

Prácticas educativas con niños internados en una escuela hospitalaria del conurbano bonaerense.

María Laura Requena.

Cita:

María Laura Requena (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.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-034/356>

**IX JORNADAS DE SOCIOLOGIA - FCS | UBA
MESA 31: EDUCACION, INSTITUCIONES Y REPRODUCCION SOCIAL**

PRACTICAS EDUCATIVAS CON NIÑOS INTERNADOS. ESTUDIOS ACERCA DE LA CONSTRUCCION SOCIAL DE ALUMNOS-PACIENTES EN UNA ESCUELA HOSPITALARIA DEL CONURBANO BONAERENSE

Autora: Maria Laura Requena. Licenciada en Sociología de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Maestranda en Ciencias Sociales del Instituto de Desarrollo Económico y Social, Buenos Aires.

Referencia institucional: Instituto de Desarrollo Económico y Social

E-mail: marialaura_requena@yahoo.com.ar

RESUMEN

A partir de los cambios epidemiológicos de las enfermedades crónicas en la infancia y la adolescencia se suscitaron transformaciones en el modelo de atención en salud. Por su parte, la institución escolar dio respuesta a estas nuevas circunstancias generando nuevos dispositivos escolares al establecerse en el ámbito hospitalario. Ambas instituciones, la escolar y la hospitalaria, ejercen un poder normalizador que opera como mecanismo de control social de la población, en general, y de la infantil, en particular (Carli, 2003; Milstein, 2003). En la escuela hospitalaria los niños deben internalizar ciertas convenciones y, por ende, aprender a “ser alumnos” (Milstein y Mendes, 1999) a la par que internalizan convenciones propias del hospital y, por consiguiente, aprenden a “ser pacientes”. Mi interés por comprender esta doble figura de “alumno paciente” me llevó a realizar un primer período de trabajo de campo¹ en la Sección de Internación de Hematología y Oncología del Servicio de Pediatría del Departamento Materno Infantil de un hospital público, situado en el oeste del conurbano bonaerense en la provincia de Buenos Aires. En esta ponencia describiré algunas situaciones vividas en la sala con los niños, las maestras, las madres, los médicos y otros miembros del equipo de salud que me permitirán esbozar un primer análisis acerca de la construcción social del espacio y tiempo de la escuela hospitalaria (Franco, 2007) y del “cuerpo enfermo” y la construcción de aprendizajes escolares en un escenario atípico, como es el contexto hospitalario (Csordas, 2001; Cohn, 2002; Citro, 2006).

Palabras clave: niños internados, escuela hospitalaria, alumnos-pacientes

Introducción

A partir de los cambios epidemiológicos de las enfermedades crónicas en la infancia y la adolescencia se suscitaron transformaciones en el modelo de atención en salud. Frente a la imposibilidad de que ciertos niños pudieran concurrir a la “escuela normal” al ver afectados sus cuerpos por ciertas enfermedades altamente complejas y de mayor cronicidad, la institución escolar fue generando nuevos dispositivos escolares hasta establecerse en el

ámbito hospitalario. Ambas instituciones, la escolar y la hospitalaria, ejercen un poder normalizador que opera como mecanismo de control social de la población, en general, y de la infantil, en particular (Carli, 2003; Milstein, 2003). En la escuela hospitalaria los niños deben internalizar ciertas convenciones y, por ende, aprender a “ser alumnos” (Milstein y Mendes, 1999) a la par que internalizan convenciones propias del hospital y, por consiguiente, aprenden a “ser pacientes”. Nuestro interés por comprender esta doble figura de “alumno paciente” nos llevó a realizar un primer período de trabajo de campo en las Secciones de Internación, y muy especialmente en la de Hematología y Oncología, del Servicio de Pediatría del Departamento Materno Infantil de un hospital público, situado en el oeste del conurbano bonaerense en la provincia de Buenos Aires. A continuación, describiremos algunas situaciones vividas en la sala con los niños internados, las maestras hospitalarias, las madres y los familiares, los médicos y otros miembros del equipo de salud que nos permitirán esbozar un primer análisis acerca de la construcción social del espacio y tiempo de la escuela hospitalaria (Franco, 2007) y del “cuerpo enfermo” y la construcción de aprendizajes escolares en un escenario atípico, como es el contexto hospitalario (Csordas, 2001; Cohn, 2002; Citro, 2006).

La Sala de internación de Hemato- Oncología pediátrica

G01

La Sección de internación de Hemato-oncología es un área de internación del cuarto piso que está “cerrada” y por la que, en general, sólo pasa personal del hospital, los familiares de los niños internados viviendo con cáncer² u otras personas vinculadas a la atención dentro de la misma (voluntarias, maestras hospitalarias, etc.). A la Sección se la conoce como el *4B* (por estar en el cuarto piso, sector B) y/o *la Sala de Onco*, aludiendo al tipo de enfermedad oncológica que tienen los niños que son internados allí. Cuenta con un pasillo externo (con ventanas grandes que permiten ver hacia, en el que generalmente hay una o dos camillas para traslados) que la conecta con el resto del piso y, por ende, con el hospital; una pequeña cocina con apenas un anafe y una bacha (que utilizan tanto el personal del hospital como los familiares); un depósito donde dejan materiales descartables; un baño para el personal del hospital; el *office* que es el área de enfermería donde se ubica el personal del hospital afectado a la Sala y sus insumos de trabajo; dos habitaciones de “aislamiento” con una cama cada una donde se internan los niños con defensas muy bajas (“inmunodeprimidos”³) diseñadas de modo de clausurar cierto espacio, restringiendo la circulación a un niño y su familia; y tres habitaciones de cuatro camas, con un baño cada una (completo, con bañera y sanitarios). Estas tres últimas habitaciones están comunicadas además con una suerte de patio/pasillo interno⁴ al que dan todas las habitaciones por lo que cada de ellas una cuenta con ventanales muy amplios que permiten no sólo el paso de la luz, sino además ver qué sucede en las mismas. Las habitaciones de aislamiento también tienen ventanales grandes que dan al pasillo interno pero no tienen puerta que las comunique con el mismo y generalmente tienen las persianas bajas. En el pasillo interno están las tres heladeras que utilizan los familiares, hay sillas, con mesas pequeñas para niños, algunas mesas, sillas de rueda, una computadora que no funciona y varios armarios y carros de curaciones con materiales descartables, etc. En las habitaciones hay cuatro camas

(ubicadas en cada ángulo del cuarto) que están dispuestas mirando una televisión. Esto hace que dos camas le den la espalda a las otras dos, por lo que los niños en general no se ven entre sí. Al lado de cada cama hay una mesita de luz y una silla donde suelen estar los familiares, por lo general, sus madres. Hay un solo ropero grande por habitación con una puerta por cama y varios estantes, allí dejan sus pertenencias las familias. Los niños suelen estar vestidos con poca ropa, más bien ligera, aún cuando no hace mucho calor, y descalzos (a veces con medias) ya que están casi todo el tiempo en la cama. No suele haber niños deambulando solos por las habitaciones o el pasillo interno (si se movilizan es para ir al baño, a realizarse algún estudio, a hacer sus tareas con la maestra hospitalaria, etc. y suelen estar acompañados por un adulto). Las que deambulan son las madres, a veces los familiares, tanto en el pasillo externo o interno, porque están las heladeras, porque pueden salir de la habitación y charlar con otras madres, familiares o miembros del equipo de salud, a tomar mate, etc. No obstante no circulan por el *office*, espacio por el que sólo transita el personal hospitalario (equipo de salud, voluntarias, maestras hospitalarias, etc.). En la puerta del pasillo interno que da al *office* hay un cartel que dice “Por favor, golpee y espere a ser atendido”.

