

Posiciones identitarias de las niñas y los niños hospitalizados frente a la situación de enseñanza hospitalaria en Perú

Identity positions of hospitalized children in the face of the hospital teaching situation in Peru

JULISSA ANAYA ESPINOZA*

ANDY MORODO HORRILLO**

CRISTA WEISE***

Revista Electrónica Iberoamericana (REIB), Vol. 20, No. 1, (julio de 2026), pp. 120-153.

Fecha de recepción: 20/09/2025. Fecha de aprobación: 15/05/2026

ISSN: 1988 – 0618. DOI: <https://doi.org/10.20318/reib.2026.10599>. ORCID: varios

Resumen

Este estudio explora cómo la situación de enseñanza hospitalaria puede impactar en la identidad de los estudiantes hospitalizados, analizando qué posiciones del yo emergen como respuesta al contexto educativo. A partir de un estudio cualitativo de tipo descriptivo-interpretativo se recoge información a través de técnicas de observación, dibujo identitario y entrevistas semiestructuradas a cinco niños y cinco niñas del Instituto

* Profesora de la Facultad de Educación, Escuela profesional de Educación Inicial de la Univesidad Nacional San Cristóbal de Huamanga (Perú). Doctoranda en Psicología de la Educación, Universidad Autónoma de Barcelona (España). Magíster en Intervención Educativa, Universidad de Navarra (España). Miembro del grupo de investigación SINTE/Identities (UAB). Correo electrónico: Julissa.Anaya@unsch.edu.pe ORCID: 0000-0003-2424-984X

** Profesor del Departamento de Psicología Básica, Evolutiva y de la Educación, Universidad Autónoma de Barcelona (España). Doctor en Psicología de la Educación, Universidad Autónoma de Barcelona (España). Máster Interuniversitario en Psicología de la Educación. Correo electrónico: Andy.Morodo@uab.cat. ORCID: 0000-0002-6640-576X

*** Profesora del Departamento de Psicología Básica, Evolutiva y de la Educación, Universidad Autónoma de Barcelona (España). Doctora en Psicología Educacional. Máster en Psicología de la Educación, Universitat de Barcelona (UB). Máster en Ciencias Sociales con mención en Educación, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Miembro del grupo de investigación SINTE/Identities (UAB). Correo electrónico: Crista.Weise@uab.cat. ORCID: 0000-0003-2491-554X

Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN, Perú). Los resultados indican la intersección de diferentes factores que afectan a las experiencias del estudiante en situaciones de enseñanza hospitalaria. Muestra como la hospitalización interrumpe el camino del aprendizaje del niño y la niña, altera su entorno familiar y confortable y genera sensación de miedo, incertidumbre y desconexión. Las posiciones del Yo que emergen en el contexto hospitalario, principalmente las de “Yo paciente” y “Yo aprendiz”, dialogan, se tensionan y se adaptan en función de los apoyos recibidos y de las estrategias pedagógicas implementadas. Sin embargo, se identifican desafíos que requieren una atención particular para mejorar la experiencia educativa en este contexto.

Palabras clave: Hospitalización; identidad de aprendiz; inclusión educativa; educación hospitalaria; posiciones identitarias.

Abstract

This study explores how the hospital teaching situation can impact the identity of pediatric patients, analyzing the self-positions that emerge in response to the educational context. Based on a qualitative descriptive-interpretative study, data were collected through observation techniques, identity drawings, and semi-structured interviews with six boys and six girls from the National Institute of Neoplastic Diseases (INEN). The results indicate the intersection of different factors that affect patient experiences during hospital teaching situations. It shows how hospitalization interrupts children's learning, alters their familiar and comfortable environment, and presents feelings of fear and uncertainty. The self-positions that emerge function as an adaptation to teaching strategies, the promotion of social interactions within the hospital environment, and the inclusion of parents and caregivers in the educational process, which facilitates their educational inclusion.

Keywords: Hospitalization; learner identity; educational inclusion; teaching strategies.

Sumario

Introducción. I. La pedagogía hospitalaria como espacio para la inclusión y la reconstrucción de la identidad. 1.1. La Teoría del Yo dialógico: un marco para comprender la identidad de estudiantes que están en el hospital. II. Metodología. 2.1. Contexto institucional. 2.2. Participantes. 2.3. Instrumentos de recolección de datos. 2.4. Procedimiento de recolección de datos. 2.5. Análisis de datos. III. Resultados. IV. Discusión. Conclusiones.

Introducción

La educación hospitalaria constituye una respuesta esencial para garantizar la continuidad del proceso educativo en niños cuya condición de salud les impide asistir regularmente a la escuela tradicional¹. Además de permitir el acceso a los contenidos curriculares, esta modalidad contribuye a mitigar desigualdades educativas y a proporcionar apoyo emocional durante el proceso de hospitalización, minimizando así sus efectos adversos sobre el desarrollo integral de los(as) niños(as)². Sin embargo, todavía existen importantes retos en su puesta en marcha, como la falta de políticas educativas concretas, la escasez de recursos didácticos apropiados y la capacitación insuficiente del profesorado en educación hospitalaria³.

Este estudio se fundamenta en dos marcos teóricos complementarios: la pedagogía hospitalaria como campo de práctica e investigación que garantiza el derecho a la educación en contextos de vulnerabilidad, y la Teoría del Yo Dialógico (DST) como marco conceptual para comprender la construcción de la identidad. Esta articulación teórica es innovadora, ya que hasta la fecha no se han encontrado investigaciones que apliquen la DST al análisis de la identidad de niños hospitalizados. Desde una perspectiva metodológica, el estudio adopta un enfoque fenomenológico-hermenéutico que privilegia la voz de los niños mediante técnicas visuales, narrativas y observacionales, reconociendo su capacidad de agencia en la construcción de significados sobre su propia experiencia.

La hospitalización aplica una interrupción que va más allá del ámbito educativo, impactando en muchas áreas de la vida del niño(a)⁴. La inmersión en un entorno hospitalario medicalizado, además de la separación de su entorno familiar y escolar habitual, interrumpe sus rutinas de aprendizaje e impacta directamente en su experiencia

- 1 Olga Lizasoáin Rumeu, "Los derechos del niño enfermo y hospitalizado: el derecho a la educación. Logros y perspectivas", *Estudios sobre Educación*, 9, (2005): 181-192. <https://dadun.unav.edu/server/api/core/bitstreams/1ba8d97c-0d60-4f35-bdd3-ce62f4539890/content>; Aldo González Ocampo, y Olga Rumeu Lizasoáin, "Pedagogía hospitalaria: trayectorias de desarrollo intelectual, conquistas profesionales y desafíos de futuro", *Revista Intersaberes*, 30(13), (2018): 489-508. <https://www.revistasuninter.com/intersaberes/index.php/revista/article/view/1484>
- 2 Ricardo Antonio Gonçalves Teixeira et al., "Educação inclusiva: atendimento educacional em um hospital de tratamen (bagnoli)to ao câncer em Goiás", *Rev EDaPECI*, 1(16), (2016): 178-195, <https://periodicos.ufs.br/edapeci/article/view/5960/pdf>
- 3 Yenel Kubra et al., "Education at hospital with the understanding of "education for all": A case study", *Education and Science*, 207(46), (2021): 149-167, <https://doi.org/10.15390/EB.2021.9503>
- 4 Camilo Salgado Bocanegra, "Miradas de la pedagogía hospitalaria: reflexiones encarnadas de un docente hospitalario". *Infancias Imágenes*, 1(19), (2020): 100-7; Cfr. Olga Lizasoáin Rumeu, *Pedagogía hospitalaria: compendio de una década*, (Madrid: Editorial Sinindice, 2011), 43.

identitaria y en su sentido de pertenencia como aprendiz⁵. Esta transición obligatoria desde la escuela convencional hacia el aula hospitalaria interrumpe la continuidad de sus experiencias educativas, provocando sentimientos de desconexión, confusión e incluso de aislamiento emocional.

En este contexto, la pedagogía hospitalaria se convierte en un ámbito fundamental para potenciar la inclusión educativa. Esta no se entiende únicamente como que el niño participe en actividades escolares, sino también como que tenga el derecho a ser un miembro activo de la comunidad educativa sin importar las condiciones de salud por las que esté pasando⁶.

Asegurar una inclusión educativa efectiva se vuelve indispensable⁷. La educación hospitalaria tiene que ir más allá de la simple continuidad de los aprendizajes y transformarse en una estrategia que ayude al infante a restablecer su relación con el proceso educativo y con su entorno inmediato⁸. Esto necesita métodos pedagógicos que sean sensibles a la experiencia en el hospital, que puedan mantener la identidad del niño(a) como aprendiz y fomentar su implicación en entornos de aprendizaje inclusivos, incluso si estos se llevan a cabo en circunstancias difíciles⁹.

Es necesario adoptar un enfoque teórico que sea capaz de captar la complejidad de los procesos identitarios para entender cómo los niños hospitalizados resignifican su experiencia educativa. Con respecto a este tema, la Teoría del Yo Dialógico (DST, por sus siglas en inglés), introducida por Hermans¹⁰, brinda un marco conceptual de gran utilidad para este objetivo. Esta teoría entiende la identidad como un sistema dinámico de posiciones del Yo (I-positions) que surgen, dialogan y se reorganizan constantemente de acuerdo con las interacciones del individuo con su entorno¹¹. Estas posiciones del Yo se establecen a través de un diálogo continuo entre la autopercepción

5 Antonio Gonçalves Teixeira et al., "Educação inclusiva: atendimento educacional em um hospital de tratamento (bagnoli)to ao câncer em Goiás", ...; Cfr. Aldo González Ocampo, y Olga Rumeu Lizasoain, "Pedagogía hospitalaria: trayectorias de desarrollo intelectual, conquistas profesionales y desafíos de futuro", *Revista Intersaberes*, 30(13), (2018): 489-508, <https://www.revistasuninter.com/intersaberes/index.php/revista/article/view/1484>.

6 Serge Ebersold, *Inclusive education for young disabled people in Europe: trends, issues and challenges*, (Report prepared for the Academic Network of European Disability Experts (ANED), 2011, 23; Cfr. Alfred Rütten, y Pedro Gelius, "Building Policy Capacities: An Interactive Approach for Linking Knowledge to Action in Health Promotion", *Health Promotion International*, 3(29), (2014), 570.

7 Felicia Marie Knaul et al., *Closing the Cancer Divide: An Equity Imperative*, (Cambridge, MA: Harvard Global Equity Initiative, 2013), 31.

8 Salgado Bocanegra, "Miradas de la pedagogía hospitalaria: reflexiones encarnadas de un docente hospitalario", ...; Cfr. Lizasoain Rumeu, *Pedagogía hospitalaria: compendio de una década*,...

9 Sara Bagur, y Sebastián Verger, "Educación Inclusiva y Pedagogía Hospitalaria: las actitudes Docentes Promotoras de la Inclusión". *Revisão de Literatura* 28 (2022): e0140, <https://doi.org/10.1590/1980-54702022v28e0140>

10 Hubert Hermans, "The construction and reconstruction of dialogical self", *Journal of Constructivist Psychology*, 2(16), (2010), 95.

11 Kristina Stoyanova, y Drozdostoy Stoyanov Stoyanov, "Sense of Coherence and Burnout in Healthcare Professionals in the COVID-19 Era", *Frontiers in Psychiatry*, 12, (2021): 709587, <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.709587>

infantil y las voces que recibe de figuras significativas como sus cuidadores, docentes y personal de salud¹².

