno y que realicemos el seguimiento, y mantenganos informados

M: ¿Y respecto al aprendizaje de estos alumnos que me podrias comentar?

E: A veces uno se encuentra con alumnos que ese día no se siente bien, desde lo fisiológico hasta lo anímico , uno desde la escuela tiene que hacer lo posible para motivar, llevar un recurso que lo pueda motivar y pueda llegar a realizarse una apertura. Realmente con satisfacción podemos decir que generalmente logramos realizar ese cambio de ánimo del alumno. Los propios médicos nos dicen que desde lo médico pasa que el niño no quiere que lo pinchen se mueve se niega a que lo revisen, y vamos nosotros con otra propuesta y hay un cambio de actitud completamente. También como te decía antes muchas veces pasa que el alumno pasas no tiene ganas le mostramos el material y le comentas que hoy pueden realizar una clase diferente, que podemos jugar, y ahí comienzas a ver que los niños se comienzan a sacar la sabana de la cabeza y comienzan a ver los juegos que trajistes, muchas veces con el juego trabajamos algún tema

pedagógico o otras veces simplemente jugamos. Tienes que poder decir bueno hoy estás mal, no te preocupes hagamos algo diferente, porque ya sabes que estás mal y no encontraste que manera que cambie, acompaña desde lo lúdico, y respetas que ese no es su día. Y si no quieres jugar tampoco te vas y no pasa nada. Seguramente al día siguiente vas y estás diferente, lo notas distinto, esto pasa un docente no se tiene que frustrar, porque a veces el docente entra a una habitación y el chico no quiere saber nada, se lo toman como algo personal como que no pudieron hacer nada por más que lo intentaron, y también se trata de respetar ese momento. Hay que pensar que los alumnos pasan las 24 horas del día dentro del hospital, hay que pensar que nosotros cumplimos un horario y nos vamos, los chicos que no quieren realizar nada, generalmente son los chicos que están internados hace mucho tiempo y vas notando el cambio de ánimo. Notamos que los alumnos que tienen largas internaciones en la mitad comienza a ver un cambio de actitud hacia el afuera, médicos, docentes y demás, realmente están hartos y te lo dicen, después de un poquito con ayuda del equipo de salud mental van revirtiendo y uno en esos momentos debe realizar las clases más cortas, más creativas, más concretas. Realmente el docente debe ser flexible, y sobre todo debe respetar y no forzar al alumno. También lo que hacemos mucho cuando un alumno no quiere trabajar es dejarle un material y decirle te dejo esto y si tienes ganas lo haces, o le dejas un libro para que pueda leer y quizás al otro día pasas e hizo las actividades. A veces no hizo nada y también decirle que no pasa nada.

M: Claro, ¿y con el tema del curriculum como es?

E: Nosotros trabajamos con el diseño, con los NAP, capacitaciones y los seguimientos que tenemos de la coordinación que es la vicedirectora que coordina la pedagógica, que está muy encima de eso de las planificaciones que sean acorde al diseño y los NAP, pero la verdad que no tenemos la presión de que tenemos que llegar a este contenido a fin de año. porque los chicos no tienen porque estar internados un año. Entonces trabajas en base al diseño, de los NAP y lo que el alumno está necesitando en ese momento. A veces pasa en los alumnos de larga internación que la escuela de origen envía los programas a la escuela hospitalaria de lo que está viendo el curso de ese alumno. Entonces la escuela hospitalaria te dice si quieres hacer ese seguimiento, puedes hacerlo, porque nosotros trabajamos con proyectos propios no es que tienes que seguir un programa que te envían, nadie te obliga a seguir un programa, es decir nadie te va a decir acá está el programa seguí esto, hay total libertad independencia y criterio propio para decir que dar y que no. A veces pasa que llega el programa te pareció copado y decís lo voy a seguir, porque me parece novedoso, y demás pero vos observas que tu alumno no está necesitando eso, no porque no sea importante que sepa esos contenidos pero no es lo que necesita va para otro lado. Ejemplo en matemática, vez que el contenido que está en el programa todavía no lo alcanzo y para que le vas a dar algo que todavía no alcanzo lo anterior.

M: Claro, es que es así hay que observar que necesita ese alumno. Hablando del alumno, ¿cómo consideras al alumno?

E: Considero que el alumno está atravesando una situación de enfermedad, que a veces pasa que se prolonga en el tiempo y el alumno fallece. Pero considero que el alumno está atravesando un momento que se espera que sea transitorio, es más se trabaja desde el lado sano que tiene el alumno. A veces pasa que el alumno tiene alguna discapacidad, entonces trabajamos con la enfermedad como un estado de transición pero con la discapacidad en un estado permanente, realmente se trabaja con todo. Y hablando de esto, también pasa que cuando un docente de nivel inicial o primario entra a una habitación y se encuentra con un alumno ciego o con síndrome de down te dicen yo no estoy preparado, es más me incluyo y me paso. En tu recorrido en el hospital te va a pasar que abriste una puerta y te encontraste con una persona con síndrome de down y si nunca trabajaste con un alumno con síndrome de down, te va a pasar que digas a la mierda a donde voy, que hago. Y en ese momento sale a la luz tu falta de capacitación y de experiencia frente a estas situaciones y lo mismo con chicos ciegos o sordos. Yo tuve la suerte de encontrarme con compañeros con mucha experiencia y capacitaciones que me mostraron que sí se puede trabajar, y fue así que con mucho acompañamiento puede hacerlo me acuerdo que yo

