

LA EDUCACIÓN DOMICILIARIA Y HOSPITALARIA EN EL NIVEL **SECUNDARIO**



Ministerio de Educación y Deportes
Presidencia de la Nación

LA EDUCACIÓN DOMICILIARIA Y HOSPITALARIA
EN EL NIVEL
SECUNDARIO



Ministerio de Educación y Deportes
Presidencia de la Nación

Ministerio de Educación y Deportes de la Nación

La educación domiciliaria y hospitalaria en el nivel secundario. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Educación y Deportes, 2016. 56 p. ; 21 x 15 cm.

ISBN 978-987-4059-10-9

1. Calidad de la Educación.

CDD 371.05

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN 05

LA MODALIDAD DE EDUCACIÓN DOMICILIARIA Y HOSPITALARIA EN EL SISTEMA EDUCATIVO 07

Finalidad y objetivos 08

La Modalidad de Educación Domiciliaria y Hospitalaria 09

La Educación Domiciliaria y Hospitalaria como respuesta a un derecho 11

Instituciones de la Modalidad de Educación Domiciliaria y Hospitalaria 12

ADOLESCENTES Y JÓVENES EN SITUACIÓN DE ENFERMEDAD 17

Adolescencias y juventudes. Identidades en plural en el siglo XXI 19

Concepción del proceso de salud-enfermedad 23

Adolescentes en situación de enfermedad 28

La enfermedad y sus impactos sobre la subjetividad: trauma psíquico, duelo y dolor 28

Situaciones de enfermedad y trayectorias escolares 33

Alternativas para la organización de la Educación Domiciliaria y Hospitalaria en el Nivel Secundario 38

El tutor de la Educación Domiciliaria y Hospitalaria 45

A modo de cierre, algunas reflexiones finales 50

BIBLIOGRAFÍA 51

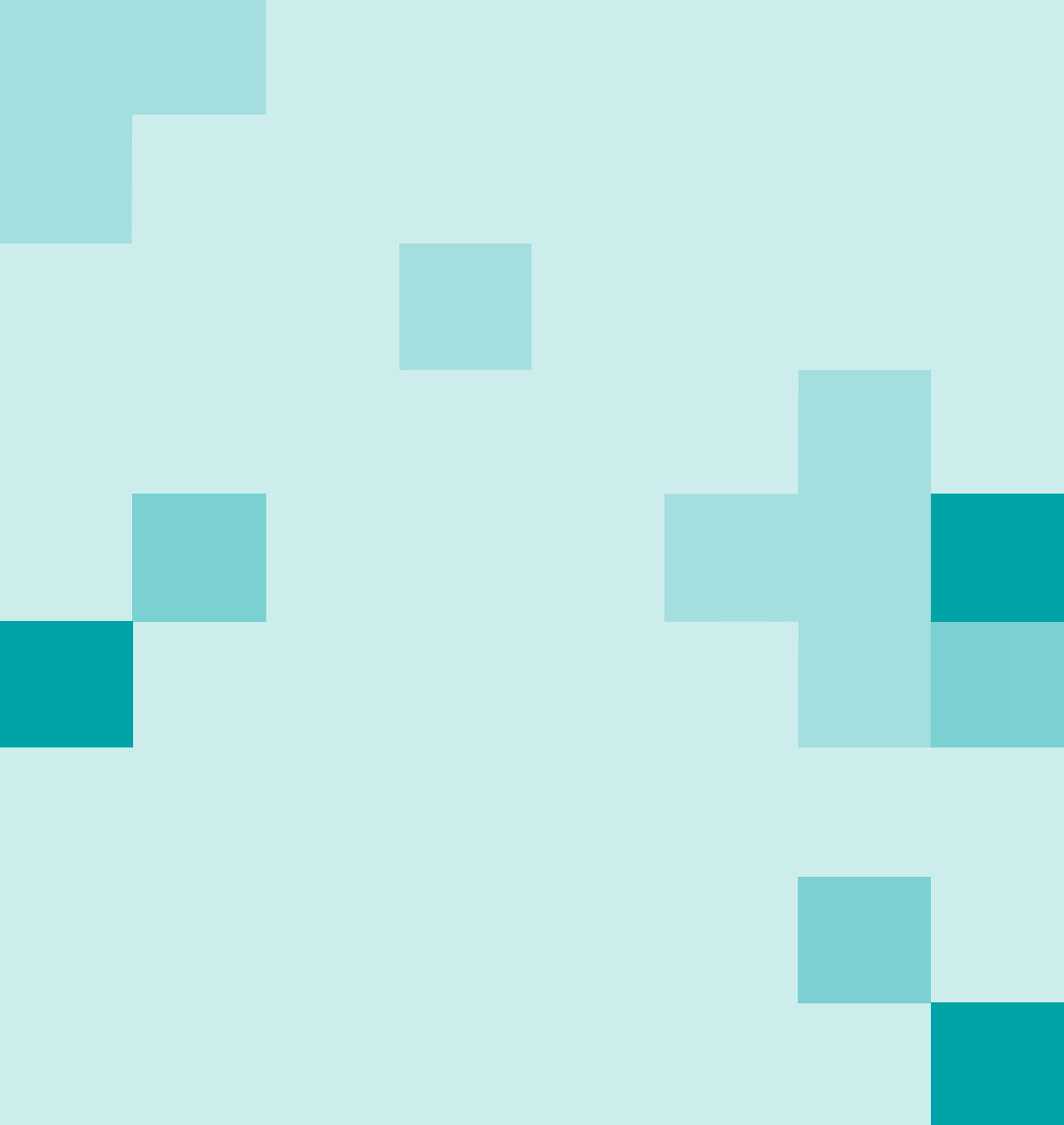


INTRODUCCIÓN

Los alcances de la Modalidad de Educación Domiciliaria y Hospitalaria en el Nivel de Educación Secundaria se desprenden de —y fundamentan en— algunas definiciones acerca de la organización del Sistema Educativo Nacional. Nos referimos especialmente a la Ley de Educación Nacional N° 26.206 sancionada en el año 2006 y a una serie de Resoluciones del Consejo Federal de Educación (CFE):

- N° 202/13 y su anexo (“La Modalidad de Educación Domiciliaria y Hospitalaria en el Sistema Educativo Nacional”).
- N°174/12 (“Pautas federales para el mejoramiento de la enseñanza y el aprendizaje y las trayectorias escolares, en el Nivel Inicial, Primario y Modalidades, y su regulación”).
- N°103/10 (“Propuestas para la Inclusión y/o Regularización de las trayectorias escolares en la Educación Secundaria”).
- N°84/09 (“Lineamientos políticos y estratégicos de la Educación Secundaria Obligatoria”).

Todos estos documentos, cuya lectura promovemos, contienen una serie de lineamientos de política educativa que pretenden organizar diversos aspectos del Sistema Educativo Nacional, garantizando su unidad y articulación. Los puntos centrales de estas normas constituyen elementos necesarios para pensar o repensar los criterios para la organización de la tarea que se desarrolla en las instituciones de nuestra Modalidad. Proponemos entonces, un repaso por aquellos puntos.



LA MODALIDAD DE EDUCACIÓN DOMICILIARIA Y HOSPITALARIA EN EL SISTEMA EDUCATIVO

Los artículos 60 y 61 de la Ley de Educación Nacional 26.206 que definen la Modalidad de Educación Domiciliaria y Hospitalaria establecen que esta se circunscribirá a los niveles obligatorios del Sistema Educativo. Esto es: la sala de 4 años de la Educación Inicial, la Educación Primaria y la Educación Secundaria.

Específicamente pautadas en la ley, estas definiciones no son “sugerencias”, sino líneas políticas a seguir por el conjunto de las jurisdicciones.

La Ley de Educación Nacional amplía las responsabilidades del Estado Nacional ratificando su obligación como garante del derecho a la educación permanente y de calidad para todos los habitantes de la nación. Sus contenidos están claramente orientados a resolver los problemas de fragmentación y desigualdad y a enfrentar los desafíos de una sociedad en la cual el acceso universal a una educación de calidad es un requisito básico para la plena integración social.

La Ley de Educación Nacional ha establecido la Educación Secundaria con carácter obligatorio y de una duración de 5 a 6 años, según la estructura elegida por la jurisdicción.

“La obligatoriedad de la escuela secundaria representa la promesa y apuesta histórica de la sociedad argentina, como en otros momentos lo fue la escuela primaria, para la inclusión efectiva en la sociedad y la cultura de todos los adolescentes, jóvenes y adultos” (Res. CFE N° 84/09).

Al interior del nivel, su estructura se divide en dos ciclos: un ciclo básico, de carácter común a todas las orientaciones, y un

ciclo orientado, de carácter diversificado según distintas áreas del conocimiento, del mundo social y del trabajo.

La Modalidad de Educación Domiciliaria y Hospitalaria se circunscribe a los niveles obligatorios del Sistema Educativo. Es fundamental este criterio ya que define y delimita a nuestros destinatarios.

La implementación de esta Modalidad en el Nivel Secundario es uno de los desafíos más grandes que debemos asumir, ya que desde la aprobación del documento normativo y bajo la responsabilidad que nos asigna la Ley de Educación Nacional, tenemos la obligación de atender a los adolescentes y jóvenes que guardan reposo domiciliario u hospitalario debido a una situación de enfermedad.

FINALIDAD Y OBJETIVOS

La finalidad de esta Modalidad es garantizar el derecho a la educación de los sujetos que, debido a su situación de enfermedad, no pueden concurrir regularmente a la escuela común.

El objetivo de esta Modalidad, expresado en el artículo 61 de la Ley de Educación Nacional, es garantizar la igualdad de oportunidades a los alumnos, permitiendo la continuidad de sus estudios y su reinserción en el sistema común.

Como objetivos específicos, se reconocen los siguientes:

- a) Garantizar el inicio o continuidad de la escolarización en los Niveles Inicial, Primario, Secundario y modalidades respectivas de los sujetos en situación de enfermedad.
- b) Mantener la continuidad de los aprendizajes escolares para asegurar las trayectorias escolares.
- c) Mantener y propiciar el vínculo con la escuela de referencia del alumno, en pos de su reinserción.
- d) Reducir el ausentismo, la repitencia y la deserción escolar provocados por la enfermedad.
- e) Reducir los efectos negativos derivados del aislamiento que produce la enfermedad.

- f) Favorecer los procesos de relación y socialización de los alumnos, necesarios para su desarrollo.
- g) Proyectar al alumno hacia el futuro y la vida.
- h) Resignificar la situación adversa habilitando nuevos aprendizajes que favorezcan la promoción de la salud, la prevención de accidentes o enfermedades y el protagonismo en el cuidado de la propia salud.