Los estudios sobre identidad en situaciones de crisis, como la de Weise¹³, han evidenciado que experiencias disruptivas, como la pandemia por COVID-19, motivaron a los profesores a reconfigurar sus posiciones del Yo frente a la incertidumbre, identificando tantas posiciones identitarias que favorecían o dificultaban su adaptación. Esta evidencia indica que los niños y las niñas hospitalizados(as), como los adultos, también afrontan importantes retos identitarios al tener que incorporar nuevas posiciones del Yo en contextos altamente disruptivos¹⁴.

Por ende, esta investigación, es una aportación innovadora al campo de la pedagogía hospitalaria y a los estudios que investigan sobre identidad en la infancia. Se persigue dar visibilidad a sus voces al incorporar la DST en el análisis de las experiencias de los(as) niños(as) hospitalizados, con el fin de lograr una comprensión mas amplia y profunda acerca de gestionan su identidad como aprendices en un contexto caracterizado por la vulnerabilidad y complejidad.

I. La pedagogía hospitalaria como espacio para la inclusión y la reconstrucción de la identidad

Históricamente, la pedagogía hospitalaria se origina a partir de la confluencia entre las necesidades educativas y médicas de los niños que están enfermos. Desde los primeros intentos realizados por pioneros como Montessori Decroly e Itard, se estableció que la atención a los infantes hospitalizados no podía restringirse al tratamiento médico; más bien tenía que incluir una dimensión educativa integral¹⁵. En esta línea, la pedagogía hospitalaria se presenta como una respuesta que tiene como objetivo mantener el desarrollo del niño a nivel personal, social y académico mientras esté el hospital¹⁶.

Este enfoque pedagógico busca no solamente prevenir el rezago escolar, sino también mitigar los efectos emocionales adversos que conlleva la hospitalización,

12 Hubert Hermans, y Agnieszka Hermans-Konopk, *Dialogical self-theory: Positioning and counter-positioning in globalizing society*, (Cambridge University Press, 2010), 335.

13 Weise, Crista et al., "Posiciones identitarias del profesorado frente a situaciones de emergencia social: Aprender en tiempos de crisis", *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 1(28), (2025): 1-13, <https://doi.org/10.6018/reifop.639551>

14 Giuseppina Marsico et al., Educational Contexts and Borders Through a Cultural Lens, In *Cultura Psychology of Education* (Cham: Springer, 2015), 103; Cfr. Carles Monereo, y Hubert Hermans, "Education and Dialogical Self: State of Art", *Journal for the Study of Education and Development*, 3(46), (2023): 445-491, <https://doi.org/10.1080/002103702.2023.2201562>

15 M.ª Isabel Calvo Álvarez, "La pedagogía hospitalaria: clave en la atención al niño enfermo y hospitalizado y su derecho a la educación", *Aula*, 23 (2017): 33-47, <https://doi.org/10.14201/aula2017233347>

16 Olga Lizasoáin Rumeu, *Pedagogía hospitalaria. Guía para la atención psicoeducativa del alumno enfermo*. (Madrid: Síntesis, 2016), 137.

tales como el aislamiento, la ansiedad o la ruptura de conexiones importantes¹⁷. Según lo que sostiene¹⁸, es necesario que la pedagogía hospitalaria debe generar espacios de aprendizaje relevantes, donde la enfermedad no constituya un obstáculo infranqueable para acceder a la educación ni para el desarrollo de la identidad como aprendiz.

Se trata de una pedagogía que, más allá de la simple continuidad académica, considera y reconoce que el derecho a la educación es un elemento fundamental para la calidad de vida del niño hospitalizado. En este sentido¹⁹, enfatiza que es esencial la cooperación entre docentes, familias y personal sanitario, además de una formación específica para enfrentar los desafíos emocionales y cognitivos que conlleva la hospitalización. Esta cooperación no solo ayuda a que el niño se adapte a la situación de ser hospitalizado, sino que además fomenta una transición educativa más fluida y menos fragmentada, manteniendo el sentido de pertenencia del estudiante hacia la escuela escolar del estudiante.

1.1. La Teoría del Yo dialógico: un marco para comprender la identidad de estudiantes que están en el hospital

La DST, según Alsop²⁰ ha sido especialmente efectiva para analizar la configuración de la identidad en situaciones de profunda transformación o crisis. La identidad, acorde a esta teoría, es un entramado dinámico de múltiples posiciones del Yo que se activan y reestructuran cada vez que el individuo se enfrenta a nuevas realidades (Akkerman y Meijer, 2011). Estas posiciones se manifiestan en diferentes contextos, como en el social, el académico o el familiar, y son particularmente propensas a sufrir transformaciones significativas frente a eventos críticos que modifican la cotidianidad²¹, como la hospitalización.

Desde la perspectiva de la DST, en el medio hospitalario, un niño puede transitar simultáneamente entre la posición de “Yo como aprendiz”, si esta involucrado en actividades educativas dentro del hospital, y en la de “Yo como paciente”, cuando sus rutinas están determinadas por su estado de salud y por lo que requiere tratamiento médico. La coexistencia de estas posiciones puede generar tensiones o abrir espacios

17 Julieta Adriana Ramírez Rodríguez, y Noemi Rodríguez Rosas, Pedagogía hospitalaria: un modelo de inclusión educativa que disminuye el rezago educativo. Tesis de Licenciatura, Universidad Pedagógica Nacional de México, 2012, <http://200.23.113.51/pdf/28626.pdf>

18 Alanne Cruz Sousa et al., “Pedagogia Hospitalar: a relevância da atuação do pedagogo”, *Revista Educação e Emancipação*, 3(10), (2018): 241-259, <https://doi.org/10.18764/2358-4319.v10n3p241-259>

19 Marian Serradas Fonseca, “The Approach of Hospital Pedagogy in the Venezuelan Context”, *Aula*, 23 (2017): 121-134, <https://doi.org/10.14201/aula201723121134>

20 Janet Alsop, Discursos de identidad docente: negociando espacios personales y profesionales, Primera edición, (Teacher Identity Discourse, 2006), 68; Cfr. Charles Monereo, *The identity of education professionals: Positioning, training, and innovation*, (Charlotte, NC: Information Age Publishing, 2022), 59.

21 Weise et al., “Posiciones identitarias del profesorado”, 7.

de complementariedad, dependiendo de los recursos personales de afrontamiento del niño y del acompañamiento proporcionado por cuidadores y docentes²².

La reconstrucción de la identidad social del niño(a), incluso en situaciones de pérdida, implica un proceso dinámico en el que, como sostienen²³, las posiciones del Yo se van configurando en función de cómo el sujeto enfrenta y se adapta a los cambios que atraviesa en su vida. Este proceso siempre se desarrolla en diálogo con las voces y perspectivas de las personas significativas o importantes de su entorno. Esta concepción, aunque formulada de manera general y no aplicada específicamente a situaciones de hospitalización pediátrica, es importante para entender cómo los niños hospitalizados podrían integrar las voces externas, como las de los profesionales de la salud, profesores hospitalarios y progenitores, en la construcción o resignificación de su identidad como aprendices durante el tiempo que permanecen hospitalizados.

Desde este enfoque, la educación hospitalaria tiene que ir más allá de simplemente transmitir contenidos curriculares y transformarse en un instrumento que apoye activamente la consolidación de una identidad de aprendiz²⁴. Diseñar estrategias pedagógicas que aprecien y fortalezcan esta dimensión puede impedir que la experiencia médica opaque la trayectoria educativa del niño, contribuyendo a mantener su sentido de pertenencia escolar y su motivación hacia el aprendizaje²⁵. En este proceso, las interacciones diarias con compañeros, docentes y cuidadores son fundamentales para confirmar la identidad del niño(a) como aprendiz y fortalecer su participación en la comunidad educativa.

Cuando hablamos de posiciones del Yo en niños hospitalizados, es fundamental diferenciar entre posiciones internas y externas, cada una con su propia voz y función dentro de un ámbito situado²⁶. Las posiciones internas remiten a las autopercepciones del niño, como se ve a sí mismo como aprendiz o como percibe el proceso de hospitalización. Las posiciones externas, en cambio, corresponden a las voces de las personas importantes en su entorno (la voz de mi madre en mí, la voz del docente en mí, la voz del personal sanitario en mí), que influyen activamente en la construcción de su identidad²⁷.

²² Monereo y Hermans, "Education and Dialogical Self", 460.

²³ Jaan Valsiner, y Alberto Rosa Rivero, *The Cambridge handbook of sociocultural psychology*, (New York: Cambridge University Press, 2007), <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=562492>

²⁴ Monereo, The identity of education professionals: Positioning, training, and innovation....

²⁵ José García, "La relación entre investigación básica y profesión aplicada en la psicología latinoamericana", *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social*, 2(3), (2014): 109-124, https://www.researchgate.net/publication/274638321_Garcia_J_E_2014h_La_relacion_entre_investigacion_basica_y_profesion_aplicada_en_la_psicologia_latinoamericana Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social 3 2 109-124

²⁶ Antonia Badia et al., "Five ways of being a schoolteacher", *Quaderns de Psicologia*, 3(22), (2020): e1563, <https://doi.org/10.5565/rev/qp psicologia.1563>

²⁷ Hermans, *The construction and reconstruction of dialogical self ...*; Cfr. Hermans, y Hermans-Konopk, *Dialogical self-theory: Positioning and counter-positioning in globalizing society...*

Es importante señalar que, hasta la fecha, no se ha encontrado ninguna investigación que aplique la DST al análisis de la construcción de identidad en niños hospitalizados. Por lo tanto, el estudio posibilitará no solo identificar las posiciones del Yo que emergen durante la experiencia hospitalaria, sino también comprender cómo estas posiciones se entrelazan y configuran la narrativa identitaria del niño(a) en este complicado contexto. Así, se proporcionarán aspectos que contribuyan a enriquecer las prácticas educativas en entornos hospitalarios, promoviendo una inclusión educativa auténtica y que respete la diversidad de trayectorias vitales que atraviesan los estudiantes hospitalizados.

Así, nuestro estudio tiene como objetivos:

- Describir cómo los niños vivieron la transición a la enseñanza hospitalaria y qué significado le atribuyen a esta experiencia.
- Identificar las posiciones del Yo que emergen en los niños hospitalizados en relación con su experiencia educativa y desde una mirada de educación inclusiva.

II. Metodología

Este estudio adopta un enfoque cualitativo de carácter interpretativo²⁸, con un diseño fenomenológico²⁹, orientado a explorar en profundidad las experiencias vividas por los estudiantes hospitalizados durante su transición a la enseñanza hospitalaria. Esta aproximación metodológica permite captar los significados que los niños atribuyen a dicha experiencia, así como identificar las posiciones del Yo que emergen en este proceso³⁰.

Desde un enfoque cualitativo interpretativo, se comprendió el dibujo como una forma de expresión estética, simbólica y emocional, capaz de revelar aspectos fundamentales de la vivencia subjetiva de los niños hospitalizados³¹. En este sentido, la interpretación de los dibujos se articuló con los relatos orales generados en torno a ellos, en un proceso guiado por los principios de la *fenomenología hermenéutica* de³². Por ende, esta perspectiva permite acceder al mundo vivido del niño a través de cinco existenciales: cuerpo vivido, relación vivida, tiempo vivido, espacio vivido y cosas

28 Michael Quinn Patton, *Qualitative Research & Evaluation Methods: Integrating Theory and Practice*, 4.^a ed. (Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, 2015), 16.