fui y le dije a mi compañera estoy paralizado no se que hacer, tengo un alumno con síndrome de down no quería poner el foco en el alumno sino en mí, mostrando que la debilidad era mía en no poseer las herramientas, y ahí fui con mi compañera con un cuento con muchas imágenes y no sabes lo bien que se trabajó. El cuento fue el lazo, se trabajó desde la oralidad y ahí me di cuenta que no era tan difícil como yo creía, al día de hoy me pasa, que yo me presento a la familia y la misma familia te dice mira que va escuela especial y yo ya digo que trabajamos con escuelas comunes, especiales yo trabajé con alumnos con diferentes discapacidades, se trabaja igual. Esto es fantástico si yo no hubiera pasado por una escuela hospitalaria seguiría pensando que no puedo trabajar con un alumno con síndrome de down, la realidad es que la traba está en uno.

M: En base a esto ¿Cuáles son tus estrategias de trabajo?

E: Trabajamos por proyectos, todos los años hacemos proyectos, la verdad que en hospitalaria y domiciliaria el proyecto tiene un carácter fundamental porque es a través de este donde todos los integrantes de la comunidad educativa, incluidos docentes, alumnos y familias comenzamos a trabajar. Por eso todos los años, nos tomamos las primeras semanas para formar equipos y trabajar sobre los proyectos del año anterior, y debatimos si lo mantenemos o organizamos otro. De igual manera siempre realizamos evaluaciones de proyecto durante el año, no es que llegamos al otro año y nos preguntamos que paso, es de proceso la evaluación. Por eso en febrero nos reunimos y vemos si cambiamos algo, o seguimos igual o realizamos otro, generalmente se cambia algo o agregamos algo. Trabajamos mediante los proyectos y lo que tienen en común todos nuestros proyectos es lo lúdico. Lo lúdico va como eje sobre todo en las áreas de prácticas del lenguaje y matemática, cuando podemos también lo hacemos en el área de las ciencias. Otro eje fundamental son las tecnologías para nosotros las TIC, a partir de estos dos ejes vamos trabajando con los alumnos. Lo lúdico aparece en primer y segundo ciclo y también en la media. No te digo que todas las clases son juegos pero lo mantenemos en todos los niveles, el docente va viendo en qué momento lo trabaja pero aparece frecuentemente. De hecho tenemos juegos pedagógicos que compramos en un armario, donde el docente puede ir y tomar el juego que quiera, también puede inventar juegos. Realizamos capacitaciones con la coordinación de la escuela a ver qué cosas podemos trabajar, pero si los proyectos en la escuela son fundamentales y de esta misma forma trabajamos todos los docentes ya sea los de grado y los curriculares.

M: ¿Como esta formado el equipo de trabajo, ya que hablas siempre de trabajo en conjunto?

E: Si trabajamos en equipo y este equipo forma una red, y dentro de la red está la conducción a la que podés acudir siempre que pasa algo, sobre todo a los docentes ingresantes que todo hemos atravesado alguna vez. Desde quizás una cuestión con algún familiar que está acompañando a su hijo hace mucho tiempo y se hace difícil y tienes que estar atento, porque a veces lo emocional también les pega y se la agarra con todos, desde médicos hasta docentes, y en ese momento vos te tenes que apoyar en tus compañeros que ya pasaron por esto. También pasa que se mueren alumnos y nuevamente te apoyas en esta red. La verdad te apoyas de muchos lados en red, desde lo pedagógico, lo emocional, lo que pasa en el día. Yo siempre hablo en plural porque considero que estamos trabajando todos a la vez y en el mismo nivel, nadie está por encima del otro. Ejemplo a veces pasa que los alumnos se enganchan más con las curriculares, plástica, música y tecnología, entonces el docente viene me comenta con que se enganchó y yo eso lo uso como disparador para trabajar algún tema. Siempre trabajamos en equipo, la circulación de información y apoyo es constante, esto es una gran diferencia que encuentro con la domiciliaria que en la misma no hay intercambio ni trabajo en equipo

M: Claro comprendo, ¿y vos cómo consideras al aprendizaje?

E: El aprendizaje para mí es una apertura hacia el mundo, significa crecimiento, es poder acercarte a aquello que te hace ser humano con todas tus potencialidades y oportunidades. Es un derecho que tiene la persona de aprender con todas las herramientas y medios. El aprendizaje te humaniza, te da nuevamente la dignidad, acá el aprendizaje es igualitario. Por eso considero que

la escuela hospitalaria y domiciliaria es una manera de inclusión, cuando yo me formé nadie me habló de este tipo de aprendizaje, me enseñaron a enseñar en un contexto estable donde todo eran iguales y todos tienen las mismas potencialidades. Por eso considero que el aprendizaje también es desafío

M: Claro es verdad, somos heterogéneos estemos donde estemos, muy lindo todo lo que dijiste. Muchas gracias de verdad por brindarme este tiempo

E: Un placer, muchas gracias a vos.

M: Que tengas un buen día

E: Igualmente a vos

Entrevista 4

Entrevistado 4:

Primer entrevista

M: Hola ¿cómo estás? Mi nombre es Mailen Rodríguez, estoy estudiando psicopedagogía en la UAI, actualmente me encuentro realizando mi proyecto de tesis respecto a la modalidad hospitalaria y domiciliaria. Mi punto de partida es considerar que el aprendizaje es un mensaje de esperanza para una persona que se encuentra atravesando un momento de enfermedad, poder aprender y poder sentirse un poco más cerca de su vida anterior. Sin olvidar que todo niño tiene derecho a la educación. La relevancia personal que orientó la elección de este tema es que durante el 2019 y 2020 estuve como voluntaria, en la fundación flexer, donde pude conocer a muchos niños y jóvenes que se encontraban lejos de sus casas atravesando un tratamiento oncológico. Y comencé a interesarme en el aprendizaje de estos niños, como es su aprendizaje sistemático, de esta manera comencé mi tesis el año pasado. Se agradece mucho tu colaboración y predisposición, me estas ayudando muchísimo

E: Todo bien, ¿vos?