LA MODALIDAD DE EDUCACIÓN DOMICILIARIA Y HOSPITALARIA

Para los alumnos del Nivel Secundario que se encuentren atravesando una situación de enfermedad, con la consecuente imposibilidad de iniciar o continuar con su escolaridad como resultado de esa enfermedad, su incorporación a la Modalidad de Educación Domiciliaria y Hospitalaria constituye una estrategia tendiente a resguardar sus trayectorias escolares.

Esta Modalidad tiene el deber de hacer efectivo el derecho a la educación, sostener la escolaridad de los sujetos que han enfermado, invirtiendo el formato tradicional de escuela. En esta Modalidad es la institución la que se dispone a ir en búsqueda de su alumno para resguardar su trayectoria educativa. Para ello llega a contextos situados en instituciones de salud o en los propios domicilios de los alumnos que llevan a cabo su reposo. Por ello, el domicilio y el centro de salud serán los contextos en los que los docentes desarrollaremos nuestra labor.

Es importante resaltar que la enfermedad no es en sí misma una razón para el ingreso a la Modalidad. Un alumno puede padecer una enfermedad sin que necesariamente esta le impida asistir regularmente a la escuela.

El destinatario de la Educación Domiciliaria y Hospitalaria es aquel alumno al cual una situación de enfermedad no le permite ingresar o concurrir regularmente a la escuela.

Es importante tener presente este criterio para evitar exclusiones. Asimismo, en el documento normativo de la Modalidad,

se especifican situaciones que no justifican la intervención de la EDyH.

Analicemos las implicancias que se desprenden de la definición de la Modalidad de Educación Domiciliaria y Hospitalaria:

[...] es la Modalidad del Sistema Educativo, en los Niveles de Educación Inicial, Primaria y Secundaria, destinada a garantizar el derecho a la educación de los/as alumnos/as que, por razones de salud, se ven imposibilitados/as de asistir con regularidad a una institución educativa en los Niveles de la educación obligatoria”. (Art. 60 de la Ley de Educación Nacional).

Esta definición:

- Ubica a la Educación Domiciliaria y Hospitalaria en el campo de la educación, esto es, destaca su función educativa por sobre la complementaria a las prácticas médico-asistenciales.
- Circunscribe la Modalidad a la escolaridad obligatoria, destacando su pertenencia a los niveles, su transversalidad en relación con estos y con las demás modalidades, a fin de mantener las trayectorias escolares en sus múltiples formas de atravesar la experiencia educativa.
- Define como destinatario de la Modalidad, a un “sujeto en situación de” enfermedad, lo que le confiere a esta situación el carácter de suceso inherente a la vida, de mayor o menor complejidad y duración, pero que no es equivalente a todo su ser, ni marca su destino. El uso de esta terminología no es caprichoso: el modo en que nombramos las cosas está cargado de supuestos. En este caso hablar de “sujeto en situación de enfermedad” implica mirar la enfermedad como una contingencia, no como esencia del sujeto.
- Centra su especificidad en un sujeto del aprendizaje del sistema educativo formal, que atraviesa una situación de enfermedad que no le permite ingresar o concurrir regularmente a la escuela. Se evita, de esta manera, hacer de la enfermedad una razón en sí misma para el ingreso en la Modalidad. La mirada debe orientarse hacia el sujeto en situación de enfermedad, impedido de ir a la escuela, y no hacia el contexto en el que se encuentra.

Para pensar

La especificidad de la Modalidad es sintetizada por los términos: sujeto-situación de enfermedad- impedido de asistir a la escuela. Reconoce las particularidades de los contextos en los que se encuentra el alumno, su incidencia sobre los aprendizajes, pero no desplaza el eje puesto en el sujeto del aprendizaje hacia los contextos. De manera que lo que se denomina “paciente” en los contextos sanitarios, se constituye en “alumno” para el sistema educativo.

Designaciones tales como “alumno-paciente” o similares no corresponden al sujeto de la educación al cual están destinadas las acciones de esta Modalidad. El término “paciente” denota pasividad, sugiere una posición de objeto frente a las intervenciones médicas. El paciente espera (con paciencia) recuperar su salud, ser curado, o que su dolor sea mitigado. Se trata de un concepto propio del campo de la salud. El reconocimiento de ese sujeto en su calidad de alumno lo posiciona en tanto sujeto que aprende, que es, necesariamente, un sujeto activo.

LA EDUCACIÓN DOMICILIARIA Y HOSPITALARIA COMO RESPUESTA A UN DERECHO

La educación es un derecho humano fundamental ya que posibilita ejercer plenamente la ciudadanía y hacer efectivos otros derechos de carácter individual, social y cultural.

Considerar a los adolescentes como sujetos de derecho desde el ámbito educativo implica garantizar el acceso, la permanencia y el egreso del sistema educativo. Para ello es necesario asegurar la oferta de distintas opciones organizativas y formatos

institucionales que permitan transitar su escolaridad dando cumplimiento al derecho a la educación.

A pesar de ello, la exclusión de los alumnos que transitan una situación de enfermedad que requiere que estén hospitalizados o en reposo domiciliario persiste, amparada en la falta de conocimiento o en las prácticas con fundamentos que encubren tal exclusión.

En este sentido, los docentes que se desempeñan en la Modalidad asumen, con la toma misma del cargo, el compromiso de hacer efectivo el derecho a la educación de sus alumnos, resguardando las trayectorias escolares. Por ello las propuestas de carácter pedagógico no son una elección entre otras (terapéuticas, recreativas, sociales).

INSTITUCIONES DE LA MODALIDAD DE EDUCACIÓN DOMICILIARIA Y HOSPITALARIA

Para el desarrollo de esta tarea educativa la Modalidad cuenta con distintas instituciones.

Cada una de las jurisdicciones ha ido generando distintos formatos o dispositivos para la escolarización de los niños y jóvenes en situación de enfermedad. De este modo es posible encontrar distintas formas organizativas que asumen dos formatos básicos: **escuelas** y **servicios educativos**.

Como mencionamos anteriormente, es en estos contextos o ámbitos donde la Modalidad permite dar continuidad a las trayectorias educativas de los alumnos que atraviesan por una situación de enfermedad. Según las experiencias recogidas a lo largo del país, la organización de la Modalidad se realiza a través de dos modelos de intervención: **“escuelas”** y **“servicios”**, los cuales institucionalizan la acción educativa.

Definimos entonces, como una forma de buscar unidad de criterios:

- **Educación domiciliaria:** comprende la atención educativa de los sujetos que se encuentren en reposo domiciliario por atravesar una situación de enfermedad que les impide concurrir a una escuela, iniciando o continuando la escolaridad obligatoria. El hogar de cada alumno se constituye en un aula escolar domiciliaria, donde el docente llevará a cabo su escolarización.
- **Educación hospitalaria:** comprende la atención educativa de los sujetos que se encuentran internados en los efectores de salud tanto públicos como privados, iniciando o continuando la escolaridad obligatoria.

En estos ámbitos, la modalidad permite dar continuidad a las trayectorias educativas de los alumnos que atraviesan por una situación de enfermedad, mediante sus modelos de organización denominados “**escuelas**” y “**servicios**”, que institucionalizan la acción educativa.

Se designan como **escuelas**, los establecimientos educativos que cuenten con una estructura orgánico-funcional que responda a las pautas reglamentadas por el Poder Ejecutivo provincial para cada uno de los niveles y modalidades. Están dotadas de autonomía pedagógica y administrativa y su especificidad institucional refiere a los fines y objetivos propios de la Modalidad.

Estas escuelas pueden ser:

- **escuelas hospitalarias y domiciliarias:** son los establecimientos educativos designados como tales que cuentan con aulas hospitalarias y domiciliarias, y que llevan a cabo la escolarización de los sujetos que cursan los niveles obligatorios, contando con una sede o espacio físico que podrá estar emplazada dentro del hospital de referencia o en otro edificio.
- **escuelas hospitalarias:** son los establecimientos educativos designados como tales que llevan a cabo la escolarización de los sujetos que cursan los niveles obligatorios, internados en los efectores sanitarios, contando con un espacio físico o aula hospitalaria dentro de ese espacio, para la organización y desarrollo de la tarea.

- **escuelas domiciliarias:** son los establecimientos educativos que llevan a cabo la escolarización de los sujetos que cursan los niveles obligatorios y que se encuentren en reposo domiciliario, contando con una sede administrativa o espacio físico para la coordinación y organización de la tarea.

Se designan como **servicios educativos** aquellas ofertas organizativas que no se encuadran dentro del formato de **escuelas**, y se conforman como opciones educativas que llevan a cabo la escolarización de los sujetos que cursan los niveles obligatorios y que se encuentren internados en efectores de salud o que cumplan reposo domiciliario. Cada jurisdicción podrá definir la dependencia pedagógica y administrativa de estos servicios. Se propone que puedan depender de una escuela propia de la Modalidad, de una escuela de los niveles o de una escuela de otra modalidad si el perfil de los alumnos lo requiriese, siempre en articulación con el organismo específico de la Modalidad en el nivel central del Ministerio de Educación provincial. Los servicios educativos pueden ser:

- **servicios educativos hospitalarios:** se designan como tales aquellas ofertas educativas que llevan a cabo la escolaridad de los sujetos que cursan los niveles obligatorios de la escolaridad y se encuentran internados en los efectores sanitarios. Estos servicios dependen en lo orgánico-funcional de una escuela base del nivel y/o modalidades.
- **servicios educativos domiciliarios:** se designan como tales aquellas ofertas educativas que llevan a cabo la escolaridad de los sujetos que cursan los niveles obligatorios de la escolaridad y se encuentran en reposo domiciliario, acorde a estricta prescripción médica. Estos servicios educativos dependen en lo orgánico-funcional de una escuela del nivel y/o modalidades.

Cada jurisdicción organiza el funcionamiento de la Modalidad en su territorio, acorde al diseño derivado de sus características poblacionales, geográficas, sanitarias y epidemiológicas, a fin de incluir a todos los alumnos que requieran de la Educación Domiciliaria y/u Hospitalaria. La conformación de los esquemas

de funcionamiento en cada una de las provincias también está directamente relacionada con el recorrido que ha realizado la Modalidad en el sistema educativo local. De esta forma, múltiples factores conforman los distintos formatos organizativos que pueden encontrarse a lo largo del país.



ADOLESCENTES Y JÓVENES EN SITUACIÓN DE ENFERMEDAD

Como ya vimos, la Modalidad de Educación Domiciliaria y Hospitalaria contempla la atención escolar de niños y adolescentes en situación de enfermedad. Por la especificidad misma del sujeto que atraviesa por una enfermedad o convalecencia, la praxis docente se encuentra atravesada por una serie de exigencias y desafíos que exceden la dimensión de los aprendizajes y de la continuidad en la escolarización.

Y en virtud de que este quehacer se encuentra en el entrecruzamiento de discursos, saberes y prácticas que articulan el campo de la educación con el de la salud, requiere de una conceptualización consistente e integradora de los diversos aspectos de la subjetividad que se encuentran involucrados.