En la Sala y más aún en las habitaciones hay un ruido casi permanente de aparatos (particularmente, de las *bombas* de infusión⁵). Suele ser un lugar silencioso. Pueden escucharse quejidos y llantos, en parte por el silencio que suele haber y por el grado de comunicación entre las habitaciones que habilita el pasillo interno. Estos sonidos forman parte de lo cotidiano. Si una bomba cambia su chillido/pitido, porque se termina el líquido o porque se desconecta, tanto los niños como sus familiares alertan a los enfermeros u otro miembro del equipo de salud, quienes intervienen para ver qué está pasando. Algunos niños aprenden como apagar ese sonido una vez que se informa a los enfermeros, ya que no siempre pueden ir inmediatamente a ver qué sucede. Los procedimientos vinculados al “cuerpo enfermo”, para el diagnóstico y tratamiento del cáncer, suelen ser “invasivos” respecto del “cuerpo vivo” - biológico, orgánico- (Kottow, 2005) y profundamente disruptivos respecto al “cuerpo vivido”, lo que el niño es como sujeto encarnado en función de propia experiencia. Los quejidos y llantos son habituales, y cobran distinta expresión y magnitud en función de las edades de los niños y del tiempo de tratamiento que éstos llevan. Los más grandes y/o los que llevan un periodo más prolongado de tratamiento “soportan”, “toleran”, ciertos procedimientos tratando de no moverse, no llorar y de manifestar su sufrimiento lo menos posible (uno observa las expresiones de dolor en el rostro, el “mirar para otro lado”, en la tensión corporal aunque el cuerpo esté quieto y aunque los niños no sollocen - si lo hacen- sino hasta al final del procedimiento). En los más pequeños y/o los que recién están siendo diagnosticados/tratados o llevan menos tiempo exposición ante estos procedimientos, muchas veces hacen faltan varios adultos que los sostengan físicamente, materialmente, para evitar movimientos bruscos y repentinos que impiden el “normal” desenvolvimiento de estas prácticas médicas. En estos casos las súplicas y los llantos lejos de ser contenidos por el niño suelen ser más violentos y exacerbados. Cuando se suscitan situaciones como éstas, y aunque en una misma habitación probablemente despiertan las miradas de los otros niños (algunos se rotan o miran por encima del hombro cuando están de espaldas por la disposición de

las camas mismas) y sus familiares; estas situaciones no necesariamente hacen que se interrumpa la actividad que se esté realizando por parte de quienes comparten la habitación, ya sea comer, jugar, mirar tele, trabajar con la maestra hospitalaria, etc. Lo mismo ocurre cuando de “oye” de una habitación a otra.

A las personas que trabajan en el servicio se las puede reconocer por el tipo de guardapolvo. Los integrantes del equipo de salud pueden llevar o bien ropas blancas o de color celeste, no siempre guardapolvo, puede ser un ambo, pero se diferencian claramente de las voluntarias y las maestras hospitalarias a simple vista porque además llevan otros elementos (guantes de látex, estetoscopio, elementos de prácticas médicas -sueros, por ejemplo-, etc.). Los guardapolvos de las maestras hospitalarias y las voluntarias tienen un diseño distinto -más bien “escolar”- y éstas circulan con otros objetos (juegos, cuadernos, libros, etc.).

El niño viviendo con cáncer es ubicado en una habitación que puede ser compartida o no según aspectos evaluados por el equipo de salud en torno a su enfermedad, por lo general vinculada a su “cuerpo vivo”. El “aislamiento” tiene lugar cuando el niño viviendo con cáncer tiene las defensas muy bajas, o en ciertas situaciones de agonía. “Este es mi departamento” dice Martín al referirse a su cama. La internación misma requiere que cada niño esté en su cama, una cama ortopédica de internación que cuenta con una mesa para poder comer allí. En el mejor de los casos el niño (más bien adolescente) se moviliza solo al baño, a veces por el pasillo interno⁶, pero para el resto (cuando no la mayoría) de los traslados requiere al menos de otra persona, por lo general adulta, que lo ayude a circular, por ejemplo, con la “bomba”. Más allá del problema de la conexión eléctrica de la bomba (hay ciertas distancias que no pueden recorrerse cuando está conectada, por la falta de prolongadores y/o enchufes), la bomba pesa y la altura del porta suero suele exceder la de los chicos por lo cual llevarla puede requerir de maniobras de fuerza y/o equilibrio. Sobre todo hay que recordar que la bomba se une al “cuerpo vivo” del niño mediante una vía venosa⁷, que suele ser delicada. En otros casos, la “vía” es reemplazada por el “porta-cáth”⁸. Los niños se mueven dentro de su habitación y a veces van al pasillo interno, rara vez van a la habitación de al lado. Cuando se conocen los niños saben quienes están en la Sala aunque no se vean necesariamente, situación que se acentúa cuando alguno pasa a “aislamiento”. En general los niños preguntan por otros niños a sus madres, las madres conversan y, aunque no deambulen de una habitación a otra, sí comparten espacios en común en los pasillos. Este conocimiento sobre los niños internados es compartido en las familias, algunas de las cuales permanecen en contacto fuera del ámbito de internación. Cuando los niños están en aislamiento no pueden salir de su habitación ni para ir al baño. Cuando los niños son más pequeños se suelen rotar sobre la cama lo que les permite ver toda su habitación. Esto ocurre con menos frecuencia en los más grandes que al acostarse en general mirando la televisión pierden de vista por lo menos todo lo que queda por detrás del límite de su cama. Quienes los cuidan, sus madres fundamentalmente, tienen una silla que apoya contra la pared de cada pared lateral de la habitación al lado de la mesita de luz que junto con la mesa para comer en la cama y la cama constituyen los espacios de apoyo de elementos

personales que no están en el armario (agua, vaso, comida, cuaderno donde tomar nota de los horarios de las medicaciones administradas a los niños, etc.). Esta ubicación hace que de donde estén siempre visualicen lo que ocurre en toda la habitación. Los niños suelen estar quietos y realizar movimientos pausados. Esta situación se hizo explícita por un hecho disruptivo que se suscitó en una jornada en la que hubo un niño que esa tarde en la que se sentía bien, *sorprendentemente* corría, saltaba y hacía movimientos bruscos “como si no tuviera puesta la bomba” para preocupación de las maestras hospitalarias, principalmente de que se lastimara, si se le salía la vía, o se cayera, por dar unos ejemplos. Circular por el pasillo interno permite a los adultos (equipo de salud, docentes y/o familiares) ver qué pasa dentro de las habitaciones. Si bien los niños ven hacia fuera, por la altura de las camas y las ventanas no pueden tener el mismo panorama. Lo que los adultos ven hacia adentro no es lo mismo que ven los niños hacia fuera.