29 John Creswell, y Cheryl N. Poth, *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*. 4.^a ed. (Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, 2018), 10.

30 *Ibid.*, 95.

31 Anna Bagnoli, "Beyond the standard interview: The use of graphic elicitation and arts-based", *Qualitative Research*, 5(9), (2009): 547-570, <https://doi.org/10.1177/1468794109343625>

32 Van Manen, Max, *Researching Lived Experience: Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*, (Albany: State University of New York Press, 1990), 111.

vividas, que fueron utilizados como guía para organizar y profundizar los significados emergentes.

2.1. Contexto institucional

La investigación se desarrolló en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), ubicado en Lima, Perú, en el marco del Servicio Educativo Hospitalario (SEHO). Esta política pública impulsada por el Ministerio de Educación de Perú busca garantizar la continuidad educativa de niños y adolescentes hospitalizados o en tratamiento ambulatorio. El SEHO, que es parte del INEN, funciona con un enfoque socioemocional y flexible mediante tres formas: actividades en salas de espera, atención en sala-cama y aulas multifuncionales. Todas las actividades se adecuan a la condición clínica de cada estudiante, promoviendo su derecho a la educación sin poner en riesgo su proceso de recuperación.

2.2. Participantes

Los(as) participantes fueron seleccionados(as) de manera intencional en función de su accesibilidad y pertinencia para los objetivos del estudio, siguiendo criterios específicos de inclusión propios de la investigación cualitativa. Se determinaron los siguientes criterios de inclusión: (1) tener entre 8 y 10 años, rango etario que permite una comprensión reflexiva y verbal de sus experiencias; (2) estar hospitalizados por un período mínimo de un mes en la Planta de Pediatría del INEN, lo que garantiza una vivencia significativa del entorno hospitalario; (3) haber asistido previamente a una escuela regular, permitiéndole contrastar su experiencia educativa antes y durante la hospitalización; (4) estar en condiciones físicas y emocionales adecuadas para participar en el estudio; y (5) encontrarse en proceso de atención educativa a través del SEHO.

Tras la aprobación del comité de ética del INEN, se obtuvo el consentimiento informado de los padres o tutores legales, así como el asentimiento verbal de los niños. La muestra final estuvo compuesta por diez estudiantes hospitalizados, cinco niñas y cinco niños. La tabla 1 presenta la distribución de los participantes según sexo y edad. Se utilizaron seudónimos para proteger la identidad de los participantes conforme a los principios éticos de confidencialidad³³ y los datos fueron resguardados en servidores seguros de la universidad correspondiente.

33 United Nations Development Programme (UNDP), *Estrategia de igualdad de género 2023-2025*, (Nueva York: PNUD, 2023), 35.

Tabla 1. Característica sociodemográfica de los participantes.

Participante	Seudónimo	Sexo	Edad	Tiempo hospitalizado
1	Estudiante A1	Varón	8	2 meses
2	Estudiante A2	Mujer	10	2 meses y 9 días
3	Estudiante A3	Varón	10	3 meses y 15 días
4	Estudiante A4	Mujer	8	2 meses y 11 días
5	Estudiante A5	Varón	9	6 meses
6	Estudiante A6	Mujer	10	4 meses con 20 días
7	Estudiante A7	Mujer	9	3 meses y 6 días
8	Estudiante A8	Mujer	10	5 meses
9	Estudiante A9	Varón	8	3 meses
10	Estudiante A10	Varón	10	2 meses y 19 días

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas para el presente estudio (2025).

2.3. Instrumentos de recolección de datos

Para captar las experiencias identitarias de los participantes, se emplearon tres técnicas cualitativas complementarias: dibujo identitario, entrevista semiestructurada y observación participante. El dibujo identitario, basado en la propuesta de Bagnoli³⁴, permitió a los niños representar simbólicamente su autodefinición, emociones, pensamientos y vínculos significativos en el contexto hospitalario.

La entrevista semiestructurada, diseñada con base en estudios previos centrados en estudiantes hospitalizados³⁵, se orientó a explorar en profundidad sus narrativas individuales respecto a la experiencia educativa y emocional vivida durante la hospitalización. Esta técnica se estructuró en dos momentos: una entrevista principal y una segunda, más breve, destinada a aclarar contenidos complementarios emergentes. Finalmente, la observación participante se utilizó para registrar comportamientos no verbales, reacciones emocionales y formas de interacción durante el proceso, enriqueciendo la interpretación del material verbal y gráfico recogido³⁶.

La entrevista se estructuró en torno a cuatro dimensiones principales: (1) experiencia de transición, que exploró cómo vivieron el paso de la escuela regular al contexto hospitalario; (2) identidad como aprendiz, que indaga sobre su autopercepción en relación con el aprendizaje durante la hospitalización; (3) relaciones significativas,

³⁴ Anna Bagnoli, "Researching identities with multi-method autobiographies", *Sociological Research Online*, 2(9), (2004), <https://doi.org/10.5153/sro.909>

³⁵ Barbara Lyn Gálvez et al., "Aesthetic expressions as data in researching the lived world of children with advanced cancer", *Belitung Nursing Journal*, 6(7), (2021): 549-560, <https://doi.org/10.33546/bnj.1884>

³⁶ José García, "La relación entre investigación básica y profesión aplicada en la psicología latinoamericana",...

que identificó las voces y figuras importantes en su experiencia educativa hospitalaria; y (4) emociones y significados, que profundizó en los sentimientos asociados a la enfermedad y al aprendizaje. Las preguntas orientadoras incluyeron: ¿Qué dibujaste?, ¿Por qué decidiste representar esto?, ¿Cómo es aprender aquí en el hospital?, ¿Qué cosas extrañas de tu colegio?, ¿Quiénes son las personas más importantes para ti aquí?, ¿Cómo te sientes cuando haces actividades escolares en el hospital?. Estas preguntas permitieron que los participantes expresaran sus significados a partir de sus experiencias situadas, posibilitando una comprensión más profunda y dialógica del fenómeno estudiado.

La observación participante se realizó adoptando un rol de observador como participante, lo que permitió a la investigadora principal interactuar con los niños durante las actividades educativas sin intervenir directamente en la dinámica pedagógica del SEHO. Las observaciones se llevaron a cabo durante tres tipos de momentos clave: (a) sesiones de actividades lúdico-educativas en las aulas multifuncionales, (b) interacciones durante la realización de los dibujos identitarios, y (c) momentos de transición entre actividades médicas y educativas. Se registraron aspectos como expresiones faciales, lenguaje corporal, interacciones verbales y no verbales con pares, docentes y familiares, así como reacciones emocionales ante los materiales educativos y el entorno hospitalario. Toda la información se documentó en un diario de campo estructurado que incluía: fecha, hora, contexto situacional, descripción de conductas observadas, interpretaciones preliminares y reflexiones metodológicas. Este registro continuo permitió contextualizar las narrativas verbales y gráficas de los participantes, enriqueciendo la comprensión holística de su experiencia.

Triangulación metodológica y objetivos específicos de cada técnica: Cada instrumento tuvo un propósito específico en relación con las preguntas de investigación. El dibujo identitario permitió acceder a representaciones simbólicas y emocionales de la experiencia hospitalaria que a menudo son difíciles de verbalizar, especialmente en población infantil, respondiendo directamente al objetivo de identificar las posiciones del Yo emergentes. La entrevista semiestructurada posibilitó la co-construcción de significados en torno a los dibujos y profundizó en la experiencia de transición educativa, aportando narrativas explícitas sobre cómo los niños vivieron este proceso. La observación participante contextualiza tanto los dibujos como las narrativas verbales, capturando dimensiones no verbales y situacionales de la experiencia. La triangulación se realizó mediante el cruce sistemático de datos: los elementos visuales del dibujo se contrastaron con las explicaciones verbales en las entrevistas y con los comportamientos observados; las narrativas se validaron con las conductas registradas en el diario de campo; y las interpretaciones preliminares se refinaron considerando las tres fuentes de información simultáneamente. Este proceso iterativo permitió construir una comprensión multidimensional y robusta de las posiciones identitarias emergentes.

2.4. Procedimiento de recolección de datos

La recolección de datos se realizó de manera individualmente, en espacios pedagógicos habilitados dentro del hospital; la recolección fue adaptada según el estado clínico de cada niño. El proceso tuvo lugar en tres etapas, distribuidos en varias sesiones.

En primer lugar, se aplicó la técnica del dibujo identitario, en la que los participantes fueron invitados a representar gráficamente su experiencia personal con la siguiente consigna: “Me gustaría que me mostraras en este papel quién eres en este momento de tu vida en el hospital. Si quieres, puedes incluir cómo te sientes, qué piensas y las personas o cosas más importantes para ti ahora”. Esta actividad duró cerca de 45 minutos. En segundo lugar, después de completar el dibujo, se realizó una entrevista semiestructurada. Esta entrevista fue diseñada con el propósito de profundizar en las percepciones que tienen los estudiantes hospitalizados acerca de su producción gráfica, así como explorar su experiencia educativa en el contexto hospitalario.

Las preguntas orientadoras comprendieron: “¿Qué dibujaste?”, “¿Por qué decidiste representar esto?”, “¿Cómo es aprender aquí en el hospital?” y “¿Qué cosas extrañas de tu colegio?”. Esta secuencia posibilitó que los participantes expresaran sus significados a partir de sus experiencias situadas, lo cual permitió una comprensión más profunda y dialógica del fenómeno estudiado.

Todas las entrevistas fueron grabadas con autorización previa. Luego, se programó una segunda entrevista de 30 minutos para clarificar o ampliar temas que surgieron. En tercer lugar, se incorporó una estrategia de observación participante, durante todo el proceso de interacción. Esta observación incluyó aspectos no verbales, expresiones emocionales y comportamientos relevantes, los cuales fueron registrados en un diario de campo que también documentó las circunstancias contextuales y la disposición de los niños para participar.

Dado que algunos participantes recibían tratamientos médicos como quimioterapia o procedimientos quirúrgicos, el cronograma de actividades fue flexible y respetuoso con sus tiempos. La recolección de datos se extendió a lo largo de cuatro semanas, permitiendo un acompañamiento gradual que prioriza el bienestar y la participación voluntaria.

2.5. Análisis de datos

Para responder a la primera pregunta de investigación, ¿Cómo los estudiantes vivieron la transición a la enseñanza hospitalaria y qué significado le atribuyen a esta experiencia?, se llevó a cabo un análisis temático reflexivo³⁷, apoyado en el software ATLAS.ti v.22.

Es importante señalar que las categorías de análisis fueron emergentes, es decir, no se establecieron *a priori*, sino que surgieron inductivamente del material empírico recopilado. Este enfoque responde a la naturaleza exploratoria del estudio y a los principios de la investigación fenomenológica, donde las categorías deben emerger de la experiencia vivida de los participantes en lugar de imponerse desde marcos teóricos

37 Virginia Braun, y Victoria Clarke, “To saturate or not to saturate? Questioning data saturation as a useful concept for thematic analysis and sample-size rationales”, *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 2(13), (2019): 201-216, <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1704846>; Cfr. Virginia Braun, y Victoria Clarke, “Using thematic analysis in psychology”, *Qualitative Research In Psychology*, 2(3), (2006): 77-101, https://www.researchgate.net/publication/235356393_Using_thematic_analysis_in_psychology

preexistentes. El proceso de codificación siguió un movimiento constante entre los datos empíricos y los conceptos de la Teoría del Yo Dialógico, permitiendo que las posiciones identitarias identificadas reflejaran genuinamente la voz y experiencia de los niños hospitalizados. La validación de estas categorías emergentes se realizó mediante la saturación teórica y la triangulación de las tres fuentes de datos (dibujos, entrevistas y observaciones), asegurando que representarán de manera fidedigna el fenómeno estudiado.