Aquí nos introduciremos con mayor profundidad en la perspectiva de la subjetividad de los adolescentes y jóvenes, que son los destinatarios de nuestra tarea. Esta aproximación nos ayudará a comprender mejor los múltiples efectos de la enfermedad, la convalecencia, la eventual discapacidad consecuente a un accidente, el dolor orgánico, las intervenciones médicas y los tratamientos prolongados, en tanto constituyen ocasiones de sufrimiento.

Los docentes que van al encuentro de estos alumnos, ya sea en los efectores sanitarios como en sus domicilios, lo hacen con la finalidad primordial de transmitir contenidos conceptuales y procedimentales correspondientes a la educación formal. Ante todo, el objetivo primordial que orientará su accionar será garantizar la continuidad de la escolaridad mientras él / ella no pueda ir a la escuela. Su foco estará puesto en que logre aprendizajes

equivalentes a los que obtienen sus compañeros, facilitando la posterior reinserción en la escuela a la que asistía hasta el momento en que enfermó y dejó de hacerlo.

Pero, también, los docentes que trabajan en esta modalidad acompañan estas situaciones vitales dolorosas por las que están atravesando los adolescentes y jóvenes. Veremos luego cómo este acompañamiento se materializa, y de qué modos las intervenciones pedagógicas contribuyen a hacer más llevaderos el dolor y la soledad.

Para abordar la particularidad de las trayectorias educativas de los adolescentes y jóvenes en situación de enfermedad tendremos que tomar en consideración dos aspectos fundamentales. Por una parte, establecer las modalidades de producción de subjetividad que los caracterizan (significaciones, estilos de pensamiento, valores, ideales, códigos, modos vinculares dominantes en función de los imaginarios sociales imperantes). Esto requiere no perder de vista que la enfermedad es una condición o circunstancia vital que no concentra toda la experiencia subjetiva de nuestros alumnos y alumnas. Ellas y ellos poseen características que son propias de todos los adolescentes que comparten el mismo contexto histórico-cultural (en ese sentido, “son como los demás”, en una expresión más coloquial).

Por otra parte, sí es necesario particularizar la situación por la que atraviesan estos adolescentes tratando de identificar cómo incide el enfermarse en su subjetividad (impacto del diagnóstico, pronóstico y tratamiento, efectos sobre la vida familiar, necesidad de internación u hospitalización, limitaciones concretas, entre otros).

La exigencia de un abordaje pedagógico adaptado y situacional es coherente con el compromiso, expresamente establecido en la Ley Nacional de Educación 26.206, de garantizar el ejercicio del derecho a la educación de todos y todas en condiciones de igualdad. La Modalidad de Educación Domiciliaria y Hospitalaria constituye, por lo tanto, un espacio privilegiado para la concreción

de este reconocimiento desde una perspectiva inclusiva y para asumir con convicción la necesaria construcción de ciudadanía de nuestros jóvenes.

ADOLESCENCIAS Y JUVENTUDES. IDENTIDADES EN PLURAL EN EL SIGLO XXI

Hemos visto que los adolescentes en situación de enfermedad no son particularmente distintos del resto. Más allá de la diferencia que comporta la circunstancia por la que atraviesan, podemos encontrar códigos, significaciones, modos de pensar, sentir y vincularse que se corresponden con los dominantes en la cultura de pertenencia.

Por eso nos interesa no reducir la experiencia subjetiva al proceso de enfermar. La enfermedad es una situación por la que cada individuo atraviesa pero que no compromete todas las dimensiones de su vivencia personal ni explica por sí misma todo lo que puede sentirse, pensarse o fantasearse. La subjetividad es más rica y compleja y, si bien la enfermedad comporta una vicisitud que produce efectos, sus condiciones no son determinantes de toda la estructuración subjetiva. Esto hace que si nos detenemos a observar a estos adolescentes los veremos compartiendo características generales del grupo etario, cultural y social al que pertenecen.

Si bien es verdad que los adolescentes no pueden en ninguna época ser descriptos como un solo tipo, también es verdad que para los distintos autores que analizan la etapa se va configurando un modelo, por lo menos de aquel tipo considerado representativo.

Hubo un tipo de adolescente moderno descripto como un individuo apasionado, erotizado, descontrolado, malhumorado, competitivo, voluble, expectante del futuro, noble, omnipotente, exaltado.

La adolescencia debía realizar como tarea propia una serie de duelos, entendidos como el conjunto de procesos psicológicos que se producen normalmente ante la pérdida de un objeto amado, que conllevan a renunciar al objeto. El duelo supone tres etapas: negación (se rechaza la idea de la pérdida), resignación (se admite la pérdida) y desapego (se renuncia al objeto y se produce la adaptación a la vida sin él).

Clásicamente se identifican tres duelos por los que tiene que atravesar el adolescente para convertirse en adulto.

El duelo por el cuerpo infantil: el adolescente sufre cambios rápidos e importantes en su cuerpo, que a veces llega a sentir como ajeno.

El duelo por el rol y la identidad infantiles: el adolescente se ve obligado a renunciar a la dependencia y a una aceptación de nuevas responsabilidades. Una identidad adulta debe configurarse y esto provoca angustia.

El duelo por los padres de la infancia: el adolescente debe ir renunciando a su protección, a sus figuras idealizadas y por ende aceptar sus debilidades y reconocer su envejecimiento.

La posmodernidad ofrece una vida “soft”, emociones livianas, todo debe transcurrir suavemente, sin dolor, sin drama, como sobrevolando la realidad. Es válido preguntarse entonces si en este contexto hay lugar para los duelos, en la medida que estos suponen crisis serias, tristeza y esfuerzos para superarlos.

En la posmodernidad cambia el estatus del cuerpo adolescente, que antes no era admirable (cara llena de acné, cuerpo desproporcionado, etc.), pero se vuelve ahora un ideal a alcanzar y mantener, por ser considerado un momento de perfección (atlético, ágil, cabello abundante, piel fresca, etc.). Si la juventud fue en la modernidad un “divino tesoro”, porque duraba poco, ahora se intenta conservar ese tesoro el mayor tiempo posible. Mucha ciencia y mucha tecnología están puestas al servicio de este objetivo, con la promesa de mantener la juventud en cuerpo y alma.

Ser niño significa ser dependiente, refugiarse en la fantasía en

vez de hacerlo en la realidad, buscar logros que satisfagan sus deseos primitivos y que se obtengan rápidamente, jugar en vez de hacer esfuerzos. Para el adolescente posmoderno no resulta imperioso abandonar estas características, sino que estas se avalan y justifican socialmente. Podrá seguir actuando y deseando como cuando era niño, de modo que no habrá aquí un duelo.

Los padres de la infancia son en la posmodernidad quizás los únicos “adultos” que se encuentran a lo largo de la vida, pero al ir creciendo se descubre que detrás de cada adulto subsisten algunos aspectos inmaduros, impotencia, errores. Este duelo significa des-idealizar, rearmar las figuras paterna y materna para pasar a ser hijo de simples seres humanos.

Los adolescentes parecen ser, para ciertos discursos de la cultura, un verdadero “problema actual” que perturba y amenaza un determinado estado de cosas. Las representaciones e ideales compartidos, que durante un período permitieron una comprensión de esta etapa vital, se han perdido, se anulan las certezas y se incrementa la impotencia ante situaciones que parecen poner en riesgo al conjunto social: violencia, trastornos psíquicos precoces, perturbaciones en el aprendizaje, adicciones, transgresiones, paternidad y maternidad a edades tempranas.

La multiplicidad, heterogeneidad y fragmentación en las representaciones de la adolescencia conforman un mosaico donde subsisten tanto “subjetividades hegemónicas” (más acordes con los discursos dominantes tradicionales de la modernidad) como “alternativas”, que nos hacen pensar en diversidad de jóvenes, en variados recorridos, tránsitos o trayectorias.

Las grandes tareas psíquicas de las adolescencias son indudablemente arduas: constituir una identidad, explorar los modos de relación con el semejante, ensayar la inserción en el mundo adulto, consolidar un progresivo desasimio de la autoridad parental, organizar la sexualidad y construir los cimientos de un proyecto personal. Todas ellas comportan un trabajo que implica grandes esfuerzos, procesamientos y elaboraciones psíquicas muy complejas, que requieren de tiempo y de espera. Por eso,

sobre todo en Occidente, se ha identificado a la adolescencia con un período de prórroga o moratoria psicosocial que la cultura habilita, un cierto permiso o licencia en que el sujeto va haciendo el costoso trabajo de conformar sus propias escenas, de producir sus propias palabras, de encontrar sus referentes e identificar sus deseos. Y no es extraño que estos avatares tan complicados generen en los otros, y especialmente en los adultos –padres, educadores– múltiples enigmas y preocupaciones, muchas de los cuales están enlazados con las propias experiencias que han tenido durante su adolescencia.

Igualmente, conviene tener en cuenta que a los y las adolescentes actuales, además de las tareas psíquicas tradicionales, se les agregan otros obstáculos característicos de la época en la que nos encontramos. Aun cuando se haya producido en nuestro país una modificación del modelo social y del paradigma cultural en los últimos años, persisten los efectos de un traumatismo histórico que condujo a un proceso inédito de desobjetivación y descomposición social, como consecuencia de la imposición salvaje del discurso neoliberal durante la década de 1990 (si bien se pueden rastrear sus antecedentes desde la dictadura militar de 1976).

Empobrecimiento y exclusión, ruptura del contrato social, degradación de la palabra, pérdida de confianza en la representatividad, hegemonía de la lógica de mercado, reducción de la ética a la pragmática, impunidad, son factores sociales que han tenido incidencia en la conformación subjetiva de los jóvenes con los que hoy trabajamos. Desapropiados de la posibilidad de soñar, de armar un proyecto superador de sus condiciones de vida, imposibilitados de sostener una espera, sin posibilidad de reconocerse en el semejante, los jóvenes son atravesados por estas características del contexto que inciden en su constitución identitaria.

Los esfuerzos colectivos de los últimos años, a partir de las políticas de Estado, no sólo en términos económicos sino fundamentalmente educativos, sociales y culturales, han tendido a la reparación de estos efectos sobre las subjetividades a partir de un cambio paradigmático que apunta a mayor igualdad, equidad y

ciudadanía. La ampliación de la obligatoriedad escolar es un signo de este cambio del que estamos convocados a ser partícipes.

Pero, como ya dijimos, estas generalizaciones no deben hacernos perder de vista que no existe un único modo de ser adolescente, sino que existen múltiples maneras de construir la identidad y atravesar esas vicisitudes vitales. La clase social, el lugar donde se vive, el grupo étnico de pertenencia, los consumos culturales y las prácticas comunitarias a las que los jóvenes están expuestos inciden sin lugar a dudas en las particularidades que adopta la adolescencia en diversas circunstancias. Por eso tendemos a hablar de “adolescencias” y “juventudes” en plural, caracterizadas por diversidad de condiciones, contextos y alternativas.