La jornada escolar

Las maestras hospitalarias⁹ van a la Sala por la tarde, de lunes a viernes - exceptuando los jueves porque tienen “reunión de Sede”¹⁰ - de 13 a 17h. Van por la tarde ya que por la mañana en general se realizan todos los procedimientos médicos, por lo cual resulta más complejo contar con un tiempo de trabajo con cada niño. El inicio de la jornada escolar, de cuatro horas reloj de duración, tiene lugar alrededor de las 13h y su finalización es aproximadamente a las 17h. Según las actividades que se susciten puede empezar antes y terminar más tarde de estas pautas horarias, que en general se respetan.

Las maestras hospitalarias llegan al Hospital e ingresan a la Sala de Onco, se lavan bien las manos y los antebrazos en una bacha del Office de enfermería con un jabón especial (también hay en cada habitación una bacha a pedal, con ese jabón, para higienizar las manos sin tocar siquiera una canilla). En “aislamiento” la bacha está fuera de la habitación donde hay además un lugar para ponerse un barbijo, camisolín, etc. ya que allí se extreman las medidas de higiene y se minimiza el contacto con personas. Estos cuidados respetan las medidas de “bioseguridad” vinculadas al “cuerpo enfermo” en términos de “cuerpo vivo”. En ese interin de pasar por el Office, las maestras hospitalarias miran la pizarra donde figuran los “pacientes internados”, y normalmente conversan con el personal de enfermería, que por el horario puede estar almorzando o preparando las medicaciones que dependen de pasarse en el turno tarde. Luego, recorren todo el pasillo interno hasta llegar a la mesa y al armario que hay al final del mismo, donde dejan sus efectos personales y toman los elementos de trabajo que suelen guardar bajo llave. No ingresan a través de las habitaciones, que sería otra forma posible y más rápida. Una vez que salen del Office al pasillo interno, van saludando mientras caminan y cuando lo hacen van observando qué niños están (o no, por ejemplo, pueden estar realizándoles algún procedimiento que implique que están “en la pizarra” pero momentáneamente no en la habitación) y quienes ya se fueron. Si alguna ausencia les llama la atención, preguntan por el niño que falta a las madres de la Sala antes que a los enfermeros y/o médicos. Dejan su bolso, abren el armario y miran su carpeta para ver qué niños están internados y

matriculados¹¹. Si hay “nuevos” se acercan a hablar con el/la “cuidador/a principal” (generalmente madres, abuelas, hermanas, etc.; rara vez padres) y les comentan como es el “servicio hospitalario y domiciliario” para que el niño “no pierda la escolaridad”. Se fijan en la carpeta o recuerdan con quienes fueron trabajando recientemente y chequean que sigan en la habitación (cuando ya los conocen, el saludo del inicio le permite tener un panorama si alguno fue dado de alta, no está momentáneamente o falleció). Al “pasar revista” de los niños que hay entre ellas, las maestras hospitalarias se “pasan un parte” de cómo los ven o vieron, si se enteraron de algo del tratamiento o de la familia, si les gusta o no hacer las tareas de la clase, si hacen chistes, si tienen buen humor o no. Cuando son más maestras porque viene la maestra de plástica, conversan antes de empezar cómo se van a distribuir en la Sala, comentan con quienes piensan trabajar en el día para “atender” a la mayor cantidad de niños posible, y piensan en el momento en las actividades del día. La problemática de ser “pocas maestras hospitalarias” para atender a “todo el hospital” suele ser una preocupación. Si tienen en mente alguna actividad especial, traen los materiales a tales efectos (cuando festejan la semana de pascuas y hacen huevos de chocolate, la semana de mayo y traen empañaditas de membrillo, etc.

La llegada de las maestras a la Sala de Onco marca el inicio de la jornada escolar, aún cuando su trabajo llegue a otras áreas del Hospital. No obstante, esto no implica el inicio de las clases para todos los niños internados (cuando en la escuela “normal” los que llegan y marcan el inicio de la jornada son los niños y todos los niños comienzan “a la vez”). La escuela hospitalaria, a diferencia de la escuela “normal”, transcurre en el turno tarde pero ni las maestras ni los niños en el transcurso de su internación saben con precisión qué día, en qué momento de la jornada y por cuánto tiempo van a tener clase. Esto se va dando y definiendo en el marco de las internaciones, de acuerdo al estado anímico y de salud del niño, a su “cuerpo vivido” y a la disponibilidad de las maestras hospitalarias para darle clase en el conjunto de niños internados que pueden ser escolarizados. De la misma manera, se van delimitando los contenidos y la modalidad de cada clase.

Con la galera y el conejo, esperando la función, trabajamos con lo imprevisto, lo espontáneo. Nosotras venimos a enseñar trabajamos con contenidos pedagógicos en base a estrategias con lo espontáneo. Trabajamos con lo cotidiano de esta realidad, con los materiales descartables armamos marionetas, por ejemplo. (...) Cuando no tenemos respuesta por parte de los niños no insistimos, “hoy no quiere el pibe conmigo.”
(Maestra hospitalaria titular)

Para empezar a trabajar con un niño la maestra comienza por establecer un vínculo con él y el miembro de la familia que está a cargo de su cuidado en la Sala, de modo que contar con su consentimiento para poder escolarizarlo. Es una primera instancia de aproximación y acercamiento en la que se conversa, entre otras cosas, de la escuela, con el niño y su familia pero en la que “no se dan clases”. A esta se refieren las maestras como un “trabajo de hormiga”:

Es importante en este sentido esperar el tiempo de la familia para que acepte escolarizar al nene...la negativa a escolarizar en el hospital a los niños no es poco frecuente (porque hay otras prioridades -su salud-, porque no se sienten bien, etc.) y lleva tiempo convencer a la familia de que es necesario *de todos modos*. (Maestra hospitalaria titular, subrayado mío)

La escuela es una esperanza de futuro, “me enseñan porque no me voy a morir mañana”. (Maestra hospitalaria suplente)

Una vez que el niño y su familia expresan su conformidad para que la maestra “lo tome”, la maestra le explica cómo se realizan los trámites burocráticos para efectuar el pase de matrícula a la escuela especial. A partir de este momento, la maestra hospitalaria comienza a darle clases.