Esta primera etapa se centró exclusivamente en los dibujos identitarios realizados por los niños y las narrativas asociadas a ellos. El procedimiento analítico se desarrolló en tres fases integradas: primero, se elaboró una descripción gráfica e interpretativa por cada dibujo identitario, incorporando tanto los elementos visuales como las explicaciones orales proporcionadas por los niños. Este paso respondió al principio de ³⁸ de “dejar hablar a la experiencia”.

Segundo, las experiencias fueron analizadas en función de las cinco dimensiones de la vida vivida propuestas por Van Manen: corporeidad, relacionalidad, espacialidad, temporalidad y materialidad. Tercero, se generaron códigos iniciales que fueron contrastados entre los 10 casos analizados, lo que permitió identificar patrones de recurrencia y temas emergentes transversales.

III. Resultados

3.1. Análisis interpretativo de experiencias individuales

Los resultados de este estudio se presentan en dos niveles complementarios. En primer lugar, expone el análisis interpretativo de cada participante a través de sus dibujos identitarios, narrativas y observaciones contextuales. Este análisis fenomenológico individual permite comprender la singularidad de cada experiencia vivida en el contexto hospitalario. Y, en segundo lugar, desarrolla un análisis transversal que identifica patrones recurrentes, tensiones y posiciones identitarias emergentes comunes a través de los diez casos estudiados.

3.1.1. Experiencias individuales documentadas

A continuación se presentan los diez casos analizados, integrando la descripción visual del dibujo identitario, fragmentos de las narrativas recogidas en las entrevistas y elementos relevantes de la observación participante.

³⁸ Van Manen, Max Van, *Phenomenology of Practice: Meaning-Giving Methods in Phenomenological Research and Writing*, (Nueva York: Routledge, 2016), 202.

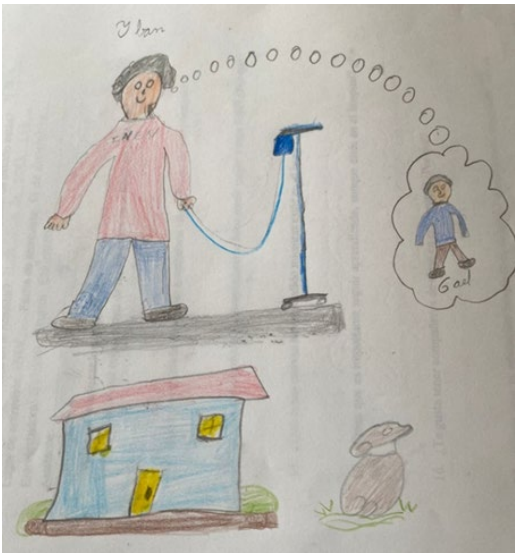


Figura 1. Estudiante A1.

En la figura 1, el niño plasma con trazos coloridos su entorno actual: su hermano, su casa y su querido perro Gody. Sin embargo, un elemento discordante se cuela en la escena: el suero que contiene la quimioterapia. Al explicar su dibujo, el niño llora al mencionar a Gody. Al preguntarle por la razón de su tristeza, el niño revela un profundo temor: “por estar aquí en el hospital mucho tiempo mi perro murió y me da mucho miedo que a mi hermano también le pase algo”.

Tabla 2. Ejemplo de codificación temática a partir del análisis de un dibujo identitario.

Fragmento del relato del dibujo	Código inicial	Categoría de posiciones emergentes	Existencial (van Manen)
“El suero con quimio está ahí”.	Representación del tratamiento.	Experiencia corporal en hospitalización. (Yo como paciente).	Cuerpo vivido.
“Me canso, me siento débil”.	Sensación de agotamiento.	Fragilidad física y emocional (Yo como paciente débil).	Cuerpo vivido.
“Mi mamá me consuela”.	Apoyo emocional.	Presencia de figuras significativas (Yo como hijo consolado).	Relación vivido.
“Extraño mi casa”.	Nostalgia por el hogar.	Ruptura con el entorno familiar (Yo como niño que quiere volver a casa)	Espacio vivido.
“Me gusta la escuela del hospital”.	Valoración positiva del aula hospitalaria.	Aula hospitalaria como refugio (Yo como aprendiz motivado).	Espacio vivido.

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas para el presente estudio (2025).



Figura 2. Estudiante A2

En la figura 2, se muestra una habitación de hospital con dos camas, una de las cuales está ocupada por su madre (“mami”). Esto representa la experiencia de acompañamiento materno que la niña siente durante la hospitalización. Por otra parte, ha titulado su dibujo con la frase: “Si yo estuviera afuera”. Al preguntarle sobre el significado de su dibujo, explica: “Todos los días, después de almorzar, me gusta mirar por la ventana a las personas que salen del hospital. Sueño con que llegue el día en que yo también pueda salir de aquí, como esas personas que se van a casa con sus familias. Debe sentirse muy bonito curarse y no tener que volver al hospital”. También valora el aprendizaje que recibe dentro del hospital. “Sigo aprendiendo a leer y hacer dictados bien con la ayuda de las voluntarias, las señoras del mandil verde”. “A veces me gusta que me traigan juguetes y libros”, agrega, revelando su lado lúdico y su deseo de seguir creciendo intelectualmente.

Tabla 3. Codificación temática.

Fragmento del relato del dibujo	Código inicial	Categoría de posiciones emergentes	Existencial (van Manen)
“Habitación con dos camas, mi mamá está aquí”.	Acompañamiento materno.	Presencia de figura significativa (Yo como hija).	Relación vivida.
“El soporte para suero y todo es diferente”.	Elementos médicos en el dibujo.	Introducción a un entorno nuevo y desconocido (Yo como paciente).	Espacio vivido.
“Sueño con salir de aquí, como las personas que veo por la ventana”.	Anhelos de libertad y normalidad.	Esperanza y resiliencia (Yo como paciente con anhelo de salir del hospital).	Tiempo vivido.
“Sigo aprendiendo con las señoras del mandil verde”.	Aprendizaje en hospital.	Continuidad educativa y apoyo institucional (Yo como aprendiz)	Espacio vivido.
“Me gusta que me traigan juguetes y libros”.	Uso de recursos lúdicos.	Integración de intereses y motivación en el proceso educativo (Yo como niña).	Cosa vivida.
“Si yo estuviera afuera es el título de mi dibujo”.	Esperanza exterior.	Simboliza el anhelo de recuperación y retorno a la vida fuera del hospital (Yo como paciente).	Tiempo vivido.

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas para el presente estudio (2025).



Figura 3. Estudiante A3

En la figura 3, se observan dos figuras principales junto al niño: una mujer identificada como madre y otra con bata celeste identificada como doctora. El niño se encuentra de pie, con una vía de suero conectada a su mano y una expresión facial triste. Está ubicado junto a la doctora. El niño escribió dentro de una nube: *‘Me sentía triste porque no podía caminar’*. La doctora tiene una nube en la que se lee: *‘El paciente ha sido diagnosticado con leucemia’* y la madre tiene una nube que dice: *‘Doctora, ¿lo que tiene mi hijo tiene tratamiento?’*. No se observan elementos escolares, como libros o cuadernos, en la imagen. El entorno representado es cerrado, con paredes y una puerta al fondo.

Tabla 4. Codificación temática.

Fragmento del relato o dibujo	Código inicial	Categoría de posiciones emergentes	Existencial (van Manen)
“Me reprendían por llorar durante el cambio de catéter”.	Procedimientos médicos y reproches.	Vulnerabilidad y castigo institucional (Yo como paciente reprendido).	Cuerpo vivido.
“Me comparaban con un bebé y me amenazaban con pañales”.	Comentarios despectivos de enfermeras.	Falta de sensibilidad y su impacto emocional (Yo como paciente castigado).	Cosa vivida.
“Mi mamá lloraba al verme llorar”.	Reacción de la madre.	Acompañamiento emocional maternal (Yo como hijo)	Relación vivida.
“Quiero salir, aunque me ponga peor”.	Deseo de escapar a costa de la salud.	Desesperación y sensación de falta de control (Yo como paciente desesperado).	Tiempo vivido.
“Me siento solo, extraño a mis maestros y amigos”.	Ruptura de interacciones escolares.	Aislamiento social y desconexión de la identidad de aprendiz (Yo como aprendiz aislado).	Espacio vivido.

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas para el presente estudio (2025).



Figura 4. Estudiante A4.

En la figura 4, se observa a la niña postrada en cama con el suero. Su madre aparece a su lado, físicamente cercana. Asimismo, se registra la separación de la niña respecto a su entorno escolar y social. La niña relata: *‘yo hablo quechua y me da un poco de vergüenza porque aquí no entienden’*, haciendo referencia a su lengua materna en este contexto. De igual forma, señala: *‘No logro terminar con mi trabajo escolar, me canso’*, dando cuenta de su situación académica durante la hospitalización.

Tabla 5. Codificación temática

Fragmento del relato o dibujo	Código inicial	Categoría de posiciones emergentes	Existencial (van Manen)
“Estoy en la cama echada con suero”.	Atención médica constante.	Fragilidad física y dependencia (Yo como paciente).	Cuerpo vivido.
“Mi mamá duerme a mi lado”.	Presencia materna continua.	Apoyo emocional familiar (Yo como hija).	Relación vivida.
“Me siento sola, ya no veo a mis compañeros y maestros”.	Aislamiento escolar.	Desconexión social y académica (Yo como aprendiz aislada).	Espacio vivido.
“yo hablo quechua y me da un poco de vergüenza porque aquí no entienden”.	Barreras lingüísticas.	Inseguridad en la comunicación y desventaja educativa (Yo como hablante excluida).	Cosa vivida.
“No logro terminar con mi trabajo escolar, me canso”.	Rezago académico.	Impacto del aislamiento y la salud en el aprendizaje (Yo como aprendiz con bajo rendimiento).	Tiempo vivido.
“Quiero volver al salón y seguir aprendiendo”.	Anhelos de reintegración.	Esperanza en la inclusión y recuperación de la identidad escolar (Yo como aprendiz motivada).	Tiempo vivido.

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas para el presente estudio (2025).

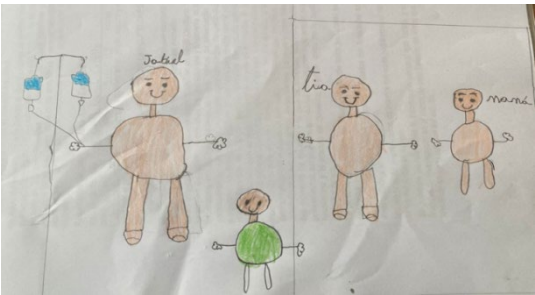


Figura 5. Estudiante A5

En la figura 5, se observa al niño junto a la persona que reconoce como madre (su abuela biológica), su tía y una voluntaria identificada por un mandil verde. La abuela se ubica más lejos del niño que otras figuras familiares. Se registra la interacción entre la abuela y la voluntaria con el paciente durante la hospitalización. El niño manifiesta: *‘La voluntaria con mandil verde juega conmigo’* y *‘Los juegos y actividades me ayudan a seguir aprendiendo’*. Asimismo, expresa: *‘Me dibujé sin cabello y sin pierna, luego las completé’*.