CONCEPCIÓN DEL PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD

Del mismo modo que la adolescencia y la juventud como conceptos han sufrido modificaciones a lo largo del tiempo, también se han producido importantes variaciones en los modos de enfermar y en las formas de tratar las enfermedades.

El descubrimiento de nuevas enfermedades y los grandes avances de la medicina para dar respuestas frente a los padecimientos humanos han dado lugar a cambios significativos en las instituciones tradicionalmente dedicadas a cuidar la salud de las poblaciones. No solamente se han descubierto tratamientos para enfermedades que antes resultaban incurables, sino que también se aplican técnicas que permiten continuar viviendo de manera plena a pesar de padecer enfermedades incurables. Años atrás, por ejemplo, eran habituales los largos períodos de internación para el tratamiento de ciertas afecciones, que hoy se resuelven mediante internaciones breves alternadas con reposos en el hogar, lo que permite, de esta manera, mitigar los posibles riesgos de contagio de infecciones intrahospitalarias o evitar el aislamiento, entre otros efectos adversos de la hospitalización.

Pensar la enfermedad como un fenómeno natural de la vida del ser humano supone considerarla en su relación con el concepto de salud. La concepción de la salud ha ido cambiando significativamente a lo largo del tiempo. Para el sentido común, “salud” y “enfermedad” son dos conceptos antagónicos, sin embargo la enfermedad es uno de los componentes naturales de la existencia humana.

En la introducción a *La enfermedad y sus metáforas*, Susan Sontag escribe:

La enfermedad es el lado nocturno de la vida, una ciudadanía más cara. A todos, al nacer, nos otorgan una doble ciudadanía, la del reino de los sanos y la del reino de los enfermos. Y aunque preferimos usar el pasaporte bueno, tarde o temprano, cada uno de nosotros se ve obligado a identificarse, al menos por un tiempo, como ciudadano de aquel otro lugar. (Sontag, 2012)

Debido a que la salud como proceso vital del hombre no ha sido ajena a los cambios epistemológicos por los cuales ha atravesado la ciencia, el concepto mismo de salud ha evolucionado (o involucionado según el paradigma desde donde se analice). Así, podemos identificar cambios en el término “salud”, desde concepciones tradicionales hasta la concepción posmoderna.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en la primera mitad del siglo XX pasó de concebirla como “la ausencia de afecciones o enfermedades” a “un estado de completo bienestar físico, mental y social”.¹

Esta última definición generó algunas controversias ya que se sustenta en el bienestar de un individuo, y tal estado es meramente subjetivo y no guarda relación con el estado de salud de la persona. Así, un toxicómano siente bienestar al consumir, aunque tal acto esté en contraposición con su estado de salud.

En esta evolución también pueden encontrarse definiciones que consideran a la salud como un recurso para la vida y por

1 <http://www.who.int/es/>

ello “estar sano” es “la capacidad [...] para mantener un estado de equilibrio apropiado a la edad y a las necesidades sociales.” (Ramos y Fernández, 2001).

Una definición más completa la encontramos en el planteo de María del Carmen Vergara Quintero:

Conocer el estado de salud y enfermedad de la población implica estudiar los diferentes determinantes relacionados con la biología de la persona, con el medio ambiente, con el sistema de salud que le atiende, con los estilos de vida que caracterizan su comunidad, por consiguiente, con su cultura. Las representaciones y prácticas de salud no son hechos aislados ni espontáneos, pues tienen un desarrollo y una ubicación en el tiempo y en el espacio, en estrecha relación con la realidad económica, política, social y cultural de una comunidad o de un grupo social. (Vergara Quintero, 2007)

Vemos, de este modo, cómo aumentan los desarrollos conceptuales y metodológicos integrales que dan cuenta de la complejidad real y tienden a superar una visión simple y unilateral. Esto es así debido a los continuos cambios en la concepción del proceso de salud-enfermedad y pese al predominio, en términos generales, del modelo biomédico.

En la población escolar y sus familias —plantea el documento “La Educación Domiciliaria y Hospitalaria en el Sistema Educativo Nacional”— se observan, cada vez más, cuadros desencadenados por la incidencia de elementos tales como: cuidado inadecuado de la salud, factores conductuales, estilos de vida poco sanos, riesgos ambientales para la salud, factores culturales; lo que destaca que la salud, lejos de ser un estado de completo bienestar biopsicosocial, es un “proceso complejo, en estado de tensión permanente, conflictivo, multifactorial y dinámico” (Res. CFE 202/13).

Esta mirada integral acerca de la salud de las poblaciones le posibilita a la Educación Domiciliaria y Hospitalaria, por su cercanía con los modos y estilos de vida de la gente, construir nuevos

sentidos en relación con el proceso de salud-enfermedad e interpelar el acto educativo propiamente dicho en su capacidad de intervención y transformación social.

Los criterios actuales en materia de salud referidos no sólo al sistema de atención sanitaria sino a los modos en que se presenta el proceso de salud-enfermedad, sus tratamientos y evoluciones, inciden directamente en la organización de la tarea pedagógica, determinando el itinerario a seguir: el alumno puede pasar de asistir a la escuela a estar internado en el hospital o guardar reposo en su domicilio, y desde este nuevamente al hospital o escuela, en forma periódica, alternada o recurrente.

Cuando un sujeto es internado en una institución sanitaria es porque su cuadro reviste un determinado grado de complejidad. En la mayoría de los casos no es posible conocer el tiempo de duración de la internación, la evolución de dicha enfermedad, las complicaciones posibles del tratamiento o la respuesta del sujeto ante ese tratamiento. Tampoco se puede predecir si deberá o no continuar el reposo en el domicilio. El egreso hospitalario no es sinónimo de “alta médica”, por el contrario, en la mayoría de los casos al período de internación hospitalaria le suceden días de reposo domiciliario. También son conocidas las altas de internación que se otorgan a algunos pacientes con enfermedades complejas pero con cuadros estables, para que el fin de semana puedan regresar a sus casas, compartir con sus familias y el día lunes vuelvan a internarse en el efector de salud.

Los cambios conceptuales y avances en el ámbito de la salud y las ciencias médicas han llevado a modificar los plazos de internación. Antes se daba el alta a un paciente cuando se lo consideraba “curado” y en esa búsqueda podía pasar meses de internación. Hoy se entiende que la recuperación puede realizarse desde el reposo domiciliario cuando la enfermedad lo permite. De este modo, el sujeto en situación de enfermedad realiza su recuperación rodeado de sus familiares y, a su vez, evitando el contagio de virus intrahospitalarios.

La realidad actual de nuestro país en todas las jurisdicciones indica que los períodos de internación de los alumnos en los efectores públicos oscilan entre cinco y siete días, a excepción de algunos diagnósticos de carácter crónico. Esto es así debido a los cambios que presenta el sistema de atención de la salud, a las transformaciones que reflejan criterios modernos orientados a la prevención, a la reducción de los períodos de internación, a la continuidad de los tratamientos en forma ambulatoria, al seguimiento de pacientes al regresar a su casa, al mayor grado de información y decisión del paciente respecto de su enfermedad y a la participación activa en su tratamiento. Los efectores sanitarios van adaptándose a las modalidades que adopta el abordaje del proceso de salud-enfermedad de cada tiempo. Comprender estos cambios resulta crucial para la organización de la tarea pedagógica ya que posibilita un recorrido intermitente de atención domiciliaria y hospitalaria.

Por otra parte, en todas las jurisdicciones se registran casos de sujetos con diagnósticos de carácter crónico o que presentan recurrencias, pero que no generan largos períodos de internación y/o reposo domiciliario sino que son manifestaciones periódicas, las que sumadas a la totalidad de ausencias configuran períodos de ausentismo escolar altamente significativos. Así sucede con, por ejemplo, las enfermedades respiratorias, las cardiopatías, etc.

Esto no implica desconocer que existen cuadros de enfermedades recurrentes cuya resolución se da en pocos días y en el ámbito del hogar, como así también afecciones circunstanciales, clasificadas como signos y síntomas, que no justifican la intervención de la Modalidad.

En síntesis, los efectores sanitarios van adaptándose a las modalidades que adopta el proceso salud-enfermedad de cada tiempo y, sobre estas variaciones, la Educación Domiciliaria y Hospitalaria debe ir adaptando su práctica, siempre desarrollada en la articulación de ambos campos: salud y educación.

La situación de enfermedad, sea cual fuere el diagnóstico y el tiempo que conlleva la evolución y el tratamiento, incide en la enseñanza y en los aprendizajes escolares y, en sentido inverso, la escuela es la institución privilegiada para trabajar en la prevención de enfermedades y en la promoción de la salud.

ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE ENFERMEDAD

¿Qué le sucede a un adolescente cuando en su cotidianidad irrumpe una enfermedad?

El enfermar es un proceso íntimo que dependerá de cada joven. La enfermedad es una vivencia que siempre deja marcas, y que va acompañada de distintos niveles de sufrimiento. Algunos conceptos del campo de la psicología nos ayudarán a comprender, en parte, lo que les sucede a nuestros jóvenes cuando enferman.

LA ENFERMEDAD Y SUS IMPACTOS SOBRE LA SUBJETIVIDAD: TRAUMA PSÍQUICO, DUELO Y DOLOR

La palabra “trauma” proviene del latín y significa “herida”. Podemos definir al “trauma psíquico” como todo suceso o experiencia muy impactante vivida por un sujeto, esto le produce sufrimiento y diversos trastornos que, a menudo, dejan secuelas. Se habla de trauma psíquico cuando su desencadenante es de tal intensidad que el sujeto no es capaz de responder adecuadamente. El individuo se encuentra desbordado por la cantidad o por la intensidad de las emociones vividas.

No sólo padece un trauma psíquico un sujeto que pasa por una situación extrema sino que es posible que también lo haga aquel que se enfrenta en forma recurrente a situaciones que lo

desbordan. Así, el trauma no lo provoca el momento o el suceso sino el impacto que produce en el sujeto.

El trauma psíquico puede ser múltiple y depende de cómo lo vive cada persona. Para algunos, las separaciones son traumáticas; para otros, lo que pasa con su cuerpo puede serlo, si hablamos de cirugías, accidentes, parto, etc.

Si llevamos este concepto a la situación de enfermedad, esta es un proceso que en ciertas circunstancias puede ser vivenciado por el sujeto como un traumatismo, en el sentido del “trauma psíquico”. Pero ¿qué hace que una vivencia resulte traumática efectivamente? ¿En qué circunstancias la vivencia de la enfermedad puede dar lugar a un trauma psíquico?