M: bien ¿Podría grabar la entrevista?

E: Si no hay problema

M: ¿Que me puedes contar de vos?

E: Te cuento trabajo en ambas modalidades, en hospitalaria trabajo del 1992 al 2002, es decir 10 años como maestra jardinera de los chicos internados, es decir de nivel inicial. En domiciliaria trabajé del 2011 y hasta fines del 2017, es decir 7 años como psicóloga del equipo de nivel medio con profesoras y profesores, en un equipo formado por psicólogas, psicopedagogas y trabajadoras sociales.

M: muy bien, ¿que me podrías contar de la normativa de la modalidad?

E: La verdad te soy sincera no recuerdo, por supuesto está enmarcado en una normativa, pero no recuerdo bien y no te quiero decir cualquier cosa. Supongo que la normativa que enmarca a la modalidad es la Ley de Educación, no se el número de igualmente.

M: Claro que puede pasar luego de algunos años, no hay problema. Gracias por la sinceridad. ¿lo que es el ingreso a esta modalidad recordas algo?

E: Empiezo por la domiciliaria, en la domiciliaria nos llaman directamente de la escuela, no llaman los padres y si llaman los padres porque consiguen el teléfono se le dice, que se tiene que

comunicar la escuela con nosotros. A partir de ahí la escuela nos llama y en ese momento el equipo a establecer si es un alumno potencial o no. Porque en el caso de que sea un chico que no va a la escuela, por ejemplo porque tiene problemas de fobias o problemas de índole emocional ahí tiene que ir el equipo y evaluar la situación porque por ahí es un cuadro psicótico demasiado severo como para que pueda empezar a cuadrar en nuestra escuela domiciliaria. También es importante destacar que es requisito que no pueda concurrir a la escuela porque hay un certificado médico que así lo avala y que no pueda concurrir a la escuela por un tiempo mínimo. Es decir que las condiciones que debe reunir son que tengan un certificado médico que diga que no está en condiciones de concurrir a la escuela común Y en segundo lugar tiene que ser alumno de matrícula de una escuela común ya tiene que estar inscrito en una escuela. En el caso de hospitalaria por ejemplo en el Garrahan donde trabajé yo, el chico ya está en el hospital son los docentes. Una vez que se entra en la habitación se pregunta por cuánto tiempo van estar, y después de que se hace la inscripción ahí se comunica con la escuela de origen, por lo general la secretaría se comunica con la escuela de origen, todo esto para trabajar en forma coordinada. Es decir que el único requisito es que se encuentre internado. En el caso de domiciliaria otro requisito es que el alumno viva en capital, por qué el docente se maneja en capital no va de ninguna manera a lugares de provincia y que la escuela a donde él concurre también sea de capital. Hay situaciones muy excepcionales como por ejemplo tuvimos un chico cuadripléjico que concurría a una escuela de Gran Buenos Aires pero como estaba internado en un clínica de la capital y sabemos que por mucho tiempo, en esos casos interviene la supervisión y por ahí se le puede dar el visto bueno y se lo atiende porque sino queda sin continuidad pedagógica

M: Claro, ¿Con los niños del interior cómo se hace?

E: Mira en todo lo que es hospitalaria hay muchos chicos que son del interior por supuesto se los inscribe y se intenta establecer conexión con su escuela de origen. En domiciliaria se prioriza a los chicos de capital. Salvo alguna excepción, pero si no se considera el domicilio del alumno.

M: Claro, ¿y con respecto a la comunicación con las escuelas de origen que me puedes contar?

E: Bueno la comunicación con la escuela de origen es permanente, se busca hablar de los contenidos que están manejando, en el caso de las escuelas hospitalarias hay muchísimos chicos que vienen del interior del interior del país y hasta algunos de otros países incluso, pero siempre se trata de establecer contacto con la escuela para acordar qué contenidos se trabajan en cada materia en el caso. Por ejemplo: Hay chicos que vienen de escuelas técnicas o de artísticas, claramente en la escuela domiciliaria o hospitalaria no hay de todo, es decir no tenés profesor de programación electrónica por ejemplo. Entonces hay materias que no se van a poder dar, la realidad es que a veces hay materias que no son las típicas, por ende si hay comunicación con las escuelas de origen sobre el contenido, sobre el perfil del alumno, sobre objetivos es mucho mejor. En el caso de chicos con dificultades emocionales se trabaja muy especialmente la vuelta a la escuela de origen a través de dispositivos que puedan facilitar este tema, porque a veces justamente la conflictiva emocional es el contacto con los compañeros o con los profesores eso le genera ataques de pánico o cuadros de ansiedad graves, entonces se trabaja sobre dispositivos, tanto en primaria como en secundaria, que pueden incluir toda adecuación, desde ir menos veces por semana, o ir a otros horarios o hacer algunos dispositivos que puedan permanecer en parte del tiempo en la biblioteca, pero realmente parte de lo que pueda la escuela y lo que pueda el chico y de lo que digan sus especialistas, tanto de psiquiatras como psicólogo.