En el dibujo, el niño se representa a sí mismo sin cabello y con amputación de su pierna izquierda. Se observa que inicialmente dibuja a otras personas sin cabello y sin pierna izquierda, completando después. Esta representación gráfica da cuenta de la relación cercana con su cuidadora principal y la presencia de la voluntaria en el espacio hospitalario.

Tabla 6. Codificación temática.

Fragmento del relato o dibujo	Código inicial	Categoría de posiciones emergentes	Existencial (van Manen)
<i>“La abuela siempre me cuida, ella es mi mamá”.</i>	Abuela como figura materna.	Reconocimiento de figuras significativas (Yo como hijo- nieto).	Relación vivida.
<i>“La voluntaria con mandil verde juega conmigo”.</i>	Voluntaria como mediadora social.	Continuidad de relaciones sociales y normalidad (Yo como niño).	Espacio vivido.
<i>“Me dibujé sin cabello y sin pierna, luego las completé”.</i>	Representación realista y proceso de adaptación.	Aceptación de la condición y resiliencia (yo como paciente).	Cuerpo vivido.
<i>“Su presencia me hace sentir seguro y acompañado”.</i>	Apoyo emocional y social.	Importancia del cuidado (Yo como hijo-nieto dependiente).	Relación vivida.
<i>“Los juegos y actividades me ayudan a seguir aprendiendo”.</i>	Actividades lúdicas y educativas.	Recursos para sostener identidad y aprendizaje (Yo como aprendiz).	Cosa vivida.

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas para el presente estudio (2025).

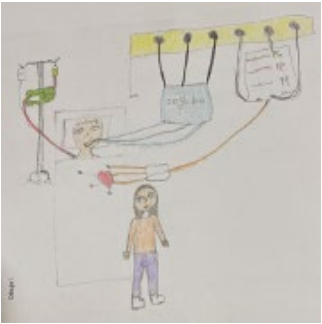


Figura 6. Estudiante A6.

En la figura 6, se observa el dibujo de una niña que plasma su experiencia durante dos meses en la UCI. La imagen muestra elementos como válvulas, suero y equipos médicos presentes en la sala. La niña incluye la figura de su madre. La participante manifiesta: *‘no quiero regresar ahí donde solo se escuchan las máquinas y no se puede comer’*. Además, señala ahora en la sala de hospitalización: *‘Me gusta estar aquí’* para describir su presente en un espacio diferente donde realiza actividades en la mesa o en la cama junto a sus compañeras y voluntarias. Asimismo, expresa: *‘le rezo a diosito para que me cuide mucho y cuide a mi mamá’*. Se registra la comparación gráfica entre la estancia en la UCI y su actual espacio de hospitalización compartido con otras niñas y voluntarias.

Tabla 7. Codificación temática.

Fragmento del relato o dibujo	Código inicial	Categoría de posiciones emergentes	Existencial (van Manen)
<i>“Válvulas, suero y equipos médicos en la UCI”.</i>	Elementos de la UCI.	Fragilidad y entorno médico-tecnológico (Yo como paciente en situación crítica).	Cuerpo vivido.
<i>“Le rezo a Diosito para que me cuide mucho y cuide a mi mamá”.</i>	Expresión de fe.	Fortaleza emocional y espiritual (Yo como creyente).	Tiempo vivido.
<i>“No quiero volver a ese lugar donde solo se oyen máquinas y no puedo comer”.</i>	Rechazo al entorno de la UCI.	Aislamiento y malestar (Yo como paciente con rechazo).	Espacio vivido.
<i>“Ahora trabajo en la mesa o en la cama con mis compañeras y las voluntarias”.</i>	Actividades compartidas.	Apoyo social y normalidad (Yo como aprendiz).	Espacio vivido.
<i>“Me gusta estar aquí y la sala con otros niños”.</i>	Bienestar actual.	Valoración del entorno humanizado (Yo como niña motivada).	Relación vivida.

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas para el presente estudio (2025).



Figura 7. Estudiante A7.

En la figura 7, se observa el dibujo de una niña que se representa junto a su madre. Se registra la referencia al vínculo cercano con su madre. La niña manifiesta extrañar a su abuela, a la escuela y a sus amigas. Expresa: *‘Sentí miedo con la bata blanca, las agujas y el catéter’* para referirse a experiencias médicas previas. Asimismo, señala: *‘Me gusta mi mesita con dibujos y plastilina’* y *‘Los cuentos y el dibujo me ayudan a sentirme mejor’*. Se documenta que utiliza los cuentos, el dibujo y las formas de plastilina como actividades expresivas realizadas en su mesita. dibujos y formas de plastilina es un refugio donde puede explorar su mundo interior.

Tabla 8. Codificación temática.

Fragmento del relato o dibujo	Código inicial	Categoría de posiciones emergentes	Existencial (van Manen)
<i>“Dibujo a mi mamá trabajando duro para mantener a la familia”.</i>	Representación de la madre.	Vínculo de apego y reconocimiento del rol (Yo como hija).	Relación vivida.
<i>“Extraño a mi abuela, la escuela y a mis amigas”.</i>	Añoranza de figuras y rutinas.	Nostalgia por el entorno familiar y social (Yo como niña aislada).	Tiempo vivido.
<i>“Sentí miedo con la bata blanca, las agujas y el catéter”.</i>	Síndrome de la bata blanca y trauma previo.	Miedo y ansiedad ante procedimientos médicos (Yo como paciente con miedo).	Cuerpo vivido.
<i>“Me gusta mi mesita con dibujos y plastilina”.</i>	Espacio creativo.	Herramientas de expresión y afrontamiento (Yo como niña).	Espacio vivido.
<i>“Los cuentos y el dibujo me ayudan a sentirme mejor”.</i>	Uso de narrativas y creatividad.	Estrategias de regulación emocional (Yo como aprendiz).	Cosa vivida.

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas para el presente estudio (2025).

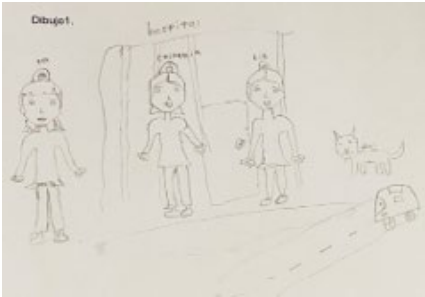


Figura 8. Estudiante A8.

En la figura 8, se observa el dibujo de una niña de 10 años que plasma su historia de hospitalización. Se registra la referencia a un dolor intenso en la rodilla que motivó su traslado desde Ayacucho a Lima.

La niña expresa: *‘Mi rodilla me dolía mucho y me trajeron hasta Lima’*. Señala que se enteró de su diagnóstico a través de su hermana: *‘Mi hermana me dijo que era cáncer en la rodilla’*. Menciona: *‘Vi a mi mamá llorar y me preguntaba por qué lloraba tanto’*. Relata que recibió apoyo de su escuela: *‘Mis amigas me mandaron cartas lindas’* y *‘Mi profesor me hizo una despedida’*. Se registra que permaneció hospitalizada durante cinco meses, continuó estudiando de forma virtual y participó en actividades con voluntarios y clowns.

Tabla 9. Codificación temática.

Fragmento del relato o dibujo	Código inicial	Categoría emergente	Existencial (van Manen)
<i>“Dolor en la rodilla y traslado de Ayacucho a Lima”.</i>	Traslado y tratamiento.	Movimiento geográfico y preocupación médica (Yo como paciente).	Espacio vivido.
<i>“Mis padres lloraban y yo no entendía por qué”.</i>	Angustia parental.	Impacto emocional de la preocupación familiar (Yo como hija desconcertada).	Relación vivida.
<i>“Recibí cartas alentadoras de mis amigas”.</i>	Cartas de apoyo.	Redes de solidaridad y apoyo social (Yo como amiga).	Cosa vivida.
<i>“Mi maestro organizó una despedida especial”.</i>	Despedida escolar.	Reconocimiento y soporte institucional (Yo como aprendiz).	Relación vivida.
<i>“Participé con voluntarios y aprendí muchas cosas”.</i>	Actividades lúdicas.	Continuidad educativa Estrategias de distracción y acompañamiento emocional (Yo como aprendiz).	Espacio vivido.
<i>“Estudié de forma virtual durante cinco meses”.</i>	Educación virtual.	Continuidad del aprendizaje y resiliencia académica (Yo como aprendiz virtual).	Tiempo vivido.

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas para el presente estudio (2025).



Figura 9. Estudiante A9.

En la figura 9, se observa a un niño de ocho años en una sala de aula hospitalaria interactuando con su amiga de la misma edad. Se registra que ambos comparten actividades como resolver rompecabezas y jugar a cartas. El niño manifiesta: *‘Me emociono cuando vienen las voluntarias a enseñarme’* y *‘Prefiero jugar a hacer matemáticas y letras’*. Se indica que se desplaza con autonomía tras la amputación de una pierna. Se documenta que la madre refiere un cambio en el estado de ánimo del niño desde su hospitalización y la relevancia de la amistad con su compañera para motivarse a participar en actividades. El niño señala que extraña a sus hermanos, pero se muestra acompañado por la presencia de su mejor amiga.

Tabla 10. Codificación temática.

Fragmento del relato o dibujo	Código inicial	Categoría de posiciones emergentes	Existencial (van Manen)
“Juego con mi amiga de mi misma edad”.	Relación de pares.	Amistad como apoyo emocional y social (Yo como niño-amigo).	Relación vivida.
“Juego de rompecabezas y cartas”.	Actividades lúdicas.	Herramientas de aprendizaje motivacionales (Yo como niño).	Cosa vivida.
“Me emociono cuando vienen las voluntarias a enseñarme”.	Visitas de voluntarias.	Continuidad Educativa Refuerzo social y estímulo (Yo como aprendiz emocionado).	Espacio vivido.
“Prefiero jugar a hacer matemáticas y letras”.	Preferencia por lo lúdico.	Valoración de métodos alternativos de aprendizaje (Yo como aprendiz).	Espacio vivido.
“Antes era alegre, luego triste, ahora feliz con mi amiga”.	Cambio emotivo a través de la amistad.	Transformación emocional facilitada por la relación (Yo como sujeto emocional).	Tiempo vivido.
“Me muevo solo aun con una pierna, ya me quitaron la otra”.	Autonomía post-amputación.	Resiliencia corporal y autoeficacia (Yo como paciente resiliente).	Cuerpo vivido.

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas para el presente estudio (2025).



Figura 10. Estudiante A10.

En la figura 10, se observa el dibujo elaborado por un niño hospitalizado de diez años. El niño manifiesta dificultad para iniciar su dibujo: *‘No sé por dónde empezar; mi papel está en blanco’*. Expresa inseguridad y solicita ayuda: *‘No me sale muy bien dibujar el cuerpo, quiero que tú lo termines’* y *‘El hombro no me sale bien, hazlo tú’*. Se registra su llanto y frustración: *‘Todo me sale mal’* y *‘No me gusta llorar, pero lloro cuando no me salen las cosas’*. Señala su deseo de perfección: *‘Quiero que el dibujo salga bien. Está fea’*. Además, menciona su situación familiar: *‘Mi mamá está enferma, mi abuelita ya no está, mi padre nunca me visita al hospital’*.