Si bien hay algunos acontecimientos que por su intensidad o magnitud de daño parecen deparar consecuencias devastadoras en la subjetividad de quienes los protagonizan, no es posible ofrecer una respuesta lineal, ya que ninguna vivencia alcanza por sí misma para desencadenar un trauma psíquico. La capacidad de una vivencia para producir sufrimiento subjetivo dependerá de múltiples factores: la historia de vida del sujeto, las experiencias pasadas de enfermedad, su capacidad de simbolización, el contexto social y familiar, la cultura de la que forma parte, las creencias y valores que sostiene, entre otros.

Las situaciones que pueden desencadenar un trauma son, la mayoría de las veces, inesperadas e incontrolables y golpean de manera intensa la sensación de seguridad y autoconfianza del individuo y provocan intensas reacciones de vulnerabilidad y temor hacia el entorno.

Cuando un adolescente se encuentra atravesando una situación de enfermedad se ve inmerso en una circunstancia que le ocasiona sufrimiento y malestar. El impacto traumático que esto produzca estará ligado a las variables ya mencionadas pero, a su vez, será distinto si la enfermedad que le ha sido diagnosticada es crónica o aguda, si implica o no riesgo de muerte, si acarrea secuelas duraderas o permanentes, si trae aparejados cambios en la imagen corporal, si lo hace atravesar experiencias de dolor o

no. También el impacto será diferente si a raíz de la enfermedad el sujeto se ve obligado a guardar reposos prolongados, si requiere internaciones recurrentes, si debe ser sometido a intervenciones quirúrgicas, estrategias farmacológicas prolongadas, prácticas médicas invasivas y dolorosas, o si debe realizar rehabilitación por un largo tiempo.

Cuando escuchamos los relatos de personas que han atravesado por enfermedades similares, descubrimos que las vivencias son distintas para cada una de ellas. Varía el modo en que cada uno describe lo que le sucedió y el modo en que le otorga sentido a esa situación. Ante una misma circunstancia, cada persona tiene distintas maneras de comprenderla, explicarla, sentirla, pensarla y comportarse. La importancia que otorgamos a lo que nos sucede depende no tanto del acontecimiento en sí mismo, sino del sentido que tiene para nosotros.

Esto no significa que los efectos de la enfermedad en el sujeto que la padece no sean “reales”. La persona que enferma sufre por la pérdida de su salud, de algunas de sus capacidades o funciones o de alguna parte de su cuerpo. Entonces aparece el término “duelo”.

El sujeto debe elaborar un duelo por aquello que perdió. El duelo suele ser un proceso más o menos largo y doloroso, de adaptación a una nueva situación, pues es la reacción emocional ante la pérdida. Ante la pérdida de la salud, el duelo es el proceso natural que el aparato psíquico realiza desde que dicha pérdida se prevé, y que concluye cuando uno se puede reintegrar a su vida cotidiana, asumiendo que lo perdido ya no está y que sólo está en el recuerdo. Elaborar el duelo significa ponerse en contacto con el vacío que ha dejado la pérdida, valorar su importancia y soportar el sufrimiento y la frustración que comporta.

El duelo es un proceso personal, que no es igual para todos. Sin embargo, existen reacciones y vivencias que más o menos se comparten. Cuando se habla de las etapas de elaboración del duelo, en la mayoría de las oportunidades se hace referencia a las cinco etapas del duelo identificadas por Elisabeth Kübler-Ross.

Esta psiquiatra estudió cómo las personas a las que se les había diagnosticado una enfermedad terminal hacían el duelo por la pérdida de la salud. Ella identificó las siguientes cinco etapas del duelo: negación, ira, negociación, depresión y aceptación.

No todas las personas en situación de duelo atraviesan todas estas etapas, ni lo hacen en el mismo orden. También es común volver a pasar por alguna de estas etapas más de una vez. El duelo puede incluir muchas otras emociones e, incluso, síntomas físicos.

Cabe aquí hacer una precisión conceptual de términos que muchas veces se emplean de manera confusa. Si bien el dolor y los procesos de duelo no son lo mismo que la angustia, estos conceptos se relacionan. El dolor y el duelo refieren a la pérdida del objeto. El dolor constituye una reacción frente a la pérdida del objeto, y la angustia es la reacción frente a la posibilidad de que la pérdida acontezca. Es imposible la elaboración de un duelo sin atravesar por el dolor en el campo de lo simbólico.

Al enfermar, el sujeto sufre por la pérdida de la salud, no únicamente por el dolor que pueda vivenciar a nivel corporal, sino también porque su vida se ve amenazada, en el aspecto orgánico material, pero también de manera simbólica e imaginaria, en tanto que encuentra limitadas sus actividades, sus habilidades y sus espacios sociales (entre ellos, la escuela).

Diferentes serán las circunstancias si la pérdida de la salud va acompañada por dolor crónico o por intervenciones médicas que lo provocan. También es diferente que el dolor sea solamente agudo y episódico o que directamente esté ausente. Tampoco es lo mismo si al dolor corporal se le agregan otros dolores psíquicos y morales, pérdidas materiales o de seres queridos, lo cual incrementa la vivencia de desvalimiento.

El docente que se desempeña en esta modalidad desarrolla su práctica en contextos donde el dolor es un factor muchas veces presente. Dolores corporales, pero también dolores en el alma, de niños, adolescentes y sus familiares. Este es probablemente uno de los aspectos más difíciles del trabajo en los contextos donde la enfermedad es el denominador común.

Será importante para estos docentes orientar las propuestas de modo que, a pesar de que la situación en la que el alumno se encuentra sea adversa, desarrolle al máximo sus potencialidades en los aspectos cognitivos. Se buscará que las exigencias escolares que se le demanden sean las habituales a fin de favorecer su autonomía en todo momento. Esto lo llevará a tener una actitud más positiva, más reconfortante, a sentir la satisfacción personal de haber intentado el esfuerzo.

Los docentes, a través de sus propuestas, habilitan tiempos y espacios para que el sujeto ponga palabras a la situación por la que atraviesa. Al ofrecer objetos de conocimiento, convocan la curiosidad y el interés del alumno por el mundo externo, invitándolo a abandonar la inmediatez en la que se encuentra inmerso. Las ciencias, la literatura, las matemáticas estimulan el despliegue de la imaginación. La invitación a realizar esfuerzos por comprender un concepto o por resolver un ejercicio que desafía sus conocimientos pone en movimiento toda una serie de funciones psíquicas y promueve el desarrollo de otras, lo cual tiene, de por sí, efectos saludables.

Un alumno que con anterioridad a la irrupción de la enfermedad no disfrutaba particularmente de su escolaridad puede, en esta etapa en que se encuentra en tratamiento, mostrarse nostálgico frente al recuerdo de su escuela, no sólo por los aprendizajes o las actividades que ella le proponía sino también por la relación con sus pares, por sentirse parte de una cadena social que le da sentido a su existencia, por la “normalidad” que supone la escuela durante la adolescencia.

Junto a esto, es importante alentarle para que continúe en contacto con los amigos y compañeros, para que participe, según sus posibilidades, en el máximo de actividades tanto escolares como extraescolares. Aun cuando una hospitalización prolongada en otra ciudad mantenga al joven alejado físicamente de su grupo de pares, es posible mantener un contacto fluido y continuar participando de las actividades grupales, asumiendo (siempre dentro de sus posibilidades) ciertas responsabilidades y compromisos para

con los otros. Esto le hará sentir que, a pesar de las dificultades por las que está atravesando, hay quienes confían en él y en sus posibilidades, que esperan su recuperación y su vuelta a clase.

El uso de las TIC y el trabajo articulado con la escuela de origen son indispensables para lograr que el alumno que se encuentra atravesando una situación de enfermedad no se desvincule de su escuela y de su grupo de compañeros, siga aprendiendo y participando activamente de las propuestas escolares. Esto supone asumir una responsabilidad compartida por la continuidad de su trayectoria educativa.

SITUACIONES DE ENFERMEDAD Y TRAYECTORIAS ESCOLARES

Desde la sociología, diversos autores han abordado el concepto de trayectoria como el proceso de inserción, tránsito y producción social, cultural, económica y política que cada sujeto protagoniza en su condición de miembro de una determinada sociedad.

Desde distintas perspectivas, desde Marx y Weber a Pierre Bourdieu, han planteado que para analizar la trayectoria de un sujeto es necesario considerar una amplia variedad de elementos que encuadran, condicionan, fomentan y/o entorpecen sus posibilidades de vivenciar experiencias. Desde esta mirada es que afirmamos que las trayectorias de los adolescentes y jóvenes son la resultante de la articulación entre la disponibilidad de propuestas institucionales, los recorridos familiares y las elecciones propias (Montes y Sendón, 2006: 382).

El ingreso a la Modalidad Educación Domiciliaria y Hospitalaria constituye una estrategia para garantizar la trayectoria escolar de todo sujeto que atraviesa por una situación de enfermedad y que no ha completado su escolaridad en los niveles obligatorios. Su trayectoria escolar estará estrechamente ligada al curso que asuma la enfermedad y su tratamiento, esto es: su evolución,

complicaciones, recidivas, derivaciones a otros centros sanitarios, a otras localidades.

Desde un plano médico, el modo de abordaje de las distintas patologías ha cambiado a lo largo de los últimos años. Esto influye directamente en las trayectorias escolares de los sujetos que atraviesan por este tipo de situaciones particulares. Los modos actuales de tratar las enfermedades hacen que, por ejemplo, la remisión parcial de la enfermedad permita al alumno el regreso a su escuela por períodos más o menos prolongados, debiendo recurrir nuevamente a la Educación Domiciliaria y/u Hospitalaria en períodos de recidiva. Es el caso de ciertos diagnósticos de carácter tanto crónico como recurrente. Las trayectorias educativas de estos alumnos consistirán en idas y vueltas desde y hacia los distintos escenarios (sanatorio, hogar, escuela) en forma variada pero continua, lo cual permite, de este modo, garantizar su derecho a la educación, dando continuidad a los aprendizajes previstos para el año correspondiente.

En la complejidad de estos cambios, muchas veces repentinos y aleatorios del proceso de salud-enfermedad que atraviesan los sujetos, es donde radica uno de los mayores desafíos que esta Modalidad educativa debe enfrentar.

En nuestro país existe una preocupación creciente por la inclusión educativa, en especial de aquellos niños, adolescentes y jóvenes que tienen dificultades para cumplir con la trayectoria escolar prevista desde la sanción de la primera Ley de Educación Obligatoria en 1884. Aunque leyes posteriores fueron ampliando la obligatoriedad, aún no podemos dar por cumplido lo establecido hace más de un siglo.

Muchos alumnos que realizan trayectorias educativas continuas, al alcanzar cierto grado o año dejan de asistir y no completan su escolaridad. Al mismo tiempo, otros hacen trayectorias educativas completas pero discontinuas.