M: Claro, por lo que noto, el trabajo es muy en conjunto.

E: Si se trabaja muy en conjunto ,muy en equipo, es súper interesante el trabajo en equipo en el caso de las escuelas hospitalarias. Aunque es más limitado el tema trabajar con la escuela de origen porque te repito puede estar en el interior, es decir se hace la comunicación telefónicamente. En el cambio lo que es la domiciliaria es todo capital y el equipo va a todas las escuelas que tenga que ir, en caso de hospitalar ya no es así porque no hay equipo, ni es tan fácil acercarse a cualquier escuela y cómo se trabaja la vuelta bueno Por esto es mucho más fácil trabajar la vuelta a la escuela de origen desde la escuela domiciliaria, porque en la domiciliaria está el equipo, que va a las distintas escuelas de capital; en el hospital cuando se va del hospital se pierde el seguimiento.

M: Siguiendo , ¿al momento de plantear objetivos en la escuela domiciliaria y hospitalaria como se realizan?

E: Los objetivos por sustento están alineados con los objetivos de la escuela de origen. Es decir se siguen los mismos lineamientos de las escuelas de origen. Lo que recuerdo de hospitalaria, es que hay veces que las escuelas son de pueblos recónditos de las provincias, pueblos que no tienen ni teléfono o que hay un teléfono para todo un distrito grande, no tienen internet, entonces no hay manera de comunicarse. En ese caso obviamente se dificulta y no hay esa articulación, pero si no los objetivos se articulan siempre con objetivos y contenidos de las escuelas de origen y por supuesto también se adaptan a los perfiles de los chicos y a sus patologías y a las prácticas. Ejemplo un chico operado de un tumor cerebral qué después tiene dificultad por ahí para retomar algunos contenidos se baja la exigencia, se bajan los contenidos, por ende se tiene en cuenta a la hora de planificar todo esto, pues es tan interesante mira por ejemplo un chico en segundo año de escuela común se electrocuta con un cable de la calle y después de electrocutarse queda con un problema eléctrico su cabeza, como si fuera un cuadro de tipo de epilepsia con severo descenso de sus condiciones cognitivas. Pero entonces ya no puede ir a una escuela secundaria común, debemos buscar una escuela especial, para esto hay que reunirse con la supervisora, hacer mucho trabajo familiar para cambiarlo directamente a otra modalidad, porque ya sabemos que no va a poder evolucionar bien en la escuela de origen, entonces es muy rico cada caso, cada caso es un mundo para articular y hablar con las escuelas de origen siempre coordinadamente.

M: Digamos que el planteamiento de objetivos se realiza , si es posible con la escuela de origen.

E: Claro, para que puedan trabajar lo mismo que sus compañeros.

M: ¿ Y respecto a los equipos que me puedes contar?

E: Bueno al menos hasta el 2001 2002 que yo estuve en el hospital garrahan no había equipo interdisciplinario. Porque porque los equipos están compuestos por ejemplo por psicóloga psicopedagoga y trabajadora social, en los hospitales ya tienen su equipo de Salud Mental y no puedes meterte en su trabajo, con eso ya tienen los padres contención y a los chicos que le hace falta la intervención del equipo de Salud Mental cuentan con eso desde el hospital y también hay un sector de servicio social entonces todo lo manejan ellos, es decir el hospital, si la escuela hospitalaria tendría su equipo se súper pondrían los roles. En el caso de domiciliaria el equipo interdisciplinario está compuesto por psicóloga psicopedagoga y trabajadora social cada uno tiene sus roles bien definidos conforme a su formación y se trabaja siempre en forma conjunta haciendo reuniones de equipo semanalmente.

M: Por otro lado ¿Cómo describirías el trabajo hospitalario y domiciliario?

E: Bueno fundamentalmente el docente o el personal el equipo que trabaja junto con los docentes está trabajando básicamente con los aspectos sanos, sin injuria de los chicos o sea somos los únicos que vemos lo que el chico sabe, lo que el chico puede, lo principal tienes que

ver cuál es la vía de ingreso a este chico. Desde mi función de jardinera tenés como una enorme libertad para ver cuál es la vía de ingreso, sensorial a través del auditivo de música de canciones, del tacto de ejercicios de reconocimiento de olores de sonidos, es muy rico ver de qué manera se entra en el mundo de cada chico y teniendo una enorme capacidad de observación de ese sujeto que uno tiene delante, de qué le pasa, de no invadirlo, de no jugarlo. En el garrahan nos pasaba que entramos habitaciones de chicos accidentados o quemados que tenían una fisonomía muy dañada y por ahí ni siquiera querían mostrarse o buscaban impresionar al docente para que el docente se espante y decir v viste que yo te iba asustar, viste que no vas a querer estar conmigo viste que no te va a gustar. Uno tiene que aprender a trabajar con cada uno de esos mundos que son absolutamente singulares únicos cada uno y eso es lo que hay que tratar de pesquisar para ver cómo empiezas a dialogar con ellos cuál es la vía de ingreso. Cómo hacer que te abran la puerta porque sos el único personal viene a trabajar con lo que el chico puede. En el garrahan pasaba mucho que si un día no podía ir por una reunión de personal al día siguiente iba y la mamá me decía ay seño te estuvo esperando todo el día ayer y te da una enorme emoción porque es lo único que esperan, así que eso es una particularidad, otra es ser creativo y tener tolerancia a lo diferente, poder esperar ser paciente, ir construyendo poco a poco el vínculo, ser muy ingenioso es un trabajo sumamente artesanal lo dije siempre. Te repito es un trabajo muy artesanal donde hay que tener un enorme escucha y despliegue de recursos porque las historias de vida que hay del otro lado son muy complejas

M: Realmente es un trabajo artesanal, en el que entran en juego diferentes actores, además del docente, se encuentra el sujeto. ¿qué me podés contar del sujeto de la modalidad?