Tabla 11. Codificación temática.

Fragmento del relato o dibujo	Código inicial	Categoría de posiciones emergentes	Existencial (van Manen)
<i>“No sé por dónde empezar; mi papel está en blanco”.</i>	Bloqueo creativo.	Frustración ante la incertidumbre de la expresión (Yo como sujeto bloqueado).	Espacio vivido.
<i>“El hombro no me sale bien, hazlo tú” y “Quiero que tú termines mi dibujo; a mí no me sale bien”.</i>	Borrón repetido Solicitud de ayuda.	Simbolismo de frustración (Yo como sujeto exigente y no resiliente).	Cosa vivida.
<i>“Mi mamá está enferma, mi abuelita ya no está, mi padre nunca me visita al hospital”.</i>	Ausencia de figuras parentales.	Sentimientos de abandono y sustituciones familiares (Yo como hijo vulnerable, no acompañado).	Relación vivida.
<i>“No me gusta llorar, pero lloro cuando no me salen las cosas”.</i>	Llanto e intolerancia al error.	Vulnerabilidad emocional y necesidad de perfección (Yo como sujeto emocional).	Cuerpo vivido.
<i>“Quiero que el dibujo salga bien. Esta fea”.</i>	Dibujo como refugio.	Arte como mecanismo de afrontamiento y control (Yo como sujeto exigente, insatisfecho).	Tiempo vivido.

Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas para el presente estudio (2025).

3.2. Análisis transversal de posiciones identitarias emergentes

A partir del análisis individual de los diez casos presentados, se identificaron patrones recurrentes que permiten comprender las posiciones del Yo que emergen en el contexto de hospitalización. La triangulación de datos provenientes de los dibujos identitarios, las narrativas de las entrevistas y las observaciones participantes reveló seis posiciones identitarias principales que se configuran de manera dinámica y dialógica.

3.2.1. “Yo como paciente”: Entre la vulnerabilidad y la resistencia

Esta posición emergió en todos los participantes, caracterizada por la representación explícita de elementos médicos en sus dibujos (sueros, catéteres, equipos hospitalarios) y narrativas centradas en el malestar físico. Sin embargo, se observaron dos modalidades distintas:

- Modalidad de aceptación resignada (A1, A3, A4, A6): Los participantes expresaron verbalmente y mediante el lenguaje corporal observado (postura encogida, voz baja, evitación de contacto visual) una sumisión al rol de paciente. A3 manifestó: “Me reprendían por llorar durante el cambio de catéter”, evidenciando cómo la institucionalización médica puede generar culpa frente a respuestas emocionales legítimas. Las observaciones registraron momentos de retraimiento durante procedimientos médicos y dificultad para transitar hacia actividades educativas inmediatamente después.
- Modalidad de resistencia activa (A2, A5, A7, A8, A9): Estos participantes, aunque reconocían su condición médica, desarrollaron estrategias de distanciamiento simbólico. A2 tituló su dibujo “Si yo estuviera afuera”, estableciendo una distinción clara entre su yo presente (paciente) y su yo deseado (persona libre). Las observaciones documentaron que estos niños mantenían conversaciones sobre temas no relacionados con su enfermedad durante las actividades educativas, utilizando el espacio del aula hospitalaria como refugio simbólico de la medicalización.

3.2.2. “Yo como aprendiz”: Continuidad identitaria en contexto adverso

La posición de “Yo como aprendiz” emergió con diferentes intensidades según los apoyos recibidos:

- Aprendiz motivado (A2, A5, A7, A8, A9): Estos participantes expresaron explícitamente valoración positiva hacia las actividades educativas. A9 manifestó: “Me emociono cuando vienen las voluntarias a enseñarme”, acompañado de expresiones faciales observadas de anticipación y alegría. Sus dibujos incluyeron elementos escolares (libros, mesas de trabajo, materiales didácticos) y representaciones de interacciones con docentes o voluntarios. Las observaciones registraron participación activa, iniciativa para proponer actividades y persistencia en tareas a pesar del cansancio físico.
- Aprendiz con dificultades de continuidad (A3, A4, A10): Estos casos mostraron tensión entre el deseo de aprender y las barreras contextuales. A4 señaló:

“No logro terminar con mi trabajo escolar, me canso”, mientras que A10 experimentó bloqueo creativo y frustración. Las observaciones documentaron episodios de abandono de tareas, llanto ante dificultades y necesidad constante de validación externa. Esto sugiere que la posición de aprendiz requiere no solo acceso a actividades educativas, sino también condiciones emocionales y físicas que la sostengan.

3.2.3. “Yo como hijo/a”: El vínculo familiar como ancla emocional

Todos los participantes representaron figuras familiares en sus dibujos, pero con significados diferenciados:

- Acompañamiento protector (A1, A2, A4, A5, A6, A7): Las madres fueron representadas físicamente cerca del niño, con gestos de cuidado. A1 expresó: “Mi mamá me consuela”, acompañado de observaciones donde se registró contacto físico constante (tomarse de las manos, abrazos) entre madre e hijo durante las sesiones. Esta presencia materna funcionó como mediadora entre la identidad de paciente y aprendiz, facilitando la transición emocional entre contextos.
- Vínculo con ausencia o conflicto (A3, A10): A10 manifestó: “Mi mamá está enferma, mi abuelita ya no está, mi padre nunca me visita al hospital”, acompañado de dibujos con figuras familiares difusas o ausentes. Las observaciones registraron mayor aislamiento social, dificultad para iniciar interacciones y dependencia excesiva de la investigadora durante las actividades. Esto evidencia cómo la fragilidad del sistema de apoyo familiar intensifica la vulnerabilidad identitaria.

3.2.4. “Yo como niño/a con identidad cultural”: Interseccionalidad en la exclusión

Un hallazgo significativo fue la emergencia de barreras lingüísticas y culturales en el caso de A4, quien expresó: “Yo hablo quechua y me da un poco de vergüenza porque aquí no entienden”. Las observaciones registraron que esta participante hablaba menos que sus pares, utilizaba frases más cortas y mostraba inseguridad al interactuar con personal hospitalario. Su dibujo carecía de elementos escolares, sugiriendo una doble desconexión: de su escuela de origen y del espacio educativo hospitalario. Esto revela cómo las desigualdades estructurales se intersectan con la vulnerabilidad médica, generando exclusión dentro de la propia exclusión.

3.2.5. “Yo resiliente”: Reconstrucción identitaria frente a la adversidad extrema

Dos participantes (A5, A9) que experimentaron amputaciones desarrollaron narrativas de resiliencia explícitas. A5 se dibujó inicialmente sin cabello ni pierna, pero luego “completó” el dibujo, simbolizando un proceso de aceptación y reconstrucción. A9, tras expresar tristeza inicial, manifestó: “Antes era alegre, luego triste, ahora feliz con mi amiga”, evidenciando transformación emocional facilitada por vínculos sociales. Las observaciones documentaron autonomía motriz (A9 se desplazaba sin asistencia), participación en juegos físicos adaptados y actitudes de apoyo hacia otros niños hospitalizados, sugiriendo que la resiliencia se construye no solo individualmente sino en red social.

3.2.6. “Yo espiritual”: La fe como recurso de afrontamiento

A6 expresó: “Le rezo a Diosito para que me cuide mucho y cuide a mi mamá”, acompañado de un dibujo que incluía símbolos religiosos. Las observaciones registraron que esta participante realizaba oraciones antes de procedimientos médicos y durante momentos de malestar. Esta posición identitaria, aunque no fue dominante en el conjunto de participantes, revela la importancia de considerar la dimensión espiritual como recurso de afrontamiento legítimo en contextos de hospitalización pediátrica.

3.2.7. Síntesis: Diálogo y tensión entre posiciones identitarias

El análisis transversal evidencia que las posiciones del Yo no son estáticas ni excluyentes, sino que dialogan, se tensionan y se reorganizan constantemente. Se identificaron tres patrones de relación entre posiciones:

- Patrón 1: Complementariedad dialógica (A2, A5, A7, A8, A9): En estos casos, “Yo como paciente” y “Yo como aprendiz” coexistieron sin tensión aparente. Los participantes transitaban fluidamente entre ambas posiciones, utilizando el espacio educativo como respiro de la medicalización sin negar su condición de salud.
- Patrón 2: Tensión identitaria persistente (A3, A4, A10): Aquí, “Yo como paciente” eclipsó otras posiciones. Las narrativas estuvieron dominadas por el sufrimiento físico y emocional, dificultando la emergencia de “Yo como aprendiz”. Las barreras institucionales (maltrato, barreras lingüísticas, ausencia familiar) impidieron la reorganización identitaria positiva.
- Patrón 3: Transición progresiva (A1, A6): Estos casos mostraron evolución temporal desde una posición inicial dominada por “Yo como paciente” hacia una mayor presencia de “Yo como aprendiz” a medida que la hospitalización se prolongaba y los apoyos educativos se consolidaron.

Este análisis transversal, fundamentado en la triangulación de técnicas cualitativas, demuestra que la identidad de los niños hospitalizados es un sistema complejo donde múltiples voces (propias y ajenas) negocian constantemente su lugar, configurando trayectorias identitarias diversas que requieren respuestas pedagógicas diferenciadas y sensibles al contexto particular de cada estudiante.

IV. Discusión

Los resultados de este estudio apuntan que la hospitalización de los estudiantes constituye una experiencia altamente disruptiva que afecta de manera profunda la identidad y la trayectoria educativa de los niños y niñas. En línea con la Teoría del Yo Dialógico³⁹,

39 Hubert Hermans, *Society in the Self: A Theory of Identity in Democracy*, (Oxford University Press, 2018), <https://academic.oup.com/book/25858>

se observa que la identidad de los estudiantes hospitalizados se configura como un sistema dinámico de posiciones del Yo, en el que emergen, dialogan y se reorganizan tanto la posición de “Yo paciente” como la de “Yo estudiante”. Esta coexistencia, más que, está marcada por continuas negociaciones, adaptaciones, negociaciones y tensiones; estas son provocadas por la medicalización del ambiente, la separación de los entornos familiares y escolares y la aparición de nuevas voces significativas, como las de docentes hospitalarios y personal sanitario.

Estos hallazgos coinciden con investigaciones previas⁴⁰ los cuales enfatizan que la hospitalización interrumpe el proceso de aprendizaje y genera sentimientos de desconexión, temor e incertidumbre. No obstante, este estudio ofrece una perspectiva innovadora al demostrar que, los niños y niñas tienen la capacidad de resignificar su experiencia y reconstruir su identidad como aprendices mediante el uso de estrategias pedagógicas sensibles y el fomento de interacciones sociales en un entorno hospitalario. Para favorecer la inclusión educativa y reducir el impacto emocional de la hospitalización. Resulta fundamental el apoyo de los cuidadores y familiares, además de la participación de profesores especializados.