La universalización del nivel secundario implica desafíos de fuerte alcance político y ético. Las escuelas secundarias de todo

el país se enfrentan a la necesidad de generar condiciones de acceso, permanencia y egreso para todos los estudiantes.

Los indicadores de repitencia, sobreedad y abandono nos obligan a reflexionar acerca de nuestra tendencia a responsabilizar exclusivamente a los jóvenes y sus familias, para comenzar a mirar hasta qué punto las desigualdades educativas son la expresión de una institución que permanece aferrada a tradiciones de la matriz fundacional de la escuela secundaria en la Argentina.

Aunque no se dispone aún de información estadística acerca de la incidencia de los problemas de salud de la población infanto-juvenil en la continuidad o discontinuidad de las trayectorias escolares, podemos suponer que, sin duda, tiene una influencia considerable.

La Educación Domiciliaria y Hospitalaria aparece en este escenario como una estrategia destinada a garantizar la continuidad educativa de esos alumnos.

Ningún alumno debería quedar apartado de su mundo escolar a causa de una enfermedad. Faltará a clase durante un tiempo más o menos prolongado, pero desea volver y continuar sus estudios. Necesita percibir la cercanía de aquellos con quienes, hasta entonces, compartía su día a día.

Si pensamos en la escuela secundaria de formato tradicional, resulta evidente que la oferta de EDyH constituye una alternativa para dar respuesta a la imposibilidad de algunos alumnos de asistir regularmente a clase debido a una enfermedad. Es la propia escuela secundaria la que se pone al servicio de esos alumnos, la que extiende sus brazos para no dejar que se “caigan del sistema”.

Como docentes, cualquiera sea el ámbito, nivel o modalidad donde cada uno se desempeñe, no dudamos sobre cuál es el mejor lugar para que los chicos aprendan: la escuela.

La Modalidad, en ese sentido, debe pensarse siempre como una opción transitoria. Sin desconocer la existencia de algunos chicos que transitan toda su escolaridad en la Modalidad, pero sabiendo que se trata de situaciones excepcionales, es necesario

siempre transmitir la esperanza de que la vuelta a la escuela de origen se producirá algún día (aunque los pronósticos del médico predigan el peor de los desenlaces). Es necesario generar un debate con las escuelas de formato “tradicional” para que el ingreso y salida de los alumnos con enfermedades complejas, que presentan recaídas o que implican reposos o internaciones recurrentes, se produzca de manera natural. Los fantasmas en torno a los riesgos que supone recibir a alumnos con problemas de salud, sumado al desconocimiento real de todo lo que pueden hacer, dan como resultado que en muchas escuelas estos chicos se encuentren privados de esa posibilidad.

Sostener esta discusión, poder argumentar, explicar y hacer comprender a quienes así no lo entiendan, será una tarea más de quienes se desempeñen en la Modalidad de Educación Domiciliaria y Hospitalaria.

Un trabajo articulado entre la escuela de referencia y la escuela o servicio de la Modalidad Domiciliaria y Hospitalaria es esencial para que el alumno mantenga el vínculo con su escuela. Una comunicación fluida hará que el alumno reconozca el trabajo conjunto y se sienta en confianza con los docentes de la Modalidad para avanzar a nivel escolar.

La posibilidad de seguir aprendiendo a la par de sus compañeros, de poder ser evaluado igual que ellos, de hacer trabajos en colaboración con ellos (netbook mediante), de mantener relación con sus maestros o profesores, dará lugar a que los alumnos que atraviesan situaciones de enfermedad tengan más posibilidades de desarrollar relaciones de alta intensidad con la escuela,² les permitirá relacionarse con la institución y, de este modo, alcanzar mejores logros de aprendizaje.

Es responsabilidad de todos los actores del sistema educativo, cualquiera sea el ámbito en que se desempeñen, crear las

² Gabriel Kessler, refiriéndose a jóvenes en conflicto con la ley sostiene que, en muchos casos, sostienen una escolaridad de “baja intensidad”: los jóvenes están inscriptos en sus escuelas, van de manera más o menos frecuente, pero no realizan ninguna de las actividades escolares y no les importan mucho las consecuencias de no hacerlo, siendo la deserción un destino frecuente, aunque no inexorable.

condiciones para que todos los chicos y chicas a los que les toca convivir con la enfermedad durante su escolaridad puedan transitar trayectorias educativas continuas y completas. Se trata de una responsabilidad compartida, y esta es también una discusión que habrá que dar y uno de los desafíos que estamos llamados a asumir.

Desde la obligatoriedad de la educación secundaria, la Modalidad de EDyH se encuentra ante un gran desafío que es lograr brindar educación de calidad para todos los adolescentes y jóvenes que por razones de enfermedad no se encuentren en condiciones de cursar sus estudios de manera regular. Así, damos lugar a aquellos sujetos que se encuentran internados en centros de salud o en reposo en sus domicilios.

Es frecuente encontrar en estos contextos, adolescentes y jóvenes que han interrumpido su escolaridad tempranamente a causa de su problema de salud y la inexistencia de una oferta educativa que pueda dar respuesta a su situación. Menos frecuente resulta encontrar adolescentes que, por los mismos motivos, nunca iniciaron su escolaridad formal, aunque no es algo que se pueda descartar.

De esta forma, la Modalidad de Educación Domiciliaria y Hospitalaria asume el rol de detección de situaciones de abandono y deserción escolar.

En todos los casos, la escuela o servicio deberá atender y hacer de nexo con un establecimiento del nivel para asegurarle la continuidad de sus aprendizajes y su fehaciente reincorporación (o incorporación) al sistema educativo.

Mientras tanto, las escuelas secundarias donde cursan alumnos que conviven con una enfermedad o que sufren las secuelas de un accidente, con la voluntad de ser inclusivas, pueden conseguir que el adolescente o joven viva su enfermedad de una manera más abierta y natural, que su percepción de la diferencia sea para él una expresión no traumática de la diversidad, que el tiempo en la escuela sea gratificante, que la convivencia escolar resulte placentera para él y sus compañeros, que también para él la escuela suponga un lugar significativo.

Esto será posible si la escuela los acompaña con una actitud de aceptación incondicional, especialmente por parte de quienes les son más próximos: sus compañeros de curso y sus docentes. Esta aceptación supone crear las condiciones para que su vida en la escuela se encuentre dentro de la mayor normalidad posible y se fomente su autonomía, de la que muchas veces se sentirá necesitado, por los cuidados y la sobreprotección que la enfermedad le generan.

ALTERNATIVAS PARA LA ORGANIZACIÓN DE LA EDUCACIÓN DOMICILIARIA Y HOSPITALARIA EN EL NIVEL SECUNDARIO

La Resolución N° 202/13 del Consejo Federal de Educación propone dos alternativas para la organización de la Modalidad en el Nivel Secundario. Estas dos propuestas se presentan como modelos a adoptar, adecuándolos a las realidades locales, realizando los ajustes necesarios para lograr el objetivo de dar continuidad a la escolaridad de estos alumnos, alcanzando aprendizajes equivalentes a los de los alumnos que cursan regularmente sus estudios.

Las dos alternativas propuestas son:

- a través de **equipos de profesores** de asignaturas de mayor carga horaria,
- a través de la figura de un **tutor**.

Según la opción organizativa que adopte cada provincia, serán distintas las tareas y las funciones que estarán llamados a realizar los docentes que se desempeñan en la Modalidad con alumnos que cursan el Nivel Secundario.

LOS EQUIPOS DE PROFESORES

Esta alternativa supone la conformación de equipos de profesores de las materias de mayor carga horaria, distribuidos por regiones, distritos, nodos o áreas. Estos profesores concurrirán a los hospitales y clínicas o a los domicilios de los alumnos, según la organización horaria que definan, para dar continuidad a su escolaridad. Las propuestas de enseñanza incluirán el uso de las TIC como recurso que permite el acceso a materiales de lectura y audiovisual, y que posibilita mantener una comunicación virtual con los profesores de la escuela de origen y los compañeros del aula, para la realización de trabajos colaborativos, de los que el alumno participará en la medida de sus posibilidades.

En los casos de aquellos alumnos que permanecen largos períodos en la Modalidad, una posibilidad consiste en organizar la alternancia de materias semanal o quincenalmente.

El tiempo semanal que cada docente permanecerá con el alumno será menor al de la escuela tradicional, ya que la posibilidad de trabajar de manera individualizada con cada estudiante permite orientar las explicaciones hacia los temas que presentan mayor dificultad y obviar reiteraciones innecesarias. Los profesores curriculares abordarán los mismos temas que el alumno debería trabajar si pudiera asistir a clase.

Buscarán que el alumno logre razonar en distintas situaciones, establecer relaciones de diversa índole, distinguir ideas principales de secundarias y sintetizar ideas conceptuales logrando de este modo optimizar su tiempo de aprendizaje, con el propósito de que el alumno pueda desempeñarse en forma autónoma cuando continúe con el trabajo escolar, una vez finalizado el tiempo de clase. Es muy importante que los profesores curriculares enseñen técnicas de estudio específicas de cada área.

En lo posible, se recomienda que los distintos profesores que trabajan con un mismo alumno en su domicilio o en el hospital mantengan intercambios frecuentes a fin de generar propuestas de enseñanza que integren varias disciplinas.

En el caso de alumnos que provengan de escuelas secundarias de la Modalidad Técnico Profesional se deberán organizar los contenidos teóricos de las materias prácticas o de taller, y diseñar software educativo que permita la reproducción de entornos de trabajo allí donde es imposible trasladar maquinaria, por ejemplo.

LA FIGURA DEL TUTOR DOMICILIARIO Y HOSPITALARIO

La organización de la oferta educativa de la Modalidad a través de la figura de un tutor es una alternativa que se viene desarrollando en algunas jurisdicciones del país. Debido a que la formación secundaria prevé una mayor cantidad de materias en comparación con la escuela primaria, es complejo que el alumno en reposo reciba a un docente de cada una de las asignaturas. Por ello, la figura del tutor viene a suplantar al conjunto de docentes para convertirse, así, en un nexo entre los profesores de la escuela de origen y el alumno.

Su tarea, entonces, será la de acercar el material y los trabajos a realizar por el alumno durante su reposo, así como ofrecer las explicaciones cuando sea necesario. Esta tarea conlleva necesariamente un trabajo cotidiano y articulado con cada uno de los docentes y/o coordinadores de área de la escuela a la que pertenece el alumno.

Desde el abordaje de los contenidos es deseable que el tutor pueda transmitir las dudas y/o consultas del alumno al docente de la materia para que este, a través de él, le haga llegar explicaciones adicionales, material de apoyo complementario, ejercitación, ejemplos, etc. De este modo no se espera que el tutor posea un manejo absoluto y profundo de cada una de las materias de los distintos planes de estudio de la educación secundaria. Ahora bien, ser el mediador entre la escuela de origen y el alumno significa algo más que prestar un servicio de “cadetería”. El tutor ayuda al alumno a organizar sus materiales, a distribuir el tiempo de

trabajo que dedica a cada materia, a buscar información amplia-toria de los temas, entre otras tareas.