E: El sujeto, el alumno es decir el sujeto de hospitalaria y domiciliaria. Así como para uno es el trabajo de todos los días, de todos los meses y de todos los años es importante destacar que los chicos, los sujetos de estas modalidades de escolaridad están atravesando un momento único y transversal, para uno es algo longitudinal ya que es nuestra cotidianeidad, entonces uno tiene que tenerlo muy en cuenta. Cuando una mamá en el hospital o domicilio te dice mi hija tiene leucemia uno no puede caer en anotar lo ah bueno leucemia linfoblástica aguda, porque para uno es algo escuchando por ahí hace 6 años pero para la mamá es un momento único donde un hijo está atravesando un cáncer una cardiopatía una amputación un tumor en otras palabras está atravesando un momento muy complejo esa familia, debido que se mueven roles, se mueve la autoestima de los chicos, etc. Trabajas en un clima familiar de muchísima angustia en el garrahan me pasaba mucho en entrar habitaciones y que era como que estaban velando al chico pero vivía pero lo estaban velando porque tenía una enfermedad muy grave y estaban todos alrededor llorando entonces me decían, no seño y yo decía no no pero haremos lo que pueda no se trata de ir a enseñarle pequeño mediano y grande ni a clasificar por variables de tamaño color y grosor a veces es sentarte al lado agarrarle una manito y cantar una canción Y eso lo floja a el y a algún hermanito presente, y es una manera de estimular. Entonces hay que tener en cuenta que ese sujeto está pasando por un momento muy especial alejado de su escuela, alejado de sus amigos, alejado de su normalidad de lo que hace que un chico de esa edad. En el caso del hospital alejado de su casa de su familia porque tienen 4 hermanitos y viajan solo con la mamá y con el papá, alejado de sus de sus olores, de sus ruidos, de su pueblo y es tremendamente disruptivo, es un desarraigo feroz. Uno tiene que entender que está frente un sujeto que está completamente transculturizado, lo sacaron de lo de lo que conoce y está en un mundo de jeringas, tubitos aparatos y personas de blanco y olor a alcohol y llantos alrededor. Entonces una vez más en un sujeto tan particular dónde está toda su vida en su ámbito modificado es muy importante, lo que te decía de entrar con más capacidad de observación que de acción

M: Qué difícil esos momentos donde se tiene que lidiar con la angustia y los miedos constantes. Además realmente como decías es una situación para ellos desconocida y acercarlos al aprendizaje realmente es una manera de traerles un poco de esa vida que perdieron

E: Es así, entras a una habitación y no importa que le enseñes importa que sos la única que se conecta con el lado sano del chico

M: En base a todo lo que me cuentas ¿Cómo planifican las clases los docentes? ¿Hay herramientas predeterminadas para trabajar?

E: Bueno la manera de planificar es conforme a los contenidos y objetivos que se acuerden con la escuela de origen y si no hubo posibilidad de comunicarse con la escuela con los objetivos y contenidos que plantea el currículum, siempre se toma el currículum como base. Lo más importante es poder identificar las particularidades de este sujeto en especial sus posibilidades motrices, es decir si puede escribir, si puede agarrar un lápiz y puede hacer ejercicios, desde sus capacidades cognitivas, desde su disponibilidad libidinal, es decir si tiene ganas, si tiene voluntad por la situación que pasa y hasta su estado físico. Por ejemplo: un chico está atravesando una quimioterapia fuerte por ahí uno lo está atendiendo y de repente tiene ganas de vomitar o no tiene ganas. Por eso hay que saber que los ritmos van hacer otros, teníamos un chico con tourette le agarraban espasmos tan fuerte que se quedaba inconsciente o se quedaba dormido y el docente se tenía que ir. Por eso digo que se planifica teniendo en cuenta la currícula y las características específicas de ese chico y su situación de salud y de aprendizaje.

M: Claro, ¿y con respecto a las herramientas que se utilizan?

E: Bueno eso es muy variado porque se utilizan las que hagan falta para poder llegar al chico, pueden ser estrategias de reducción, de horario, cambiar de lugar por ejemplo si observamos que el chico está muy tirado en la cama intentamos levantarlo y llevarlo a un lugar más agradable, si está en un hotel, hay muchos chicos en hoteles en domiciliaria, sacarlo de la habitación llevarlo un patio común que se despeje que vea otra cosa, por ahí sacarlo del núcleo familiar más cuando la familia es muy patológica. Son muchas cosas que tenés estar mirando, también hay veces que hay mucha falta de higiene tratar de ver cómo intervenir en esto sin violentar a la familia, por eso la cantidad recursos es muy muy variada

M: ¿Y frente a una dificultad de aprendizaje cómo trabajan?

E: Si hay dificultades en la enseñanza se le pide inmediatamente la intervención a la psicopedagoga, se le dice danos una mano con esto. Cuando hablamos de equipos me olvide de comentarte que en la escuela domiciliaria el equipo se comunica a través de una plataforma donde uno escribe para todo el equipo en esa plataforma Entonces por ejemplo yo como psicóloga iba y veía a una anoréxica entonces ponía en la plataforma, bueno gente muy importante que no le hagan ninguna mención de ahí te veo más linda l o trabajé en tal cosa y tal otra, es importantísimo esta plataforma ya que es una herramienta para trabajar en forma coordinada en el equipo

M: ¿Y qué me podés contar de los actores que entran en juego en esta modalidad?