“Ponete pelotita, respirá... no duele!! No duele!!”¹² Los nenes representan lo que les pasa a través del juego... “No te encuentro la vena!!” Y te ponen la gomita en el brazo... (Maestra hospitalaria titular)

...[los chicos] lo primero que te hacen, te pinchan [hace el gesto]...cuanto más chicos, más se pone en juego el cuerpo. (Maestra hospitalaria de plástica)

El “cuerpo vivido” es considerado a la hora de definir iniciar la clase y a la vez “se pone en juego” en el transcurso de la misma. Es importante señalar que la tarea docente con estos niños está atravesada por la incertidumbre respecto al pronóstico este tipo de enfermedades que “limitan o amenazan la vida” (Goldman, 1998).

Tienen enfermedades graves en las que se vislumbra la cuestión de la muerte. Es una cosa muy pesada para el chico y su familia, y la docente ingresa a la familia, es un nexo con la vida. Su presencia pone de manifiesto continuidad de vida, [el niño] tiene un proyecto. Que la maestra llegue y lo desconecte de ese mundo en donde se encuentra, agresivo porque la enfermedad lo invade por la terapia, los estudios, etc. Estamos asegurando educación, un derecho a niños enfermos. Eso sí, primero su salud, después la escuela. (...) Se trabaja con otras expectativas al saber que son chicos sin una vida larga, sin estudios posteriores... Buscar algo relacionado con el placer y desde ese lugar evaluarlo, porque *total* determinadas enfermedades son muy graves. No obstante, hay que prepararlos *también* por si salen, para una vida normal. Llevarlos a *lugares* en que pueden, trabajar con el deseo del chico; que hable y exprese sus deseos, qué es lo que

más lo está atormentando, darle una ayuda. (Directora de la Escuela Hospitalaria-Domiciliaria, subrayado mío)

En cuanto a la disposición del espacio físico los niños van rotando en sus diferentes internaciones por distintas camas y habitaciones. Esto puede darse en función de la evaluación de su estado de salud, cuando pasan de una habitación compartida a aislamiento o viceversa, y también en función de necesidades organizativas del servicio, por ejemplo, cuando hubo Gripe A H1N1, los niños con este diagnóstico fueron ubicados en una misma habitación para evitar el contagio de otros niños internados, y porque además facilita organizar la tarea diaria del equipo de salud en torno a estos “pacientes”. Por este motivo, las actividades escolares tampoco se sitúan siempre en el mismo lugar físico, ya que en una misma internación se puede cambiar al niño de cama y hasta de habitación por motivos diversos. Por lo que el espacio¹³ (De Certeau, 2000) propio de cada niño, como el de la escuela hospitalaria, se reconstruye en forma permanente. Al mismo tiempo, el conjunto de los niños y sus familias, que constituyen su entorno, también cambian con relativa frecuencia dada la duración de los tratamientos (que cada vez tienden a ser menos prolongados). La construcción del espacio simbólico escolar en un contexto de internación en el que la escuela además no cuenta con un espacio ni mobiliario propio es una tarea compleja y con la que diariamente se enfrentan las maestras.

Nuestra tarea es la de armar el escenario de la escuela, qué es una escuela, recrear el escenario escolar. Les podés enseñar un montón de cosas durante la semana. Tenés toda la escuela encima. *Sos la escuela.* (Maestra hospitalaria titular)

Identificamos las ganas de jugar y en base a eso pensamos qué y con qué trabajar. A veces es pasar del nada a algo.... Por poco que sea, luego de trabajar quedan desmayados, lo pequeño es un esfuerzo enorme, postural, pensar... (Maestra hospitalaria de plástica)

Generalmente cuando las maestras hospitalarias entran en las habitaciones se lavan las manos de nuevo, saludan a cada niño y a su madre, a veces los acarician y abrazan según tengan más o menos confianza. También saludan a otros niños internados y sus familias cuando las habitaciones son compartidas. Charlan de temas en general y luego una vez que intercambiaron opiniones, y establecen un diálogo con todas las personas en la habitación, se quedan de pie o se sientan al pie de la cama del niño con el que van a trabajar. Le cuentan qué tienen pensado hacer con él, no sin antes preguntarle cómo se siente, qué estuvo haciendo, qué comió (generalmente almuerzan cerca de ese horario), etc. por lo que interpelan al “cuerpo vivido” del niño. Si están mirando la tele (acción habitual, las *teles* generalmente están encendidas toda la tarde, en el horario del mediodía lo que se está mirando son novelas o dibujos animados) les piden que presten atención (pero no necesariamente se apaga la tele, se puede bajar el volumen si otros están mirando). Apagar o no la televisión a veces depende de las otras personas, niños y familiares que están viendo la

programación, de si el volumen permite o no el trabajo con el “alumno”, etc. Normalmente, se ponen a trabajar a partir de una consigna que le da la maestra hospitalaria. Los materiales (hojas, lápices, fotocopias, etc.) a veces los proveen las maestras pero siempre piden a los niños y a sus madres que traigan las mochilas con las cosas de la escuela (esto no es sólo la cartuchera y el cuaderno de clase sino también los libros de textos y las tareas que puede llegar a preparar la maestra de la escuela de origen o la maestra domiciliaria). Las maestras hospitalarias suelen usar una hoja que funciona a modo de pizarrón para anotar y que el niño copie lo que en ella se escribe. Ocasionalmente no trabajan con la mesa que tiene cada cama (donde se coloca la comida u otros materiales, por ejemplo insumos, cuando tienen que hacer alguna intervención médica) por lo que a veces los niños apoyan sus cuadernos, hojas, etc. directamente en la cama. Cuando se pueden movilizar, aún si tienen “vías”, les piden que vayan a unas mesas que hay en el pasillo interno y trabajan allí. Este desplazamiento de la cama a la mesa del pasillo suele demorar y requerir de la intervención de otros adultos, sean éstos familiares o pertenecientes al equipo de salud. Nunca se moviliza a los niños internados sin preguntar si esto es factible al adulto que lo acompaña en el momento. No siempre los materiales con los que se trabaja en la escuela hospitalaria son “estrictamente” escolares (se puede recurrir por ejemplo a materiales descartables, por ejemplo con el estuche de un suero se puede armar una cartuchera) y las actividades que las maestras hospitalarias proponen suelen ser dialogadas y negociadas primero con el niño.