El tutor es, asimismo, el responsable de sostener y reforzar los lazos que unen a este adolescente o joven que transita una situa-ción de enfermedad con su grupo de pertenencia.

Se utilizarán en todos los casos las TIC, como recurso y medio para incrementar la calidad de la educación de los alumnos de la Modalidad; se potenciarán de esta manera el aprendizaje, el conocimiento, el análisis de la información, y se mantendrá el contacto con su clase y/o compañeros de escuela a través de la resolución de trabajos colaborativos y, principalmente, se faci-litará el acceso a todos los contenidos y actividades programa-das. El uso de las TIC no reemplazará en ningún caso la función tutorial.

La articulación institucional con una escuela secundaria es imprescindible para la inclusión pedagógica de los adolescen-tes y jóvenes. La escuela de referencia acreditará formalmente los aprendizajes, al tiempo que reconocerá como válidas las eva-luaciones realizadas por los tutores y equipo de profesores de la Modalidad.

EL ROL DEL TUTOR EN LA EDUCACIÓN SECUNDARIA

Para reflexionar sobre el rol del tutor es necesario pensar en los nuevos escenarios políticos, sociales y económicos y su fuerte impacto en el ámbito educativo. La Ley de Educación Nacional, en su artículo 32, inciso b), plantea la necesidad de garantizar “las alternativas de acompañamiento de la trayectoria escolar de los/as jóvenes, tales como tutores/as y coordinadores/as de curso, fortaleciendo el proceso educativo individual y/o grupal de los/as alumnos/as”.

Las diferentes provincias han desarrollado las más variadas experiencias al interior de las escuelas en cuanto a propuestas de tutoría, asumiendo una variedad de funciones, formatos y

tareas, como resultado de una confluencia del reconocimiento y la preocupación por una serie de situaciones que la organización institucional y pedagógica actual de la escuela secundaria aún no ha podido atender. Las tutorías, poco a poco, se fueron abriendo camino en las escuelas secundarias.

Hay variaciones en cuanto al tiempo en que se asignan tutores a los alumnos, que van desde períodos de tiempo específico (el primer año, por ejemplo) hasta toda la escolaridad secundaria. Existen también diferencias en cuanto al formato, que puede ser individual o grupal. Cuando la tutoría es individual, el tutor trabaja de forma personalizada con el estudiante y define con él los objetivos, las actividades, los recursos disponibles, y se evalúan los resultados de las acciones recomendadas. En la tutoría grupal se atiende a un conjunto de estudiantes que comparten características similares o que trabajan en un mismo tema (proyectos finales, por ejemplo). También suelen organizarse tutorías destinadas a alumnos o grupos específicos: alumnos con dificultades académicas particulares o, por el contrario, alumnos con alto rendimiento académico.

A pesar de esta heterogeneidad, algunos rasgos comunes parecerían articular las diferentes propuestas: la tutoría es entendida como “una estrategia de acompañamiento, cuidado y orientación a los estudiantes para que puedan aprovechar al máximo sus posibilidades de formación en la institución escolar, concluir sus estudios en el nivel y ampliar sus perspectivas de integración al mundo social, cultural y productivo”.³ Así, el objetivo principal de la tutoría es acompañar a los estudiantes en su escolaridad y en la elaboración de sus proyectos de vida. Constituye una estrategia privilegiada de sostén y apoyo de las trayectorias escolares de los adolescentes, jóvenes y adultos que transitan la escuela secundaria.

3 Ministerio de Educación de la Nación. Aportes de la tutoría a la convivencia en la escuela. Coordinación de Programas para la Construcción de Ciudadanía en las Escuelas. Disponible en http://escuelayfamilia.educ.ar/09_2013/pdfs/nivel_secundario/aportes_de_tutoria.pdf

La construcción del rol del tutor requiere revisar críticamente el posicionamiento responsable de los adultos en la sociedad y, fundamentalmente, frente a jóvenes y adolescentes. Ante una realidad de carencias visibles en cuanto a la presencia de adultos que orienten (en la escuela, en la familia, en la sociedad en general), focalizamos nuestro trabajo en la escuela, presentando a la tutoría como una alternativa más para fortalecer el proceso educativo.

La multiplicidad de áreas y problemáticas frente a las que se demanda la intervención tutorial deja entrever la complejidad de las situaciones que tienen lugar en las escuelas. Esta complejidad se traduce en una serie de tensiones que, muchas veces, colocan a los tutores frente a dilemas de difícil resolución. En cambio, cuando las escuelas plantean espacios de reflexión colectivos, las tensiones se vuelven el puntapié para el desarrollo de acciones tutoriales más potentes.

Una de las tensiones más frecuentes se plantea a partir de concebir la función tutorial como una responsabilidad de la institución y al mismo tiempo delegarla en un rol o actor específico. Si pensamos que acompañar a los estudiantes en su recorrido escolar es inherente a la tarea de todos los actores comprometidos con la enseñanza, entonces la tutoría va más allá de la responsabilidad puntual que se atribuya a aquellas personas que asumen el rol de tutor en la escuela. Muchas veces, sin embargo, contar con tutores que toman a su cargo este rol en forma específica hace que se los responsabilice por una serie de cuestiones que deberían ser asumidas por toda la escuela. Los tutores no son efectivos si trabajan en forma aislada. Resulta indispensable poder articular acciones con otros, a los cuales el tutor debe poder apelar para acompañar y enriquecer la escolaridad de los jóvenes (equipo directivo, profesores, familias, organizaciones de la comunidad, etc.).

Otra tensión se presenta ante el hecho de pensar la tutoría como válvula de escape a problemas o urgencias que no pueden resolverse por otros canales institucionales y, al mismo tiempo,

pensarla como una estrategia orientada a hacer de la escolaridad una experiencia rica en aprendizajes que permitan la construcción de diversos proyectos de vida en una sociedad democrática.

La última tensión se refiere a pensar la tutoría como una serie de acciones destinadas a acompañar a los jóvenes en cuestiones referidas a su escolaridad, y junto con ello, pensarla como un lugar y un tiempo donde sea posible abordar toda otra serie de temáticas que preocupan e interesan a los adolescentes.

Es evidente que la organización académica y curricular de la escuela secundaria atenta contra la integralidad de la experiencia escolar. El horario mosaico, la gran cantidad de profesores y materias que los estudiantes deben abordar de manera simultánea, la escasa o nula presencia de docentes que cuentan con horas remuneradas para trabajo institucional extraclase, entre otros factores, dan cuenta de esa fragmentación. En estas condiciones, para muchos de los estudiantes resulta complicado poder establecer vínculos fuertes con la escuela y con los docentes, a la vez que la escuela no llega a construir una mirada global sobre cada alumno y cada grupo.

Pensemos si, además, se trata de alumnos cuyas características particulares (trabajo, maternidad/paternidad, enfermedad, etc.) complejizan aún más el establecimiento de estos vínculos. En este sentido, Abendaño López (2013) sostiene que “la educación secundaria determina que el rol del tutor será un trabajo de acompañamiento, seguimiento, estimulación y promoción de los procesos de aprendizaje de “todos” los alumnos, inscriptos en singulares proyectos de vida y no solamente aquellos que resultan problemáticos por sus actitudes personales y/o rendimientos escolares”.

Por ello, se trata de un rol que tendrá la finalidad de contribuir a los procesos educativos de los alumnos pero que requiere de una red tutorial que incluya a todos los adultos responsables como familia y escuela.

En este sentido, es importante desechar la idea del tutor como un cargo o figura en el que se depositan todas aquellas

problemáticas que los otros actores institucionales no están pudiendo resolver.

El rol del tutor en la educación secundaria es un cargo con el que se asumen responsabilidades y compromisos, y como tal debe ser integrado institucionalmente para contribuir a la mejora de la calidad de los procesos desplegados por los alumnos.

EL TUTOR DE LA EDUCACIÓN DOMICILIARIA Y HOSPITALARIA

La escuela posibilita y habilita aprendizajes para todos los adolescentes y jóvenes, que a su vez habilitarán o inscribirán proyectos personales de vida. Estas características no deberían estar ausentes cuando pensamos en la Educación Domiciliaria y Hospitalaria.

La organización de la oferta educativa de la Modalidad a través de la figura de un tutor es una alternativa que se viene desarrollando en algunas jurisdicciones del país.

Como lo hemos expresado en párrafos anteriores, debido a que la formación secundaria prevé una mayor cantidad de materias en comparación con la escuela primaria, es complejo que el alumno en reposo reciba a un docente de cada una de las asignaturas.

Por ello, la figura del tutor viene a suplantar al conjunto de docentes, convirtiéndose en un nexo entre los profesores de la escuela de origen y el alumno.

Pero, ¿qué significa ser un nexo?, ¿cómo se desarrolla esa tarea específicamente?

Vamos a analizarlo a partir de tres ejes: en relación con la escuela de origen; en relación con el alumno; en relación con el conocimiento.

Tal como ya hemos referido, esta es una Modalidad que se encuentra en construcción en muchas de las jurisdicciones del país. A su vez, esta complejidad se incrementa a la hora de pensar su implementación en el Nivel Secundario.

Muchas de las escuelas secundarias suelen desconocer el trabajo que desarrolla la Modalidad, sobre todo aquellas instituciones que nunca tuvieron alumnos en situación de enfermedad escolarizados por la MEDyH. Aquí tenemos un gran desafío por delante ya que el mismo desarrollo de nuestra tarea es insumo de promoción al interior de todo el sistema educativo.

Por ello, la relación con la escuela de referencia del alumno es determinante en el sentido que es con ellas con quienes realizaremos la tarea articuladamente. Es necesario, entonces, como un primer paso, dar a conocer los alcances y limitaciones de la Modalidad dentro del Nivel Secundario y dentro de cada institución educativa con la que nos toque trabajar.

Para el inicio de esta articulación es imprescindible concretar acuerdos con las instituciones que presenten, describan y definan responsabilidades de cada uno de los actores comprometidos. Con estas bases, el tutor podrá interactuar, convenir, dialogar y acordar los modos en los que se llevará adelante esta articulación.

Por ejemplo, si se acuerda institucionalmente que el tutor articule con los coordinadores de áreas, podrán juntos seleccionar cuáles serán las vías de comunicación, los tiempos de respuesta, los instrumentos a utilizar, etc.

De esta forma, se simplifica notablemente la tarea del tutor, ya que se reduce la cantidad de profesores con quienes dialogar y se hacen más operativas y fluidas las demandas/respuestas.