Bueno en la hospitalaria se entra a las habitaciones o hay también talleres que se hacen en otros lugares por ejemplo en las salas donde los chicos reciben la quimioterapia o también hay un servicio de los chicos previos a la operación, que duraba la semana anterior haciendo psicoprofilaxis y luego momentos antes de recibir la anestesia que lo lleve al quirófano pero sino básicamente es en sus habitaciones, entra el docente habla con la familia escribe al chico hablando con la familia, muchas veces también en algún tipo de patologías se consulta los médicos para ver si está en condiciones de recibir determinada estimulación o qué aconsejarías médico. Está más que nada para problemas neurológicos que deterioran capacidad cognoscitiva

o cuando no sé el chico está recibiendo algún tratamiento medicación muy fuerte y sería contraproducente ir a estimularlo Así que a veces los médicos también son actores que entran y pues los docentes, los docentes curriculares familia y niños. En el caso de domiciliaria el equipo de psicóloga psicopedagoga y asistente social que hablo en femenino porque su enorme mayoría es femenino equipo, Pero por supuesto puede estar conformado por hombres también, La comunicación entre el equipo y los docentes que se hace a través de una plataforma virtual donde los vamos comunicando todo para que el docente antes de ir a ver al chico este Mirando a ver qué es lo que se dijo del en los días anteriores o recibir algunas sugerencias de parte del equipo profesional. También esta la escuela de origen Porque también se echa mucha mano de la comunicación y el constante intercambio con escuela de origen y también en el caso de los de domiciliarias sumo en los caso de chico con problemática emocional y a veces médicos también el equipo médico y de Salud Mental que uno va ahí consulta, siempre la idea es que se devuelva al chico a la escuela de origen a su escolaridad normal porque consideramos que la escolaridad normal es lo más normalizante que tiene el chico en su vida entonces se trata de que no sea permanente esto de que quede en su casa a veces hay mucho beneficio secundario ni hablar cuando son familias muy patogénicas y hay problemas emocionales donde justamente se le corta el chico lo más saludable que tiene que ser contacto con el afuera y con los compañeros y con la escuela entonces un chico que vive con familias muy patogénicas Osea que generan patología y se les corta el afuera y quedan todo el día con su familia hemos querido casos de terror para escribir libros ,más que nunca en esos casos se trata de hacer las cosas junto con el equipo tratante por fueras a sus médicos privados o de obra Social para volver a la escuela común y también te cuento que en muchos casos de chicos con problemática emocional las madres o padres o abuelas manipulan a los psiquiatras contándole cierta sintomatología para que el psiquiatra siga siendo órdenes de críticos no puede volver a escuela común entonces hay una gran manipulación sacando beneficio secundario Los profesionales desconocen que se pueden preparar en la escuela dispositivos que facilitan y promueven promuevan su vuelta, por eso es muy importante este vínculo. En domiciliaria entonces entran en juego el equipo, la escuela de origen, los docentes de grado y curriculares. y en los caso de um chico con problemática emocional el equipo médico y de Salud Mental

M: ¿Y las inscripciones cómo se realizan?

Los tiempos de inscripción en el caso de hospital es sencillo porque cuando el chico es internado se le pregunta a la familia y al médico más o menos por cuánto tiempo van a estar y ahí mismo se hace la inscripción. En el caso de domiciliaria se necesita un certificado médico que debe ser de un mínimo de 30 días, ,ahí y se va y se inscribe al chico y acordate que es la escuela quien hace la derivación o a supervisión, no son los padres que llaman ni son los chicos qué llaman, si el certificado es de dos días no se va es la escuela que tiene que ver cómo le continúa dando esos contenidos .

M: ¿cómo son los tiempos de permanencia en la escuela hay un mínimo?

E: y respecto a los tiempos de permanencia en estás escuelas pues pueden durar todo lo que dure la patología y la indicación de no retornar a su escuela de origen. En domiciliaria hemos tenido chicos toda la secundaria enteras casi de primer hasta quinto año porque no no podían ir a la escuela común y en el hospitalaria también podés tener varios años, yo he tenido chiquitos viviendo en terapia intensiva, si viviendo estando conectados al oxígeno y a todos los cuidados que necesitaban de la terapia intensiva año tras año

M: Claro que duro igualmente , ¿y cómo podrías describir el encuentro?

E: El encuentro es entre el docente y niño, va estar atravesado por ese momento trasversal en su vida en que el niño está enfermo, supuestamente una enfermedad importante para llamar a estos servicios. Cómo es en el caso de hospitalaria hay muchos chicos del interior y el docente es el único que lo va a mirar con otros ojos, ojos de lo que puede hacer. Cómo es su vida fuera, Cuál es su cultura siempre se trata de adaptar los contenidos a que sean significativos para esos chicos y ayudar a mantener su mundo sus costumbres y su cultura muy amalgamados con los contenidos y de respetar, así puedan hablar de sus ámbitos. Por ende es un encuentro muy peculiar de mucho respeto y mucha escucha al alumno y de mucho respeto de cómo se siente, por cómo va variando a lo largo de los días y que puede dar cada día, cada día es un capítulo nuevo

M: Que hermoso e importante trabajar desde el respeto, más cuando nos encontramos con familias que vienen desde el interior. ¿Y del vínculo entre alumno docente que más me puedes decir?