En las habitaciones no hay prácticamente decoraciones (cuadros, relojes, láminas, dibujos, fotos, por ejemplo). Hay algunas decoraciones de tipo “escolares” en el pasillo interno (por ejemplo, flores de papel por el día de la primavera pegadas en las ventanas), cuando hay algún festejo (cumpleaños, por ejemplo), pero tampoco abundan. Muy pocos niños tienen fotos de sus familiares, amigos o mascotas en sus mesitas de luz. En las habitaciones se encuentran principalmente objetos hospitalarios vinculados con la “asepsia” (algodón, alcohol, jabón, toallas de papel, etc.), otros elementos (bombas, tubos de oxígeno, etc.) y materiales descartables (que, si bien está ubicados mayormente en el office de enfermería o en los carros de curaciones situados en el pasillo interno, van quedando en las habitaciones tras las distintas intervenciones del equipo de salud -jeringas, sondas, etc.-). Tampoco hay juguetes ni libros circulando. Si estos elementos son del niño, se colocan en la mesita de luz o se guardan en el armario cuando no están en la cama; si son un préstamo de las voluntarias se les devuelve cuando éstas terminan su turno. Ciertos objetos o juguetes se limpian con alcohol (libros), otros se envuelven en bolsas una vez limpios (peluches). Si los niños desean conservar un juguete o un libro que pertenece a las voluntarias o las maestras por más tiempo, lo pueden pedir excepcionalmente para devolverlo el próximo día que éstas vienen. Queda claro que el hábito que se busca instalar es el del préstamo-devolución. No se regalan estos objetos a los niños internados. Lo mismo sucede con las maestras hospitalarias y sus materiales de trabajo (sean útiles escolares, libros, juegos, etc.). Estas situaciones de préstamo prolongado se dan con mayor frecuencia ante los fines de semana ya que en esos días no hay ni voluntarias ni maestras hospitalarias que asistan a la Sala. En el pasillo interno hay algunas mesas y pocas sillas, pero en ningún caso estos elementos

emulan aquéllos vinculados a un mobiliario escolar (no son coloridos, ni tienen diseños infantiles/escolares, etc.). No hay un rincón de juegos o armarios de los cuales los niños puedan extraer materiales sin la mediación de las voluntarias o las maestras, porque en general todo queda bajo llave. Por ejemplo, los niños pueden pedir un libro o un juego pero son las maestras y voluntarias las que los proveen y cuando el niño no especifica qué juego o qué libro, las que lo deciden. Algunos miembros del equipo de salud llevan algún objeto que parezca un juguete pero asociado a un elemento de trabajo: por ejemplo, las médicas pediatras suelen tener un muñeco tipo peluche adosado al estetoscopio y guardapolvos con diseños infantiles (ositos, colores, etc.). También suelen dar uso a elementos descartables como elementos de distracción y/o “premio” frente a una intervención técnica/clínica: por ejemplos, los enfermeros inflan los guantes descartables para dárselos a los niños a modo de “globo”.

El inicio de las actividades supone la ubicación de la docente al pie de la cama y un diálogo como primera instancia, aún si luego le pregunta o pide al niño que se movilice, con ayuda, a otro ámbito, como el pasillo. Esto invierte la práctica escolar “normal” donde el niño es ubicado y distribuido junto con sus compañeros en el aula por la maestra ya que muchas veces su traslado ni siquiera es posible. Sin embargo, sigue siendo la presencia de la maestra la que permite obtener un punto de referencia para constituir el lugar, simbólico, de lo escolar aún cuando el niño no puede desplazarse. A diferencia de lo que ocurre en la escuela “normal”, en la que todos los niños se ponen a trabajar bajo determinada consigna, en la escuela hospitalaria por lo general el trabajo es de a uno por vez y la consigna “varía” según el niño, no sólo por su estado general de salud sino también por el grado de escolarización que tiene y los contenidos que viene trabajando en la “escuela de origen”. También otra diferencia es que mientras que en la escuela “normal” la familia queda por fuera (salvo excepciones como las reuniones de padres, clases abiertas y/o actos escolares) en la escuela hospitalaria la presencia de la familia, particularmente representada por la madre como principal cuidadora, es continua (aún cuando no presencie la clase). Parte del encuadre de la clase aún cuando es al pie de la cama es sugerirle a la madre que tome ese momento como un tiempo “libre” para ella, se la invita a que se retire (lo que no quita la exigencia de su presencia en el Hospital). Si bien las madres se retiran, suelen ser parte del escenario escolar hospitalario (dan vueltas por la habitación, se quedan charlando con familiares u otras personas en la habitación o fuera de ella, etc.). Algunas veces se quedan mientras la maestra hospitalaria trabaja con el niño e intervienen en las actividades (opinando, soplando, etc.). Si el niño está cansado o tiene pocas ganas de trabajar, las maestras le preguntan qué tiene ganas de hacer y si quiere jugar a algún juego, lo hacen. Las maestras en estos casos sacan un juego de mesa (como las cartas españolas, por ejemplo) u otro/s elemento/s (leen adivinanzas, cuentos, etc.) y a partir de una actividad lúdica procuran trabajar algún concepto: es un juego pedagogizado (milstein y Mendes, 1999). Cuando se juega a las cartas, por ejemplo suelen jugar a la *escoba de 15*, o bien si se ponen a hacer manualidades tales como collares, cuentan las cuentas del collar, por lo que las maestras hospitalarias refieren que “así los chicos trabajan matemática”.

De acuerdo al día y a los niños internados, las maestras pueden “atender” a 2 o 3 niños cada una. Suelen estar aproximadamente una hora reloj con cada niño pero no suelen dar tareas en simultáneo (diversas tareas a distintos niños para que trabajen al mismo tiempo) aunque los niños y los familiares presentes en la habitación suelen prestar atención a lo que se hace (están atentos por ejemplo a si se hace una pregunta al niño y si éste no responde, entonces lo ayudan a responder; si el niño pide algo y no se lo escucha, por distracción u otros motivos, lo señalan, etc.). El trabajo en ese tiempo es completamente individual y personalizado. Tampoco se suelen organizar actividades en las que los niños internados interactúen expresamente entre sí. Cuando hay fechas patrias, u otro tipo de efemérides, en cambio, sí se organizan actividades en las que todos los niños y sus familias participan con un encuadre común, al mismo tiempo (por ejemplo, armar huevos de pascua, armar un rompecabezas para el 25 de mayo, etc.). Hacer las tareas de la escuela implica desarrollar la actividad que la maestra hospitalaria prepare y mientras el niño las resuelve, a veces solo, la maestra no “toma” a otro alumno sino que permanece, espera que el mismo la realice y no se retira, se queda cerca conversando con la madre u otras personas en la habitación, organizándole otras tareas al niño, corrigiéndole las que ya hizo, etc. La actividad escolar es de a uno, niño por niño, y así como no hay un trabajo para hacer coincidir grupalmente el uso del tiempo, tampoco es siempre posible que sea la maestra hospitalaria quien define el momento de inicio y finalización de estas actividades, a diferencia de lo que ocurre en la escuela “normal”.