La integración metodológica de técnicas de observación, dibujo identitario y entrevistas semiestructuradas accedió obtener la complejidad de las voces infantiles y las múltiples posiciones del Yo que emergen en la experiencia hospitalaria. Los dibujos y relatos no solo muestran la tensión entre ser paciente y ser aprendiz, sino también la habilidad de los infantes para adaptarse, negociar significados y mantener la continuidad en su proceso educativo, aun en circunstancias desfavorables. Este enfoque hermenéutico-dialógico, como proponen Monereo, y Hermans⁴¹, resulta especialmente pertinente para comprender la reconfiguración identitaria en contextos de crisis y vulnerabilidad.

Asimismo, resulta pertinente vincular estos hallazgos con las aportaciones de Marsico⁴², quien destaca que los contextos educativos altamente disruptivos generan procesos identitarios marcados por tensiones y resignificaciones constantes, lo que coincide con la experiencia de los(as) niños(as) hospitalizados(as) que deben integrar la posición de “paciente” y la de “aprendiz”. Del mismo modo, Weise y otros⁴³ evidencian cómo, en situaciones de crisis como la pandemia, los actores educativos se ven obligados a reconfigurar sus posiciones del Yo para afrontar la incertidumbre, lo cual refuerza la idea de que los niños en hospitalización también atraviesan dinámicas de adaptación y negociación identitaria frente a la adversidad.

⁴⁰ Camilo Salgado Bocanegra, “Miradas de la pedagogía hospitalaria: reflexiones encarnadas de un docente hospitalario”, *Infancias Imágenes*, 1(19), (2020): 100-7, <https://doi.org/10.14483/16579089.14684>; Cfr. Lizasoáin Rumeu, *Pedagogía hospitalaria: compendio de una década...*; Cfr. Ocampo, y Rumeu Lizasoáin, “Pedagogía hospitalaria: trayectorias de desarrollo intelectual, conquistas profesionales y desafíos de futuro”...

⁴¹ Monereo, y Hermans, “Education and Dialogical Self: State of Art”...

⁴² Marsico et al., *Educational Contexts and Borders Through a Cultural Lens...*

⁴³ Weise et al., “Posiciones identitarias del profesorado frente a situaciones de emergencia social: Aprender en tiempos de crisis”...

De manera complementaria, Stoyanova y Stoyanov⁴⁴, señalan que las posiciones identitarias emergen en un diálogo permanente entre la autopercepción y las voces significativas del entorno. En el caso de la hospitalización, esto se traduce en una interacción complicada entre la vivencia del “Yo paciente” y la construcción del “Yo aprendiz”, que es fortalecida por las intervenciones y acciones de profesores hospitalarios y del personal médico. En sintonía, Monereo y Hermans⁴⁵, subrayan, en concordancia, que la identidad se reorganiza mediante procesos de negociación con nuevas circunstancias vitales; esto se refleja en la capacidad de los estudiantes para resignificar su posición como aprendices aún bajo condiciones adversas.

Asimismo, es esencial tener en cuenta que la hospitalización no se debe entender solamente como factor de disrupción educativa, sino también como una situación en la que se evalúa el ejercicio del derecho a una educación inclusiva. Tal como plantean, Knaul⁴⁶, asegurar el acceso a la educación en situaciones de vulnerabilidad supone superar obstáculos actitudinales, estructurales y simbólicos que tienden a reducirlos a su estado médico, haciéndolos invisibles como aprendices. Siguiendo esta misma línea. En esta misma línea, Ebersold⁴⁷, destaca que la inclusión no puede restringirse al acceso formal a la educación, sino que exige garantizar que cada estudiante participe de manera activa y significativa en la comunidad educativa.

Desde esta perspectiva, la pedagogía hospitalaria, no es simplemente un recurso compensatorio, sino que se convierte en un ámbito más que un recurso compensatorio, se constituye en un espacio de reconocimiento y dignificación al estudiante, donde la continuidad escolar se articula con la preservación de la identidad y el bienestar holística del estudiante. Esta dimensión ética fortalece la necesidad de prácticas pedagógicas colaborativas y sensibles, basadas en corresponsabilidad entre escuela, familia y sistema sanitario, que garanticen trayectorias educativas equitativas y significativas incluso en circunstancias difíciles.

No obstante, la diversidad en las trayectorias y estrategias de afrontamiento observadas entre los participantes demuestra que es necesario implementar intervenciones pedagógicas flexibles y personalizadas, las cuales reconozcan la singularidad de cada experiencia y promuevan la participación activa del estudiante hospitalizado en su aprendizaje. La colaboración entre docentes, familias y los profesionales de la salud, así como la formación específica en educación hospitalaria, se destacan como elementos imprescindibles para una inclusión educativa efectiva.

44 Stoyanova, y Stoyanov, “Sense of Coherence and Burnout in Healthcare Professionals in the COVID-19 Era”...

45 Monereo, y Hermans, “Education and Dialogical Self: State of Art”...

46 Knaul et al., *Closing the Cancer Divide: An Equity Imperative*...

47 Ebersold, Serge, *Inclusive education for young disabled people in Europe: trends, issues and challenges*...

Conclusiones

Este estudio se propuso describir cómo los niños vivieron la transición a la enseñanza hospitalaria e identificar las posiciones del Yo emergentes desde una perspectiva de educación inclusiva. Los hallazgos demuestran que la hospitalización constituye una experiencia disruptiva que reconfigura profundamente la identidad de los estudiantes, pero también revela su capacidad de agencia para resignificar esta experiencia.

Este estudio ha demostrado que cuando los(as) estudiantes son utilizados, se trata de una experiencia profundamente disruptiva. Esta situación no solo impacta la continuidad de su educación, sino también el desarrollo y la redefinición de su identidad como aprendices. Se determinó, mediante la observación participativa, las entrevistas semiestructuradas y el análisis cualitativo de los diez dibujos identitarios, que las posturas del Yo que surgen en el entorno hospitalario (en especial “Yo como aprendiz” y “Yo como paciente”) interactúan. Se ajustan y se tensionan de acuerdo con los apoyos recibidos y las estrategias pedagógicas puestas en marcha.

La evidencia recolectada demuestra que la educación, si se aborda de un enfoque inclusivo y dialógico, tiene el potencial de ayudar a restaurar el sentido de pertenencia a la escuela y la participación activa del niño y la niña en su proceso educativo, incluso bajo circunstancias desfavorables. Para minimizar el impacto emocional que causa la hospitalización y fomentar trayectorias educativas continuas y significativas, es esencial contar con la colaboración eficaz de las familias y el personal sanitario, así como el apoyo de educadores formados en educación hospitalaria. También se requiere poner en práctica estrategias pedagógicas flexibles y adaptadas a cada estudiante.

El análisis comparativo de los casos estudiados revela tres trayectorias identitarias diferenciadas. En primer lugar, seis participantes (A1, A2, A4, A6, A7 y A8) mostraron en un principio que su posición era “Yo como paciente”, la cual se caracteriza por una desconexión del ambiente escolar y una ruptura biográfica. Sin embargo, cuatro de ellos (A2, A6, A7 y A8) lograron transitar poco a poco hacia la posición “Yo como aprendiz” a través de su participación continua en actividades educativas y sus relaciones importantes con profesores, voluntarios y compañeros. Este hallazgo dialoga con la Teoría del Yo Dialógico⁴⁸, mostrando el modo en que las voces externas significativas se internalizan, reorganizan y modifican el sistema de posiciones identitarias.

En segundo lugar, tres participantes (A3, A4 y A10) experimentaron tensiones identitarias duraderas en las que coincidieron varios factores adversos: barreras culturales y lingüísticas, maltrato por parte de la institución, carencia de apoyo familiar y trauma médico iatrogénico. El caso de A4, quien habla quechua, demuestra la manera en que las desigualdades lingüísticas y culturales se cruzan con la vulnerabilidad médica, creando una doble exclusión que persiste aun cuando hay servicios educativos disponibles formalmente. Por ende, estos descubrimientos destacan la

48 Hermans, The construction and reconstruction of dialogical self. 95; Hermans, y Hermans-Konopk, *Dialogical self-theory: Positioning and counter-positioning in globalizing society*, (Cambridge University Press, 2010), 335.

imperiosa necesidad de incluir perspectivas interculturales críticas que vean la diversidad lingüística como un recurso y no como una deficiencia.

En tercer lugar, los Estudiantes A5 y A9 fortalecieron trayectorias resilientes, manteniendo su identidad como aprendices a pesar de las amputaciones. A5 encontró apoyo en actividades lúdicas y académicas con voluntarias, mientras que A9 desarrolló su resiliencia a través de la amistad con una compañera hospitalizada. Esta comparación pone en manifiesto que la variedad en los caminos de afrontamiento no está determinada sólo por la gravedad médica, sino también por la configuración ecológica de factores protectores: conexiones efectivas, intermediarios culturales y oportunidades para participar en comunidades educativas.

Adicionalmente, el análisis temporal, muestra que los estudiantes con hospitalizaciones prolongadas (A5: 6 meses; A6: 4 meses y 20 días; A8: 5 meses) adquirieron una mayor apropiación del entorno hospitalario como contexto de aprendizaje. En cambio, aquellos con hospitalizaciones más cortas (A1, A10: 2 meses aproximadamente) mostraron narrativas dominadas por la nostalgia del entorno anterior. Esto indica que la resignificación de la identidad necesita tiempo subjetivo, posibilidades continuas de una participación significativa y un acompañamiento constante psicopedagógico⁴⁹.

Sin embargo, el estudio muestra que persisten desafíos: es fundamental mejorar la formación especializada de docentes y personal sanitario, asegurar que haya recursos didácticos adecuados y crear políticas públicas que reconozcan a la educación hospitalaria como un campo profesional diferenciado. A nivel metodológico, se identifican limitaciones como el tamaño reducido de la muestra ($n=10$) y la falta de seguimiento longitudinal. Esto indica que es preciso realizar investigaciones posteriores sobre cómo cambian las posiciones identitarias a lo largo de los procesos de reintegración escolar después de una hospitalización, así como estudios comparativos entre contextos institucionales diversos.

A nivel metodológico, se identifican tres limitaciones principales. Primero, el tamaño reducido de la muestra ($n=10$) limita la generalización de hallazgos, aunque es apropiado para la profundidad interpretativa buscada en estudios fenomenológicos. Segundo, la ausencia de seguimiento longitudinal impide conocer cómo evolucionan las posiciones identitarias durante el proceso de reintegración escolar post-hospitalización. Tercero, aunque las entrevistas permitieron acceder a experiencias significativas, un protocolo de entrevista biográfico-narrativo más extenso habría posibilitado una comprensión más profunda de las trayectorias educativas previas y las expectativas futuras de los niños, enriqueciendo el análisis de la transición entre contextos educativos. Estas limitaciones señalan direcciones valiosas para investigaciones futuras.

La contribución principal de esta investigación es poner en relieve que la pedagogía hospitalaria, aportes de mantener la continuidad académica, se convierte en un lugar para la reconstrucción identitaria cuando hay una coordinación efectiva entre los

49 Monereo y Hermans, "Education and Dialogical Self", 460.

apoyos familiares, escolares y sociales. El estudio muestra que, cuando se aplica DST a contextos de hospitalización pediátrica, los niños y las niñas negocian activamente diversas posiciones identitarias, lo cual trastoca nociones pasivas sobre la infancia enferma. Por lo tanto, este estudio contribuye a un entendimiento y una comprensión más profunda de la experiencia educativa hospitalaria y sostiene la importancia de diseñar estrategias pedagógicas inclusivas, sensibles y colaborativas que mantengan la identidad de aprendiz y aseguren el derecho a recibir una educación de calidad, sin importar las condiciones de salud. En última instancia, los hallazgos demuestran que la inclusión educativa auténtica, genuina necesita ir más allá de cumplir formalmente el derecho a educación para convertirse en una práctica ética de reconocimiento, donde cada estudiante sea validado simultáneamente como paciente que necesita cuidado y como aprendiz que merece oportunidades valiosas para su desarrollo integral.