E: El tema del vínculo es importantísimo hacer antes que nada, lo primero que uno tiene que elaborar y cultivar es el vínculo con el chico. Porque lo que nos va a permitir hacer la alianza, que sea un un vínculo que de felicidad, un encuentro que de felicidad, que de paz, que de humor, que de comprensión, que de contención, que quede material novedoso, que cuente algo que les interese, que sea significativo lo que se enseña respecto a su vida y que siempre haga bien porque uno no puede cargar con algo negativo la vida del chico después de todo lo que está atravesando. Así que el vínculo es una de las cosas más maravillosas a construir con estos chicos

M: Claramente sin vínculo no hay aprendizaje es fundamental crear el mismo. ¿Y Cómo es el vínculo con la misma?

E: La comunicación con familia debe ser muy fluida en todos los casos por qué es un factor muy interviniente y nos tiene básicamente que abrir la puerta ya sea en una modalidad como en otra. Cuando uno hace las cosas en forma imprudente la familia te puede poner obstáculos y boicotear tu tarea o justificarte que no está en condiciones ese día y en fin echarte fly para ser coloquial, con lo cual es muy importante que la familia sea un punto de anclaje en la alianza con el chico, que uno pueda anclar, que uno pueda hacer una alianza, estamos todos en la misma vereda, estamos todos juntos y explicarle a la familia que siempre hay algo para hacer, porque a veces te lo velan antes de tiempo te dicen no, no puede, no sabes está muy mal y siempre el chico puede hacer algo que lo conecte con la vida aunque sea no sé leerle un cuento así que la comunicación con la familia debe ser muy fluida. Y si hay algunas cuestiones para ajustar hay que echar mano al equipo interdisciplinario en el caso de domiciliaria, en el caso del hospital si hiciera falta hablar con la gente de Salud Mental pero la familia siempre está rondando por ahí. En domiciliaria es un poco más fácil manejar el nos quedamos solitos con el alumno haga sus cosas no hay problema, aunque no puede ausentarse de la casa la madre o el padre pero que no esté en el mismo lugar pero hay muchas veces que por las características de donde estes ni siquiera tiene más ambiente donde ir, pero por lo menos que no interfiera en la clase en cambio en el hospital los tenés ahí muy muy presentes

M: Qué difícil trabajar con los padres dando vuelta, a veces cuando atendemos de forma online observamos como la madre o el padre escucha e interviene no me quiero imaginar lo que es en estas modalidades. ¿Respecto a las responsabilidades como son las mismas?

E: Bueno la responsabilidad básica que tiene tanto hospitalaria como la domiciliaria es la continuidad en el proceso educativo, esa es su responsabilidad madre por la que existen para continuar el proceso enseñanza aprendizaje y que se pueda conquistar los contenidos propios de

su de su nivel, más allá de estos contenidos poder pesquisar cualquier otra dificultad en la que haya que intervenir, como te digo habes hay familia muy complejas donde hay maltrato abuso ese tipo de cosas hay que hacer presentaciones y también ayudar a la buena evolución de los chicos en su aspecto emocional frente a los temas del estudio. Más que nada como titular asegurar y garantizar la continuidad del proceso educativo y siempre teorizar su potencial sobre su desfaseje en otras áreas de salud, es decir priorizar su potencial con respecto a su déficit, no sobre aquellos que está mal, trabajar sobre el potencial.

M: Que importante poder trabajar las fortalezas sobre la debilidad. Para comenzar a cerrar ya que podríamos hablar horas y horas de estas modalidades, ¿quería saber tu opinión respecto estas modalidades?

E: Mi opinión respecto a estas modalidades es que son maravillosas, que son muy poco comparables a otros lugares del mundo incluso otros lugares del interior, la ciudad da unas herramientas fabulosas para los chicos que atraviesan estas problemáticas, Me parece que son muy completas las modalidades los equipos deben ser muy dinámicos y bueno por supuesto un margen queda en manos de la calidad de persona y profesional que sea la persona que lo lleva delante que le va a dar su impronta. Malos profesionales vemos en todas las áreas pero digamos que el profesional tiene una gran riqueza que sí sabe desenvolver son herramientas maravillosas porque en muchos casos uno interviene directamente en la en la vida personal de los chicos sobre todo lo que es en domiciliaria que se ven situaciones intrafamiliares que los profesores nos cuentan a los equipos es muy interesante empezar a intervenir, a trabajar con mucho respeto porque la idea es que te abra la puerta y si uno no lo hiciera de esa manera directamente no te permiten esa ingreso

M: Me encanta y todo lo que me dijiste me sirve muchísimo, ¿cualquier cosa te puedo pedir otra reunión?

E: Si, No hay problema.

M: Gracias de verdad.

E: Cualquier cosa que necesites, me preguntas.

M: Gracias por todo, Buenas tardes

Segunda entrevista

M: Hola ¿Cómo estás? Muchas gracias por darme este ratito para poder ampliar nuestra entrevista. Es una gran ayuda para mí.

E: Para mi es un placer, comentame en que te puedo ayudar.

M: ¿Cómo es la formación de los docentes?