Es altamente frecuente que las actividades que propone la maestra hospitalaria se vean interrumpidas, porque el niño se siente mal (porque tiene vómitos u otras secuelas propias del tratamiento -principalmente por la quimioterapia-), o porque vienen “visitas” (alguien viene a verlos), porque se suscita alguna intervención médica (hacerse un estudio dentro del hospital, porque éste u otro niño de la habitación debe ser intervenido allí mismo -por ejemplo, cuando revisan el “porta-cáth”-, porque tienen que ir al baño y no pueden movilizarse solos, etc.). Cuando la interrupción es producto del malestar físico o anímico del niño, la maestra hospitalaria participa cuando puede (y lo tolera) de los cuidados, atenciones y diálogos orientados a mejorar el estado del niño. Cuando éste se repone, aunque no se continúe con la actividad escolar, hace algún tipo de “cierre” para dar finalización a la actividad pero invitándolo a continuar lo que quedó a la mitad en otro momento en que esté mejor, o avisándole que en la próxima clase lo terminan juntos. Lo mismo ocurre cuando vienen a visitar al niño sus familiares. Rara vez vienen de visita otros niños o adolescentes de su edad que sean “amigos”, son generalmente hermanos o “novios”. Muy distintas son las interrupciones médicas que suelen truncar la actividad sin posibilidad de recomposición de un encuadre escolar hospitalario. La vivencia de esta situación por parte de las maestras suele expresarse en términos de “violación” de un espacio de trabajo y del cuerpo, “enfermo”, “vivo” y “vivido”, y de la voluntad del niño. Para los miembros del equipo de salud “continúa su trabajo”.

Cuando la maestra hospitalaria se va a trabajar con otro niño, dado que se terminó o dio por terminada la tarea que estaba realizando le comenta que se

va a trabajar con “fulanito”, ya que los niños aunque no se estén viendo en ese momento o no compartan la habitación, se conocen, al igual que sus familias.

Las maestras suelen darse un “recreo” alrededor de las 15:30h para merendar, en ese momento se sientan juntas en una misma mesa y conversan sobre lo que fueron haciendo, sobre la escuela o cosas de sus vidas cotidianas. Estos “recreos” son más bien informales, no se acuerda previamente sino que van surgiendo en los momentos en que ellas pueden encontrarse o si se sucita alguna situación disruptiva que amerite el diálogo (una entrevista con familiares, alguna “noticia”, etc.).

Cuando termina la jornada escolar, las maestras hacen un recorrido por cada habitación para despedirse de los niños y de sus familiares. A los niños en aislamiento los saludan desde la ventana al salir de la Sala de Onco.

Prácticas de “higiene”

La práctica de lavado de manos se reitera cada vez que las maestras hospitalarias “atienden” un niño, luego del lavado de manos inicial al ingresar a la Sala de Hemato-Oncología esta práctica se realiza en cada habitación donde hay una pileta con pedal y jabón. De no contar con agua y jabón, el lavado de manos se realiza con alcohol líquido o en gel.

En la Sala de Onco, si el niño con quien quieren trabajar está en aislamiento, o si la habitación (que tienen un grupo de cuatro camas) se “aisla” (vale decir, se “limita” la circulación de personas), a esta práctica de lavado de manos suele sumarse el uso de barbijo y a veces el uso de camisolín. El incremento de estas medidas de “seguridad e higiene” está relacionado con el nivel de defensas que tiene el niño (si está “inmunosuprimido” tiene bajas las defensas) para que quien ingresa no lo “afecte”, o bien con la posibilidad de contraer alguna enfermedad por parte de quien ingresa a ver al niño (si hay “enterococo”, “gripe A”, etc.). Muchas veces las maestras no “atienden” a ciertos niños (por ejemplo, éste fue el caso de los niños con “enterococo”) pensando en que en esa jornada al tener que trabajar con otros niños ellas pueden contraer la enfermedad y enfermar a otros niños de la Sala, actuando como “transmisoras”, “vectores” de la enfermedad.

En el patio interno de la Sala de Onco hay carros de curación con elementos disponibles para la “limpieza”, tales como algodón, gasa, alcohol, guantes, así como otros elementos descartables que utiliza el personal del equipo de salud - esta particularidad es propia de las áreas cerradas-. Los materiales disponibles suelen estar ubicados en el patio interno que es de uso común: por ejemplo, si una maestra usa una botella de alcohol y la ingresa a una habitación, luego la vuelve a colocar en algún espacio del patio interno. Por el contrario en otras secciones de internación, “abiertas”, estos elementos sólo están disponibles en el Office de enfermería, o bien son de uso particular (es decir son propios de cada familia).

Cuando las maestras hospitalarias inician el trabajo de la clase, limpian con algodón y alcohol la mesa en la que van a trabajar. Eventualmente limpian los

objetos utilizados o a utilizar por los niños con algodón y alcohol (libros de la biblioteca de la escuela, pinceles, témperas, etc.).

Hay prácticas de atención de la salud de los niños internados realizadas por el equipo de salud en las que la circulación por las habitaciones es interrumpida por el período de tiempo que dicha práctica lleve, por ejemplo, colocar un portacatéter. En estos casos las habitaciones se cierran y quienes quedan dentro no pueden ni entrar ni salir de ahí (sean los niños internados, sus familiares, etc.). Por lo general, las maestras hospitalarias identifican estas prácticas y cuando los familiares que quedan afuera no comprenden por qué no pueden ingresar y/o tratan de ingresar. En el momento si las maestras hospitalarias están afuera de la habitación brindan una explicación a los familiares sobre los motivos del “aislamiento” de la habitación y la “espera” a la que tienen que someterse. Cuando las maestras hospitalarias quedan dentro de la habitación también conversan con los niños internados y los familiares que allí se encuentran, tratando de brindar explicaciones que los tranquilicen ya que normalmente estas prácticas implican situaciones invasivas y dolorosas para los niños internados que suelen impactar en quienes están como testigos y/o acompañantes dentro (y fuera) de la habitación. En estas ocasiones, las maestras hospitalarias realizan una suerte de “consejería”, es decir que acción de comunicación que consiste en informar, explicar, tranquilizar y acompañar a los niños internados y/o sus familias.

La basura también se “clasifica” en la Sala. Hay tachos para residuos patológicos en los que no puede tirarse ningún contenido orgánico (saquito de té, comida, etc.) ya que en esos cestos sólo se tira el material descartable y los elementos utilizados en las prácticas (biomédicas) del equipo de salud (gasas, jeringas, agujas, sueros, sondas, etc. que pueden tener material “orgánico”, por ejemplo, sangre). Esta clasificación es aprendida por las maestras hospitalarias y se hace explícita al momento de merendar o de hacer una actividad en la que se comparta algo para comer.