Sin embargo, en las instituciones en las que estos mediadores no estén disponibles, es necesario arbitrar los mecanismos y diálogos necesarios para que el desarrollo de nuestra tarea sea lo más fluido y articulado posible. Serán otros actores, como los tutores del colegio, los docentes con horas institucionales del Plan de Mejora, los preceptores, etc., las nuevas opciones a revisar y trabajar.

Sabemos que en algunos lugares donde se viene implementando la Modalidad en el Nivel Secundario los tutores se ven ante

la necesidad de “rastrear” o “perseguir” a cada uno de los docentes de la escuela del alumno que les fue asignado para solicitarles el material o los temas que tendrá que trabajar, recordarles los requerimientos para ese alumno, etc.

En esos casos la tutoría asume un formato particular: el tutor es quien acerca el material seleccionado por el docente de la materia y los trabajos a realizar por el alumno durante su reposo, pero es quien también brinda las explicaciones de las distintas materias.

Una de las principales dificultades que se presenta en este formato es que el tutor no es un “profesor multimaterias”. No es esperable que el tutor pueda desarrollar todos los contenidos de las diferentes instancias curriculares que conforman el plan de estudios de las escuelas correspondientes a los alumnos a quienes acompañan como tutores.

¿Cuál debería ser la formación académica de un tutor que pueda explicar contenidos de Física, Geografía, Química, Literatura e Inglés? Es evidente que pensar en un perfil docente con estas características parece absurdo.

Lo que sucede en la práctica es que los tutores “estudian” los contenidos que tienen que abordar con sus alumnos para luego enseñarlos. Esta situación conlleva varios problemas. El compromiso con la tarea, con el alumno y la mejor de las buenas voluntades son insuficientes. No es posible para un docente sin una formación específica abordar algunos contenidos desde su complejidad.

Por el contrario, proponemos que el tutor y los profesores de la escuela de referencia puedan, conjuntamente, pensar, proponer y acordar posibilidades de acercamiento a los contenidos que se están abordando en clase, para que puedan ser trabajados por y con el alumno que no está pudiendo asistir transitoriamente, por encontrarse internado o guardando reposo domiciliario.

Sabemos también de las dificultades que la organización de la escuela secundaria impone a las condiciones del trabajo de los

profesores, la escasez de tiempo entre una clase y otra, los múltiples asuntos que atender, a los cuales viene a sumarse, ahora, la responsabilidad por los alumnos que están ausentes.

Frente a esto, sostenemos que un camino posible, y que requiere un cambio en la mirada y en las prácticas pedagógicas tradicionales, empieza por poder pensar que de un curso determinado (supongamos de treinta alumnos en el mejor de los casos) en cualquier momento del año, a uno de ellos, o a más de uno, le pueden diagnosticar una enfermedad, o puede sufrir un accidente que lo mantenga durante algún tiempo alejado de la escuela. A partir de allí será necesario diseñar un recorrido por los contenidos, una selección de estrategias de enseñanza, una definición de actividades y materiales que contemplen la posibilidad de ser realizados tanto por los veintinueve alumnos que están físicamente presentes en el aula como también por el alumno que está internado o en su domicilio haciendo reposo.

Poder generalizar esta forma de mirar al alumnado resulta un desafío que el Nivel Secundario (y el Nivel Primario también), junto con la Modalidad, tendrá que asumir para dar respuesta a una porción de la población escolar que ve limitadas sus posibilidades de sostener una asistencia regular a la escuela, similar a la de la mayor parte de los jóvenes.

Proponemos que, como parte de esta transición, el tutor que se desempeña en los contextos domiciliario y hospitalario pueda sugerir a los docentes curriculares algunas estrategias que permitan acercar la explicación del docente al alumno en reposo. Por ejemplo, se puede solicitar al docente que seleccione un video explicativo sobre un accidente geográfico, o grabe la clase en la que explica la resolución de un ejercicio de Química, etc.

También el tutor puede sugerir estrategias para que el docente de la materia y el alumno estén en contacto a través de la realización de propuestas que el estudiante desarrollará con el grupo. Por ejemplo, la creación de un blog o el uso de redes sociales para el trabajo en equipo permitirían que el alumno en situación de enfermedad pueda participar conformando uno de los grupos de

trabajo. Obviamente, siempre será indispensable considerar las posibilidades reales y las limitaciones que la situación de enfermedad impone en cada caso.

Desde el abordaje de los contenidos, es deseable que el tutor pueda transmitir las dudas y/o consultas del alumno al docente de la materia para que este le haga llegar explicaciones adicionales, material de apoyo complementario, ejercitaciones, ejemplos, etc. De este modo, no se espera que el tutor posea un manejo absoluto y profundo de cada una de las materias de los distintos planes de estudio de la educación secundaria.

Porque ser el mediador entre la escuela de origen y el alumno significa algo más que un servicio de “cadetería”, como lo dijimos en páginas anteriores. El tutor ayuda al alumno a organizar sus materiales, a distribuir el tiempo de trabajo que dedica a cada materia, a buscar información ampliatoria de los temas, etc.

Sería interesante imaginar un tutor que pudiera asumir entre sus acciones la de promover el desarrollo de la autonomía de sus alumnos en relación con la tarea que queda hasta el próximo encuentro, la realización de los ejercicios, la búsqueda de información o explicaciones adicionales en Internet, el manejo de distintas técnicas de estudio, entre otras actividades.

El tutor, asimismo, tiene que poder ofrecer alternativas para sostener y reforzar los lazos que unen a este adolescente o joven que transita una situación de enfermedad con su grupo de pertenencia.

Se utilizarán en todos los casos las TIC como recurso y medio para incrementar la calidad de la educación de los alumnos de la Modalidad, y se potenciará de esta manera el aprendizaje, el conocimiento, el análisis de la información, manteniendo el contacto con su clase y/o compañeros de escuela a través de la resolución de trabajos colaborativos y, principalmente, facilitando el acceso a todos los contenidos y actividades programadas. El uso de las TIC no reemplazará en ningún caso la función tutorial.

A MODO DE CIERRE, ALGUNAS REFLEXIONES FINALES

Para finalizar, quisiéramos convocar a los docentes a la reflexión sobre su rol como profesores, ya no de la Modalidad, sino del Nivel Secundario.

En las aulas de las escuelas habrá ocasiones en las que los profesores encuentren vacío el asiento de algún alumno que está atravesando una situación de enfermedad y que por eso no puede asistir regularmente a clase. Es importante no olvidar la responsabilidad individual e institucional ante este joven que, a pesar de no estar allí, sigue siendo un adolescente, alumno de ese curso y de esa escuela. En estas ocasiones, será el profesor quien tendrá que mediar con el equipo de docentes o tutores de la Modalidad, que transitoriamente le sean asignados. Pero también será quien deba idear propuestas pedagógicas que incluyan al joven estudiante como integrante de ese grupo de compañeros.

A lo largo del texto insistimos en varias ocasiones en la necesaria articulación entre el Nivel Secundario y la Modalidad de Educación Domiciliaria y Hospitalaria. Es tiempo de revisar las dinámicas institucionales, analizar estrategias que han dado buenos resultados localmente, reconocer obstáculos y oportunidades, para conservar lo que funciona bien, para reeditar buenas prácticas y para reinventar aquello que pone en riesgo el acceso, la permanencia y el egreso de la escuela secundaria a alumnos en situación de enfermedad.

Este recorrido plantea grandes desafíos y el texto que hemos presentado tiene, entre otros objetivos, el de invitar a todos los profesores a que nos acompañen a recorrer este camino.

BIBLIOGRAFÍA

- AA.VV. (2014): *Guía para el tutor*, Buenos Aires, Eudeba.
- Abendaño López, S. (2013): *El profesor tutor en la educación secundaria*, Buenos Aires, Noveduc.
- Cassullo, G. L. (2012): *Ser adolescente en el siglo XXI. Aportes a la evaluación psicológica del autocontrol percibido frente al riesgo*, Buenos Aires, Eudeba.
- Duschatzky, S. (1999): *La escuela como frontera. Reflexiones sobre la experiencia escolar de jóvenes de sectores populares*, Buenos Aires, Paidós.
- Kantor, D. (2008): *Variaciones para educar adolescentes y jóvenes*, Buenos Aires, Del Estante.
- Kessler, G. (2007): "Escuela y delito juvenil. La experiencia educativa de jóvenes en conflicto con la ley", en *Revista Mexicana de Investigación Educativa*. vol. 12, N° 32, Distrito Federal, México, disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/140/14003214.pdf>
- Korinfeld, D., D. Levy y S. Rascovan (2013): *Entre adolescentes y adultos en la escuela. Puntuaciones de época*, Buenos Aires, Paidós.
- Kübler-Ross, E. (1993): *Sobre la muerte y los moribundos*, Barcelona, Grijalbo.
- Laplanche, J. y J. B. Pontalis (1982): *Diccionario de psicoanálisis*, 1ª. ed. 6ª. reimp. Buenos Aires. Paidós.
- Mariano, H., M. Ramos y A. Fernández (2001): *Salud y juventud*, Madrid, Consejo de la Juventud de España.
- Ministerio de Educación de la Nación. *Aportes de la tutoría a la convivencia en la escuela*. Coordinación de Programas para la Construcción de Ciudadanía en las Escuelas, disponible en: http://escuelayfamilia.educ.ar/09_2013/pdfs/nivel_secundario/aportes_detutoria.pdf
- Montes, N.y M. A. Sendón (2006): "Trayectorias educativas de estudiantes de nivel medio. Argentina a comienzos del siglo XXI", en *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, vol. 11, N.º 29, Distrito Federal, México, disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/140/14002904.pdf>
- Obiols, G. y S. Di Segni de Obiols (2006): *Adolescencia, posmodernidad y escuela*, Buenos Aires, Noveduc.
- Organización Mundial de la Salud, disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Satulovsky, S. y S. Theuler (2009): *Tutorías: un modelo para armar y desarmar*, Buenos Aires, Noveduc.

Sontag, S. (2012): *La enfermedad y sus metáforas*, Buenos Aires, Debolsillo.

Vergara Quintero M. del C. (2007): “Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad” en *Revista Hacia la promoción de la Salud*, vol.12 N°1, Manizales, disponible en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2012_4.pdf

NORMATIVA

Ley de Educación Nacional N° 26.206.

Resolución CFE N° 84/09, “Lineamientos políticos y estratégicos de la Educación Secundaria Obligatoria”.

Resolución CFE N° 103/10, “Propuestas para la Inclusión y/o Regularización de las trayectorias escolares en la Educación Secundaria”.

Resolución CFE N° 174/12, “Pautas federales para el mejoramiento de la enseñanza y el aprendizaje y las trayectorias escolares, en el Nivel Inicial, Primario y Modalidades, y su regulación”.

Resolución CFE N° 202/13, “La Modalidad de Educación Domiciliaria y Hospitalaria en el Sistema Educativo Nacional”.

Ejemplar de distribución gratuita. Prohibida su venta.