Los desafíos identificados necesitan de formación especializada, recursos didácticos adecuados y políticas públicas robustas emergen como condiciones necesarias pero no suficientes. El hallazgo central es que la reconstrucción identitaria exitosa depende fundamentalmente de la configuración ecológica de factores protectores: vínculos familiares sólidos, mediadores culturalmente sensibles y oportunidades genuinas de participación en comunidades educativas significativas. Futuras investigaciones deberían realizar seguimientos longitudinales para comprender cómo evolucionan estas posiciones identitarias durante y después de la hospitalización, así como estudios comparativos que analicen cómo diferentes contextos institucionales facilitan u obstaculizan estos procesos.

Referencias bibliográficas

- Akkerman, Sanne Floor, y Paulien C., Meijer. "A dialogical approach to conceptualizing teacher identity". *Teaching and Teacher Education*, 2 (27), (2011): 308–319. <https://doi.org/10.1016/j.tate.2010.08.013>
- Alsup, Janet. *Discursos de identidad docente: negociando espacios personales y profesionales*. Primera edición, Teacher Identity Discourse, 2006. <https://doi.org/10.4324/9781410617286>
- Badia, Antonia, Lorena Becerril, Eva Liesa, y Mayoral, Paula. "Five ways of being a schoolteacher". *Quaderns de Psicologia*, 3(22), (2020): e1563. <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1563>
- Bagnoli, Anna. "Researching identities with multi-method autobiographies". *Sociological Research Online*, 2(9), (2004). <https://doi.org/10.5153/sro.909>
- Bagnoli, Anna. "Beyond the standard interview: The use of graphic elicitation and arts-based." *Qualitative Research*, 5(9), (2009): 547-570. <https://doi.org/10.1177/1468794109343625>
- Bagur, Sara, y Sebastián Verger. "Educación Inclusiva y Pedagogía Hospitalaria: las actitudes Docentes Promotoras de la Inclusión". *Revisão de Literatura*, 28, (2022): e0140. <https://doi.org/10.1590/1980-54702022v28e0140>
- Braun, Virginia, y Victoria Clarke. (2006). "Using thematic analysis in psychology." *Qualitative Research In Psychology*, 2(3), (2006): 77-101. https://www.researchgate.net/publication/235356393_Using_thematic_analysis_in_psychology
- Braun, Virginia y Victoria Clarke. (2006). "Using thematic analysis in psychology." *Qualitative Research In Psychology*, 2(3), (2006): 77-101. <https://www.researchgate.net/>

- publication/235356393_Using_thematic_analysis_in_psychology
- Calvo Álvarez, M.^a Isabel. "La pedagogía hospitalaria: clave en la atención al niño enfermo y hospitalizado y su derecho a la educación". *Aula*, 23 (2017): 33-47. <https://doi.org/10.14201/aula2017233347>
- Creswell, John W., y Cheryl N. Poth. *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches*. 4.^a ed. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, 2018. <https://collegetpublishing.sagepub.com/products/qualitative-inquiry-and-research-design-4-246896>
- Cruz Sousa, Alanne, Damare Araujo Teles, y María Perpétua do Socorro Soares. "Pedagogía Hospitalar: a relevância da atuação do pedagogo". *Revista Educação e Emancipação*, 3(10), (2018): 241-259. <https://doi.org/10.18764/2358-4319.v10n3p241-259>
- Ebersold, Serge. *Inclusive education for young disabled people in Europe: trends, issues and challenges*. Report prepared for the Academic Network of European Disability Experts (ANED), 2011. https://www.researchgate.net/publication/289066519_Inclusive_education_for_young_disabled_people_in_Europe_trends_issues_and_challenges
- Escarbajal, Andrés, Salvador Alcaraz, y Carmen M. Caballero. "Evaluación de Prácticas en Educación Inclusiva". *Revista iberoamericana de evaluación educativa*, 1(16), (2023). https://revistas.uam.es/riee/article/view/riee2023_16_1_000
- Gálvez, Barbara Lyn, Waraporn Kongsuwan, Savina Schoenhofer, y Urai Hatthakit. "Aesthetic expressions as data in researching the lived world of children with advanced cancer". *Belitung Nursing Journal*, 6(7), (2021): 549-560. <https://doi.org/10.33546/bnj.1884>
- García, José. "La relación entre investigación básica y profesión aplicada en la psicología latinoamericana". *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social*, 2(3), (2014): 109-124. https://www.researchgate.net/publication/274638321_Garcia_J_E_2014h_La_relacion_entre_investigacion_basica_y_profesion_aplicada_en_la_psicologia_latinoamericana_Revista_Peruana_de_Psicologia_y_Trabajo_Social_3_2_109-124
- Gonçalves Teixeira, Ricardo Antonio, Luanna Kellen Pereira da Silva, Uyara Soares Cavalcanti Teixeira, y Mário José de Souza. "Educação inclusiva: atendimento educacional em um hospital de tratamen (bagnoli)to ao câncer em Goiás". *Rev EDaPECI*, 1(16), (2016): 178-195. <https://periodicos.ufs.br/edapeci/article/view/5960/pdf>
- Herman, Hubert J.M. *Society in the Self: A Theory of Identity in Democracy*. Oxford University Press, 2018. <https://academic.oup.com/book/25858>
- Hermans, Hubert J.M. "The construction and reconstruction of dialogical self". *Journal of Constructivist Psychology*, 2(16), (2010): 89-130. <https://doi.org/10.1080/10720530390117902>
- Hermans, Hubert J.M., y Agnieszka Hermans-Konopk. *Dialogical self-theory: Positioning and counter-positioning in globalizing society*. Cambridge University Press, 2010. <https://www.cambridge.org/core/books/dialogical-self-theory/E480E37D74000D537190CD63EEC-53B9E>
- Kubra, Yenel, Emre Sönmez, Elcin Ayaz, y Fatih Şahin. "Education at hospital with the understanding of "education for all": A case study". *Education and Science*, 207(46), (2021): 149-167. <https://doi.org/10.15390/EB.2021.9503>
- Knul, Felicia Marie, Julie R. Gralow, Rifat Atun, y Afsan Bhadelia, eds. *Closing the Cancer Divide: An Equity Imperative*. Cambridge, MA: Harvard Global Equity Initiative, 2013. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3670448/>
- Lizasoáin Rumeu, Olga. *Pedagogía hospitalaria: compendio de una década*. Madrid: Editorial Sinindice, 2011. <https://www.villamanga.com/es/libro/>

- pedagogia-hospitalaria_8700010014?s-rsltid=AfmBOoqrJldEdH-1talRu3DXa-hNkPPhEiaLlz1kCnJE-tVt-iqEq-q2D8
- Lizasoáin Rumeu, Olga. *Pedagogía hospitalaria. Guía para la atención psicoeducativa del alumno enfermo*. Madrid: Síntesis, 2016. <https://dmc2vm44yioo9.cloudfront.net/07541598-0257-4d8a-8d66-afba5e3b75f3.pdf>
- Lizasoáin Rumeu, Olga. “Los derechos del niño enfermo y hospitalizado: el derecho a la educación. Logros y perspectivas”. *Estudios sobre Educación*, 9, (2005): 181-192. <https://dadun.unav.edu/server/api/core/bitstreams/1ba8d97c-0d60-4f35-bdd3-ce62f4539890/content>
- Manen, Max Van. *Phenomenology of Practice: Meaning-Giving Methods in Phenomenological Research and Writing*. Nueva York: Routledge, 2016. <https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.4324/9781315422657/phenomenology-practice-max-van-manen>
- Marsico, Giuseppina, Virginia Dazzani, Marilena Ristum, y Ana Cecilia De Souza Bastos. *Educational Contexts and Borders Through a Cultural Lens*. Cultura Psychology of Education. Cham: Springer, 2015. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-319-18765-5>
- Monereo, Carles, y Hubert Hermans. “Education and Dialogical Self: State of Art”. *Journal for the Study of Education and Development*, 3(46), (2023): 445-491. <https://doi.org/10.1080/02103702.2023.2201562>
- Ocampo, Aldo González, y Olga Rumeu Lizasoáin. “Pedagogía hospitalaria: trayectorias de desarrollo intelectual, conquistas profesionales y desafíos de futuro”. *Revista Intersaberes*, 30(13), (2018): 489-508. <https://www.revista-suninter.com/intersaberes/index.php/revista/article/view/1484>
- Patton, Michael Quinn. *Qualitative Research & Evaluation Methods: Integrating Theory and Practice*. 4.ª ed. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, 2015. <https://books.google.com.co/books?id=-CM9BQAAQBAJ&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
- Ramírez Rodríguez, Julieta Adriana, y Noemi Rodríguez Rosas. *Pedagogía hospitalaria: un modelo de inclusión educativa que disminuye el rezago educativo*. Tesis de Licenciatura, Universidad Pedagógica Nacional de México, 2012. <http://200.23.113.51/pdf/28626.pdf>
- Rütten, Alfred, y Pedro Gelius. “Building Policy Capacities: An Interactive Approach for Linking Knowledge to Action in Health Promotion”. *Health Promotion International*, 3(29), (2014): 569-582. <https://doi.org/10.1093/heapro/dat006>
- Salgado Bocanegra, Camilo. “Miradas de la pedagogía hospitalaria: reflexiones encarnadas de un docente hospitalario”. *Infancias Imágenes*, 1(19), (2020): 100-7. <https://doi.org/10.14483/16579089.14684>
- Serradas Fonseca, Marian. “The Approach of Hospital Pedagogy in the Venezuelan Context”. *Aula*, 23, (2017): 121-134. <https://doi.org/10.14201/aula201723121134>
- Stoyanova, Kristina, y Drozdoy Stoyanov Stoyanov. “Sense of Coherence and Burnout in Healthcare Professionals in the COVID-19 Era”. *Frontiers in Psychiatry*, 12, (2021): 709587. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.709587>
- United Nations Development Programme (UNDP). *Estrategia de igualdad de género 2023-2025*. Nueva York: PNUD, 2023. <https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2023-05/Estrategia%20Igualdad%20de%20Genero-%202023-2025.pdf>
- Valsiner, Jaan, y Alberto Rosa Rivero. *The Cambridge handbook of sociocultural psychology*. New York: Cambridge University Press, (2007). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=562492>
- Van Manen, Max. *Researching Lived Experience: Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*. Albany: State University

- of New York Press, 1990. <https://archive.org/details/researchinglived0000vanm>.
- Van Manen, Max. *Phenomenology of Practice: Meaning-Giving Methods in Phenomenological Research and Writing*. New York: Routledge, 2016. <https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.4324/9781315422657/phenomenology-practice-max-van-manen>
- Weise, Crista, Eva Bretones-Peregrina, Virginia Martínez-Lozano, y Gonzalo Flores-Aguilar. "Posiciones identitarias del profesorado frente a situaciones de emergencia social: Aprender en tiempos de crisis". *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 1(28), (2025): 1-13. <https://doi.org/10.6018/reifop.639551>