Estas prácticas de higiene (lavado de manos, colocación de barbijo y camisolín, diferenciación de basura, etc.) deben ser realizadas por todas las personas que participen de lo que sucede en la Sala (equipo de salud, voluntarias, maestras, familiares, etc.). No suele haber tachos de basura para residuos orgánicos en las habitaciones (están afuera, en el pasillo externo).

Hay acciones que no son realizadas más que por el personal de limpieza del Hospital y que si bien pueden irrumpir en el desarrollo de la clase no son vislumbradas como interrupciones. Tal es el caso de la limpieza del piso de las habitaciones que realizan una vez al día los auxiliares de limpieza, que baldean (no barren) y escurren con secador para no levantar polvo y efectuar una “limpieza profunda”. Ocurre lo mismo con la ropa de cama que suele ser manipulada solo por personal del Hospital. Se encuentra un solo tacho para ello, situado en un lugar visible en el pasillo interno.

Los familiares, en general, las madres de los niños, tienen cierta “flexibilidad” en estas prácticas de “higiene”, no siempre utilizan barbijo y camisolín, no se lavan las manos en forma permanente y en general los niños no comparten

objetos que se tengan que limpiar en forma especial. Por ejemplo, en la Sala de Onco si los niños tienen un peluche, ese peluche es lavado y puesto en una bolsa de plástico. Lo que se limpia es la bolsa de plástico y normalmente este tipo de objetos sólo queda al alcance del niño y su familiar, no se comparte con otros niños. Si el niño utiliza una taza para beber, la taza es sólo para su uso. Se limpia porque la taza se ensucia pero la taza no la comparten en ese momento con otra persona. Luego se limpia y puede que otro la utilice pero no es de “uso común” en un mismo momento. La atención en la higiene está puesta en los elementos brindados al niño internado no porque se vayan a prestar a otros sino porque en primer lugar pueden afectar su salud.

“Cuerpo enfermo”, “cuerpo vivo” y “cuerpo vivido”

Los procesos de alterización son substancialmente políticos y pedagógicos ya que nos permiten aprehender una ubicación en el entramado de relaciones sociales en el que nos constituimos como sujetos. En este caso nos encontramos antes dos procesos imbricados, el de la internación hospitalaria (que produce pacientes) y el de la escolarización hospitalaria (que produce alumnos-pacientes). El “cuerpo enfermo” es vislumbrado en forma distinta en el contexto hospitalario y en el escolar hospitalario.

Para el equipo de salud el cuerpo enfermo del niño esta ligado a su cama y a una referencia vinculada al diagnóstico de cáncer (...ah, sí... *H, cama 10, es un neuroblastoma...*), aún cuando se ubique a su quien efectúa los principales cuidados (generalmente, la madre) y se tengan referencias de su vida personal por fuera de los aspectos vinculados a la internación (lugar de residencia, composición familiar, ocupación de los padres, etc.). Las prácticas bio-médicas del equipo de salud radican principalmente en la dimensión “biológica”, “orgánica”, de la enfermedad del cuerpo y se vinculan con lo que podemos denominar un “cuerpo vivo”, que deviene objeto de estas intervenciones (y que de hecho motivan la internación de los niños, dada la continuidad y especificidad de las mismas). Esto lo ilustra el pedido de una médica residente hacia la maestra para que le de clases a una niña en el pasillo interno, “Sacá a Melany de la habitación porque está rígida y moverse le va a hacer bien”. La maestra la “saca” de la habitación (esto es básicamente hacerla levantar de la cama) con ayuda de los padres porque Melany tiene puesta una vía venosa conectada a una bomba de infusión y además tiene dificultades motrices para trasladarse por su “hipertonía”, una gran tensión muscular que rigidiza el cuerpo. El pedido a la médica tiene que ver con “sacar” a “ese cuerpo (biológico)” de un estado fijo e inmóvil.

Para las maestras cada niño tiene un nombre y apellido (también los alumnos “normales” lo tienen), un tipo de carácter, estado de ánimo en general, una predisposición hacia las tareas propuestas por la escuela, en particular). Recuerdan de cada niño quien lo cuida (si la madre, la abuela, la hermana, etc.). Suelen acordarse del nombre y apellido de los niños pero no el de las madres, a las que se refieren como “mamá de...” Cada niño tiene una madre, una familia, una historia (escolar y no escolar previa a su internación) a la que también se trata de conocer. El trabajo escolar hospitalario procura situar en el centro de la tarea al niño internado y a cierta manifestación de su voluntad.¹⁴

De esta manera cobra sentido su “cuerpo vivido”, su estado anímico, su experiencia en torno al proceso de salud-enfermedad-atención, de escolarización, etc. Si bien las prácticas escolares hospitalarias contemplan aspectos vinculados con el “cuerpo vivo” (y “enfermo”, que se tiene), lo trascienden al ubicar la dimensión de la singular experiencia social y subjetiva que atraviesan estos niños en ese contexto, procurando además atender a cuestiones que los vinculan con lo vivido por fuera de un marco hospitalario (por ejemplo, lo escolar). En el caso anteriormente mencionado, mientras Melany hace un dibujo, la maestra va revisando su carpeta, para ver y conversar con ella sobre los contenidos fueron trabajando en su escuela. Melany dibuja y pinta con gran dificultad. La maestra hospitalaria le pregunta si extraña la escuela y ella responde que extraña a sus compañeros.

¿Podés mover el lápiz? ¿Te presto mi mano?... ¿Te llamaron [tus compañeros de la escuela]? ¿Sabes que estás internada? [No hay respuesta de Melany]
¿Escribimos una carta para ellos? Juguemos a que sos mi maestra y escribimos. (Maestra hospitalaria titular)

Estas prácticas, la hospitalaria y la escolar hospitalaria, si bien comparten “efectos normalizadores”, entran en tensión por su forma de interpelar a los niños y sus “cuerpos enfermos”.