E: Y con el título docente entradas en la última década se empezó a implementarse un curso para poder entrar a la modalidad hospitalaria domiciliaria que se daba en el CEPA que era una instancia de formación docente, es un curso que se hacía durante un año, era bastante intensivo y te prepara como para abordar esas tareas que son muy muy particulares y hoy en día si bien no es absolutamente obligatorio si haces este curso estás en un primer listado, o sea te conviene tener el título docente y ese curso que en ese momento lo daba el CEPA, ahora no sé bien quién lo da. En conclusión, la formación de un docente de la modalidad es primero su título de base y el curso, pero es importantísima la formación continúa, cuando trabajaba en el garrahan curso que había, curso que hacíamos porque es un trabajo que te obliga estar permanentemente actualizado en ciertos conocimientos

M: Es fundamental la formación continua siempre a mi parecer, en todo rubro es importante seguir nutriéndose y tomando nuevas herramientas. Por otro lado ¿Cómo describirías el trabajo hospitalario y domiciliario?

E: Ay esta pregunta da para charlar un montón y es riquísima

M: Lo que me digas me va a ayudar un muchísimo.

E: Bueno fundamentalmente el docente o el personal el equipo que trabaja junto con los docentes está trabajando básicamente con los aspectos sanos, sin injuria de los chicos o sea somos los únicos que vemos lo que el chico sabe, lo que el chico puede, lo principal tienes que ver cuál es la vía de ingreso a este chico. Desde mi función de jardinera tenés como una enorme libertad para ver cuál es la vía de ingreso, sensorial a través del auditivo de música de canciones, del tacto de ejercicios de reconocimiento de olores de sonidos, es muy rico ver de qué manera se entra en el mundo de cada chico y teniendo una enorme capacidad de observación de ese sujeto que uno tiene delante, de qué le pasa, de no invadirlo, de no jugarlo. En el garrahan nos pasaba que entramos habitaciones de chicos accidentados o quemados que tenían una fisonomía muy dañada y por ahí ni siquiera querían mostrarse o buscaban impresionar al docente para que el docente se espante y decir v viste que yo te iba asustar, viste que no vas a querer estar conmigo viste que no te va a gustar. Uno tiene que aprender a trabajar con cada uno de esos mundos que son absolutamente singulares únicos cada uno y eso es lo que hay que tratar de pesquisar para ver cómo empiezas a dialogar con ellos cuál es la vía de ingreso. Cómo hacer que te abran la puerta porque sos el único personal viene a trabajar con lo que el chico puede. En el garrahan pasaba mucho que si un día no podía ir por una reunión de personal al día siguiente iba y la mamá me decía ay seño te estuvo esperando todo el día ayer y te da una enorme emoción porque es lo único que esperan, así que eso es una particularidad, otra es ser creativo y tener tolerancia a lo diferente, poder esperar ser paciente, ir construyendo poco a poco el vínculo, ser muy ingenioso es un trabajo sumamente artesanal lo dije siempre. Te repito es un trabajo muy artesanal donde hay que tener un enorme escucha y despliegue de recursos porque las historias de vida que hay del otro lado son muy complejas

M: Realmente es un trabajo artesanal, en el que entran en juego diferentes actores, además del docente, se encuentra el sujeto. ¿qué me podés contar del sujeto de la modalidad?

E: El sujeto, el alumno es decir el sujeto de hospitalaria y domiciliaria. Así como para uno es el trabajo de todos los días, de todos los meses y de todos los años es importante destacar que los chicos, los sujetos de estas modalidades de escolaridad están atravesando un momento único y transversal, para uno es algo longitudinal ya que es nuestra cotidianeidad, entonces uno tiene que tenerlo muy en cuenta. Cuando una mamá en el hospital o domicilio te dice mi hija tiene leucemia uno no puede caer en anotar lo ah bueno leucemia linfoblástica aguda, porque para uno es algo escuchando por ahí hace 6 años pero para la mamá es un momento único donde un hijo está atravesando un cáncer una cardiopatía una amputación un tumor en otras palabras está atravesando un momento muy complejo esa familia, debido que se mueven roles, se mueve la autoestima de los chicos, etc. Trabajas en un clima familiar de muchísima angustia en el garrahan me pasaba mucho en entrar habitaciones y que era como que estaban velando al chico pero vivía pero lo estaban velando porque tenía una enfermedad muy grave y estaban todos alrededor llorando entonces me decían, no seño y yo decía no no pero haremos lo que pueda no se trata de ir a enseñarle pequeño mediano y grande ni a clasificar por variables de tamaño color y grosor a veces es sentarte al lado agarrarle una manito y cantar una canción Y eso lo floja a el y a algún hermanito presente, y es una manera de estimular. Entonces hay que tener en cuenta que ese sujeto está pasando por un momento muy especial alejado de su escuela, alejado de sus

amigos, alejado de su normalidad de lo que hace que un chico de esa edad. En el caso del hospital alejado de su casa de su familia porque tienen 4 hermanitos y viajan solo con la mamá y con el papá, alejado de sus de sus olores, de sus ruidos, de su pueblo y es tremendamente disruptivo, es un desarraigo feroz. Uno tiene que entender que está frente a un sujeto que está completamente transculturizado , lo sacaron de lo de lo que conoce y está en un mundo de jeringas, tubitos aparatos y personas de blanco y olor a alcohol y llantos alrededor. Entonces una vez más en un sujeto tan particular dónde está toda su vida en su ámbito modificado es muy importante, lo que te decía de entrar con más capacidad de observación que de acción

M: Muchísimas gracias con esta información me ayudaste muchísimo, mil gracias ampliarse aquella información que me había quedado sin hacerlo. Muchas gracias

E: Un placer, llámame todas las veces que necesites, un beso enorme