Tenemos dificultades para trabajar con los médicos, que no nos incorporan al equipo de salud... Sienten que las maestras se están metiendo en su lugar de trabajo. [Los médicos] interrumpen sin siquiera pedir permiso, mientras que cuando ocurre a la inversa les digo “vengo en un rato!” ...No se ponen en el lugar del otro, no contemplan el lugar del cuerpo, del dolor ajeno, no tienen respeto por la persona. Fue una invasión desde lo corporal, como una violación, acotando que además muchos chicos tienen el cuerpo mutilado. No le anticiparon siquiera qué le iban a hacer y le dije que le pidiera disculpas al nene, no a mí, al nene y que le contara qué le van a hacer. (Maestra hospitalaria titular)

Consideraciones finales

Participar de la escuela hospitalaria nos permite aprehender la dimensión social y simbólica de la construcción del espacio y tiempo escolares. Entender que la corporalidad es la experiencia de ser un cuerpo y de vivir a través del mismo, nos permite comprender el impacto subjetivo que tiene el hecho de que el cuerpo “enferme” y pierda su poder y potencialidad de orientar nuestras acciones y pensamientos (Lawton, 2000). Consideramos que la experiencia escolar-hospitalaria, aunque de manera acotada, posibilita la creación de lazos sociales que desanclan al “cuerpo enfermo” del niño de los límites fijados por el diagnóstico de cáncer, al permitir elaborar activa y colectivamente su padecimiento. Pensamos que la relación que establecen las maestras

hospitalarias con estos niños favorece la re-creación simbólica de ciertas prácticas significativas (como las escolares) ajenas y previas a la internación, en el marco hospitalario; y que a su vez posibilitan trascender el mero “cuerpo vivo”, dando lugar al potencial desarrollo de su “cuerpo vivido”, en un sentido amplio de su constitución subjetiva.

Bibliografía

Carli, s. (2003) *Niñez, pedagogía y política. Transformaciones en los discursos acerca de la infancia en la historia de la educación argentina entre 1880 y 1955*. Buenos Aires: Miño y Dávila.

Citro, S. (2006) “Representaciones de lo corporal entre los Tobas” en *Revista Avà* N.1 - Abril. CABA.

Cohn, C. (2002) “A crianza, o aprendizado e a socialização na antropologia”, en Lopes da Silva, Aracy et al (organizadoras), *Crianças indígenas. Ensaio antropológicos*. San Pablo: Global Editora.

Csordas, T.J. (2001) “El cuerpo: aspectos antropológicos” en *Enciclopedia internacional de Ciencias Sociales y del comportamiento*, Vol. 20.

De Certeau, M. (2000) *La invención de lo cotidiano I, Parte III: Prácticas de espacio*. México: ITESO.

Franco, A. (2007) *La construcción del cuerpo; la constitución subjetiva en el campo de los problemas del desarrollo*. Revista Carta Psicoanalítica, N° 11 – octubre.

Goldman, A. (1998) *ABC of palliative care: special problems of children*. British Medical Journals, Vol 316 – January.

Instituto Nacional del Cáncer de los Institutos Nacionales de EEUU (Acceso 1 de junio de 2011) <http://www.cancer.gov/diccionario/?CdrID=45727>

Kottow, M. (2005) “El cuerpo humano” en *Antropología Médica*. Capítulo 9. Editorial Mediterráneo.

Lawton, J. (2000) *The dying process. Patient's experiences of palliative care*. Londres: Routledge.

Milstein D. y Mendes, H. (1999) *Estudios sobre el orden escolar y la construcción social de los alumnos en las escuelas primarias*. Madrid: Miño y Dávila.

Milstein, D. (2003) *Higiene, autoridad y escuela. Madres, maestras y médicos. Un estudio acerca del deterioro del Estado*. Buenos Aires: Miño y Dávila.

Notas

- ¹ Este trabajo se encuentra en elaboración, en el marco de mi proyecto de tesis de maestría en Ciencias Sociales.
- 2 Los tiempos de internación promedio en esta Sala son de entre dos y tres semanas por el tipo de tratamientos oncológicos.
- 3 Inmunodepresión: debilitamiento del sistema inmunitario del cuerpo y de su capacidad de combatir infecciones y otras enfermedades. (Acceso 1 de junio de 2011) <http://www.cancer.gov/diccionario/?CdrID=45727>
- 4 Este patio o pasillo, era un balcón ya fue diseñado originariamente para atender a pacientes con tuberculosis que necesitaban tomar sol, aunque el Hospital nunca cumplió esa función. Por estos motivos de diagramación inicial a los balcones se sale desde la habitación y su distribución conecta las habitaciones. Actualmente este balcón está cerrado con ventanas corredizas por eso tiene la forma de un patio/pasillo.
- 5 Bombas de infusión: equipo destinado a regular el flujo de líquidos al interior del paciente bajo una presión positiva generada por un medio mecánico. Para los tratamientos de quimioterapia se utilizan las bombas de jeringa. La bomba está adherida a un porta suero.
- ⁶ Los pacientes internados en la sección de pediatría (niños y adolescentes) no tienen permiso para transitar por el hospital si no están acompañados por un adulto/tutor responsable. Además, están bajo la responsabilidad del equipo de salud aún más cuando este adulto/tutor responsable no se encuentra presente. Un paciente pediátrico no puede estar solo en el hospital, la presencia de un adulto es obligatoria.
- 7 Vías venosas, que se utilizan por períodos prolongados para el paso de sueros y medicación líquida, vinculadas a bombas de infusión mediante las que les pasan también los bloques de quimioterapia. En los bebés o niños muy pequeños esto suele ser más complicado y les entablillan la mano para que no se saquen la vía.
- 8 Porta Catéter: es como una vía pero más complejo y se coloca en el tórax, suele ser muy cuidadosos su uso por el riesgo de infección es mayor. Se utiliza porque algunos fármacos de quimioterapia pueden causar daños a los tejidos si se escapan de un vaso sanguíneo. Estos medicamentos se llaman vesicantes y el escape de fluido a los tejidos del cuerpo se llama extravasación. Estas medicinas siempre se administran por vía intravenosa. Una razón para colocar el porta-catéter o la línea central es eliminar el riesgo de extravasación. Sin embargo, puede ocurrir la extravasación aún cuando se usa una línea central, aunque muy rara vez.
- 9 Hay tres maestras: la maestra hospitalaria titular, que es el paralelo a la maestra "de grado" que va toda la semana; una maestra hospitalaria que en realidad tiene el cargo en domicilio pero cuyo puesto la escuela domiciliaria sede para el hospital, también de "grado" que va toda la semana, y la maestra hospitalaria de plástica que sólo va de lunes a miércoles.
- 10 Reunión en Sede: encuentro semanal que se hace en la escuela que funciona como sede, en el que se dialogan aspectos de práctica docente y se realizan procedimientos administrativos con todas las maestras domiciliarias y hospitalarias que pertenecen a la misma.
- 11 Para que les puedan dar clases los niños tienen que estar en edad escolar según la ley vigente e internados por un período de al menos una semana -aunque la ley estipula treinta días corridos-. Además hay un proceso de pases entre escuelas normales y hospitalarias que también es requisito para matricular al niño.
- 12 Se refiere al procedimiento de una punción lumbar.
- 13 Un "lugar", puede ser el mismo, entendido como orden, como cierta de distribución de elementos que coexisten en forma estable, prescrita. Sin embargo, entendido como "espacio", como "lugar practicado", puede no ser el mismo porque depende de la subjetividad de quien lo habita, lo transita, lo experimenta.
- 14 Con el consentimiento de la familia, el niño presta su asentimiento en cada clase para trabajar con la maestra.